Luglio
Settembre
2026

Digital SPeP

Supplemento di Sanità Pubblica e Privata
Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

direzione: Fabio Roversi-Monaco, Carlo Bottari, Davide Croce

Dalla viva esperienza del lavoro organizzativo, il meglio delle pratiche adottate dai manager della sanità pubblica. L'inserto digitale si distingue per trattare, da un lato, argomenti rilevanti per la comunità dei direttori strategici di aziende e agenzie, e dall'altro, approfondimenti scientifici nell'ambito economico-organizzativo in sanità. Grazie al peculiare schema editoriale digitale, la rivista Digital SPeP è in grado di affrontare prontamente i temi più urgenti e attuali, beneficiando della dinamicità della redazione e dello zelo del comitato scientifico.

Sommario

3 **Le professioni che mancano: carenza di personale, attrattività e riprogettazione organizzativa nel SSN**
T. Toso, M. Filippi, P. Simionato, L. Ciato, A. Rigo, F. Ciraolo, E. Croce

8 **Motivazione, aspettative e nuovi valori: il cambiamento generazionale nel personale del SSN**
F. Convenga, A. Vecaj, E. Croce, P. Vescovi, G. Dal Ben, M. Tessarin, F. Perina

12 **Dalla rete di servizi alla rete di percorsi: il ruolo delle Case della Comunità**
F. Convenga, A. Gerola, M. Lorenzoni, G. Avaldi, A. Bellani, E. Croce

17 **Dirigere oltre l'amministrare: strategia, autonomia e cultura nelle aziende sanitarie**
E. Croce, F. De Nardo, S. Scarpetta, S. Loss Robin, D. Kozel, R. Garone, G. Zulian

MAGGIOLI EDITORE

Digital SPeP

Supplemento di Sanità Pubblica e Privata
Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

Direttore responsabile

Manlio Maggioli

Direttori

Fabio Roversi Monaco
Professore emerito di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Carlo Bottari
Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Bologna

Davide Croce
Presidente CREMS Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, Castellanza

Comitato scientifico

Mario Bertolissi – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Padova

Tommaso Bonetti – Professore associato di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Carlo Bottari – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Bologna

Marzio Branca – Consigliere di Stato a riposo

Giuseppe Caia – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Luigi Carbone – Presidente di sezione del Consiglio di Stato

Guido Carpani – Direttore generale FOFI, Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Sabino Cassese – Giudice emerito della Corte costituzionale

Fabio Cintioli – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università San Pio V di Roma

Edoardo Croce – Docente presso CREMS Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale

Paco D'Onofrio – Docente nell'Università di Bologna

Rosario Ferrara – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

Carlo Emanuele Gallo – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

Ranieri Guerra – Docente presso CREMS Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale

Giuseppe Morbidelli – Professore ordinario di Diritto amministrativo nella Sapienza – Università di Roma

Roberto Nania – Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nella Sapienza – Università di Roma

Francesco Pegreffi – Università di Enna

Alessandra Pioggia – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Perugia

Andrea Pisaneschi – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Siena

Antonio Saitta – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Messina

Maria Alessandra Sandulli – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma tre

Alceste Santuari – Professore associato di Diritto dell'economia nell'Università di Bologna

Franco G. Scoca – Professore emerito di Diritto amministrativo nella Sapienza – Università di Roma

Ernesto Sticchi Damiani – Professore emerito di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

Mario Luigi Torsello – Presidente di sezione del Consiglio di Stato

Rosaria Trizzino – Presidente di sezione TAR Toscana

Claudia Tubertini – Professore associato di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

Redazione

Beatrice Bertarini, Antonio Carastro, Claudia Corbetta (caporedattore), Paolo De Angelis, Francesco De Nardo, Luca Dimasi, Federico Laus, Carolina Magli, Guido Franchi Scarselli, Boris Vitiello

Per invii di proposte di articoli:
Redazione Maggioli Editore – Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN);
tel. 0541.628411 – fax 0541.622778; e-mail: editore@maggioli.it
SPISA – Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna
Via Belmeloro, 10 – 40126 Bologna; tel. 051.2094050 – fax 051.2094060

Digital SPeP

Supplemento di Sanità Pubblica e Privata
Rivista di diritto e organizzazione sociale e sanitaria

Redazione Maggioli Editore
Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel. 0541.628411 – fax 0541.622778

Amministrazione e diffusione
Maggioli Editore
Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel. 0541.628111 – fax 0541.622100
Maggioli Editore è un marchio Maggioli Spa

Servizio Clienti
tel. 0541.628200 – fax 0541.622595
e-mail: abbonamenti.riviste@maggioli.it
www.periodicimaggioli.it

Pubblicità
MAGGIOLI ADV
Concessionaria di pubblicità per Maggioli Spa
Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel. 0541.628736 – 8272 – fax 0541.624887
e-mail: maggioliadv@maggioli.it
www.maggioliadv.it

Filiali
Milano – Via Giovanni Da Procida, 36 – 20149 Milano
tel. 02.48545811 – fax 02.48517108
Bologna – Via Francesco Zanardi, 51 – 40131 Bologna
tel. 051.229439 – 228676 – fax 051.262036
Roma – Piazza delle Muse, 8 – 00197 Roma
tel. 06.5896600 – fax 06.5882342
Bruxelles (Belgium) – Avenue d'Auderghem, 68
1040 Bruxelles
tel. +32 27422821 – international@maggioli.it

Maggioli Spa
Azienda con Sistema di Gestione Qualità
certificato ISO 9001:2015
Iscritta al registro operatori della comunicazione

Progetto grafico Niki Caragiulo

Registrazione Presso il Tribunale di Rimini
del 5 dicembre 1980 al n. 189/80

Tutti i diritti riservati
È vietata la riproduzione, anche parziale, del materiale pubblicato senza l'autorizzazione dell'Editore.

Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio, lasciandoli responsabili dei loro scritti.

Gli autori garantiscono la paternità dei contenuti inviati all'Editore manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

Stampa Maggioli Spa – Santarcangelo di Romagna (RN)

Le professioni che mancano: carenza di personale, attrattività e riprogettazione organizzativa nel SSN

T. Toso[1], M. Filippi[2], P. Simionato[3], L. Ciato[3], A. Rigo[3], F. Ciraolo[2], E. Croce[4]

La carenza di personale nel Servizio Sanitario Nazionale non è più un problema esclusivamente quantitativo, ma una criticità di governo che intreccia distribuzione territoriale, attrattività delle organizzazioni, condizioni di lavoro e programmazione formativa. Integrando dati nazionali ed europei con le esperienze di Direzioni sanitarie, l'articolo identifica tre leve complementari: trattenere i professionisti, riprogettare i modelli organizzativi e programmare competenze e formazione su un orizzonte pluriennale. La sostenibilità dei servizi dipenderà dalla capacità di coordinarle.

Introduzione

La disponibilità di professionisti sta diventando uno dei principali vincoli alla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di mantenere livelli adeguati di accessibilità, continuità e qualità dell'assistenza. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della complessità assistenziale accrescono la domanda di servizi proprio mentre una parte rilevante della forza lavoro sanitaria si avvicina all'uscita dal sistema. La criticità non riguarda, inoltre, tutte le professioni e tutti i territori nello stesso modo: alla scarsità complessiva di alcune figure si sovrappongono squilibri tra profili professionali, discipline, aree geografiche e tipologie di struttura.

Il fenomeno non è esclusivamente italiano: OECD e Commissione europea individuano nella disponibilità della *workforce* una delle principali sfide dei sistemi sanitari europei e sottolineano come l'azione debba interessare contemporaneamente formazione, condizioni di lavoro, capacità di *retention*, composizione delle competenze e innovazione organizzativa (OECD/European Commission, 2024). Anche il quadro istituzionale nazionale ha progressivamente attribuito maggiore centralità alla disponibilità e alla valorizzazione del capitale professionale nel governo del SSN (Ministero della Salute, 2023).

Per le aziende sanitarie, la questione assume quindi una natura diversa rispetto alla tradizionale gestione delle dotazioni organiche. Quando alcune professionalità diventano strutturalmente scarse, non è più sufficiente programmare nuove assunzioni: occorre decidere come distribuire le competenze disponibili, quali attività proteggere, quali processi ridisegnare e quali condizioni organizzative possano rendere l'azienda capace di attrarre e trattenere professionisti. La gestione del personale diventa, in questa prospettiva, una componente della strategia aziendale e della progettazione dei servizi.

Dalla carenza numerica alla vulnerabilità organizzativa e territoriale

Nel 2022 l'Italia disponeva di 6,5 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti, contro una media UE di 8,4. Il numero dei medici praticanti era invece pari a 4,2 per 1.000 abitanti, sostanzialmente coincidente con la media europea. Ancora più significativa è la composizione della forza lavoro: in Italia il rapporto tra infermieri e medici era pari a 1,5, rispetto a 2,2 nell'UE. Nello stesso anno, inoltre, i medici di medi-

[1] LIUC Business School
[2] Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
[3] Azienda ULSS 8 Berica
[4] LIUC Università Carlo Cattaneo

cina generale rappresentavano circa il 16% dei medici italiani, contro il 21% rilevato nei Paesi UE considerati (OECD/European Commission, 2024).

Tuttavia, l'apparente disponibilità complessiva di medici non esclude situazioni di grave difficoltà. Le criticità, infatti, riguardano soprattutto specifiche discipline – medicina d'urgenza, anestesia, medicina interna, geriatria, radiologia e ginecologia – oltre alla medicina generale. Alle professioni mediche e infermieristiche si aggiungono inoltre tecnici sanitari, ostetriche, educatori professionali e altri profili sui quali le difficoltà di reclutamento possono compromettere il funzionamento di intere filiere assistenziali. L'aggiornamento AGENAS basato sui dati 2023 conferma, in particolare, la persistenza dello squilibrio infermieristico e richiama l'invecchiamento della forza lavoro, i pensionamenti attesi e le criticità formative tra i fattori che condizioneranno la disponibilità futura di personale (Agenas, 2025).

È opportuno sottolineare che la numerosità rappresenta soltanto una dimensione del problema. Le comparazioni tra sistemi sanitari non possono essere interpretate prescindendo dall'organizzazione dei servizi, dallo *skill mix* e dalle caratteristiche geografiche. Una medesima disponibilità nazionale può tradursi in condizioni operative molto differenti quando i professionisti si concentrano nelle aree metropolitane o in prossimità dei poli universitari. Le strutture *spoke*, le aziende di minori dimensioni e quelle collocate in aree montane, periferiche, di confine o a bassa densità abitativa risultano più esposte alla difficoltà di coprire posti, garantire le turnazioni e assicurare continuità ai servizi. La distribuzione territoriale delle risorse professionali diventa pertanto parte integrante della programmazione sanitaria e non un problema successivo al reclutamento (Agenas, 2023; Cittadinanzattiva, 2023; OECD, 2016).

Questa distinzione è rilevante anche per il *management* aziendale. Una carenza assoluta richiede prevalentemente interventi sul lato dell'offerta professionale e della formazione; una carenza localizzata richiede invece di comprendere perché alcune organizzazioni o territori risultino sistematicamente meno attrattivi. Nei contesti più fragili, il problema non consiste soltanto nel trovare un professionista disponibile, ma nel creare condizioni che rendano plausibile la scelta di lavorare e permanere in quella sede.

Alle conseguenze delle politiche di contenimento della spesa e delle limitazioni al *turnover* si sono associate difficoltà di programmazione del fabbisogno, tempi inevitabilmente lunghi della formazione e una crescente competizione tra organizzazioni e territori. Il profilo economico rappresenta una componente di questa attrattività. Per gli infermieri, OECD e Commissione europea rilevano come in Italia la remunerazione non risulti superiore alla retribuzione media dei lavoratori, diversamente da quanto avviene mediamente nell'UE, e documentano una riduzione in termini reali nel decennio precedente alla pandemia (OECD/European Commission, 2024). Il livello retributivo non esaurisce naturalmente le determinanti delle scelte professionali, ma interagisce con carichi di lavoro, prospettive di crescita, autonomia, condizioni organizzative e possibilità di conciliazione tra vita professionale e personale.

Reclutare non basta: *retention* e attrattività come funzioni manageriali

In presenza di una *workforce* scarsa, concentrarsi esclusivamente sui flussi in ingresso rischia di generare una continua rincorsa tra assunzioni e uscite. La capacità di trattenere i professionisti assume quindi un valore equivalente a quella di reclutarli. Il benessere organizzativo, la qualità delle relazioni professionali, i carichi di lavoro, le possibilità di sviluppo e la prevedibilità dei percorsi di carriera diventano variabili direttamente connesse alla sostenibilità della capacità produttiva.

Questa impostazione è coerente con il *framework* europeo sulla *workforce* sanitaria, che colloca *retention* e *recruitment* accanto allo sviluppo dell'offerta professionale, all'ottimizzazione delle *performance*, alla programmazione e agli investimenti. Non si tratta, quindi, di politiche accessorie di gestione delle risorse umane, ma di un insieme integrato di leve necessario a mantenere nel tempo le competenze richieste dai servizi (WHO Regional Office for Europe, 2023).

Intervenire sul benessere organizzativo con l'obiettivo di contenere le dimissioni inattese significa riconoscere che la perdita di un professionista non determina soltanto un posto vacante. Produce effetti sulla continuità delle *équipe*, aumenta il carico sui professionisti rimasti, richiede nuovi proces-

si di selezione e inserimento e può innescare ulteriori uscite. Il *turnover* assume così un costo organizzativo che va oltre la dimensione economica immediatamente osservabile.

Anche il *welfare* aziendale può assumere una funzione strategica, soprattutto quando interviene su vincoli che incidono concretamente sulla scelta della sede di lavoro. La disponibilità di foresterie o di alloggi a condizioni agevolate per dipendenti e specializzandi è particolarmente significativa nelle aziende periferiche, di confine o distanti dalle principali sedi universitarie. Analogamente, convenzioni e servizi rivolti ai dipendenti possono concorrere a ridurre alcuni costi associati alla mobilità territoriale. Il loro valore deve però essere letto in relazione al problema che intendono risolvere: il *welfare* produce maggiore utilità quando è costruito sulle effettive determinanti di attrazione e permanenza della specifica popolazione professionale, piuttosto che come insieme indistinto di *benefit*.

Una prospettiva analoga riguarda gli specializzandi. Costruire precocemente un rapporto tra professionisti in formazione, organizzazione e territorio può ampliare la capacità futura di reclutamento, soprattutto per le discipline e le sedi meno attrattive. In questo caso, opportunità formative qualificate, inserimento nelle *équipe*, *mentoring*, soluzioni abitative e visibilità delle prospettive professionali diventano componenti della stessa strategia di fidelizzazione.

Ripensare l'organizzazione quando le competenze diventano scarse

La scarsità di personale impone anche una domanda più radicale: se alcune competenze non possono essere rapidamente aumentate, vengono utilizzate nel modo più appropriato? Il problema riguarda soprattutto il tempo professionale assorbito da attività amministrative, logistiche o comunque non coerenti con il livello di qualificazione richiesto.

La revisione dei modelli organizzativi può produrre valore proprio attraverso una diversa allocazione delle attività. Liberare medici, infermieri e altri professionisti sanitari da funzioni che possono essere svolte da altri profili, attraverso supporti amministrativi adeguati, tecnologie digitali e una ridefinizione dei processi, consente di concentrare una risorsa scarsa sulle attività a maggiore contenuto clinico e assistenziale. Analogamente, la revisione dello *skill mix* può ampliare l'utilizzo delle competenze professionali già presenti, purché avvenga sulla base di responsabilità definite, formazione appropriata e valutazione degli esiti. OECD individua da tempo nell'allineamento tra posti, competenze e luoghi di lavoro uno degli elementi fondamentali delle politiche sulla *workforce*; le più recenti analisi europee richiamano inoltre l'ottimizzazione dello *skill mix* come risposta strutturale alla scarsità professionale (OECD, 2016; OECD/European Commission, 2024).

Per la Direzione aziendale ciò implica evitare che il fabbisogno venga ricondotto automaticamente alla sostituzione uno-a-uno delle unità mancanti. Ogni posizione critica dovrebbe diventare occasione per interrogare il processo nel quale è inserita: quali attività richiedono realmente quel profilo, quali possono essere semplificate o digitalizzate, quali possono essere attribuite ad altre professionalità e quali configurazioni organizzative potrebbero garantire gli stessi obiettivi assistenziali con una diversa combinazione di competenze.

Questa prospettiva non riduce l'importanza del numero di professionisti disponibili. Evita, piuttosto, di trasformare la carenza quantitativa nell'unica chiave di lettura, soprattutto quando l'aumento dell'offerta richiede anni e non può rispondere alle criticità operative immediate.

Formazione e *workforce planning*: programmare oltre il fabbisogno corrente

La formazione rappresenta il versante sul quale è maggiore la distanza temporale tra decisione e risultato. Modificare oggi il numero dei posti disponibili produce effetti sulla disponibilità di professionisti soltanto dopo il completamento dei percorsi universitari o specialistici. Per questo la programmazione non può derivare esclusivamente dalla fotografia delle carenze correnti, ma dovrebbe anticipare l'evoluzione dei bisogni di salute e dei modelli assistenziali.

Il raccordo tra Regioni, aziende sanitarie, Università e Ordini professionali diventa quindi essenzia-

le per costruire scenari di fabbisogno con un orizzonte di almeno 10-15 anni. Invecchiamento della popolazione, cronicità, evoluzione dell'assistenza territoriale, innovazioni tecnologiche e trasformazione della relazione tra paziente e professionista possono modificare non solo quanti operatori saranno necessari, ma quali competenze dovranno possedere e come dovranno essere distribuiti tra *setting* differenti. Il *workforce planning* dovrebbe pertanto essere collegato alla programmazione dei servizi e non svilupparsi come esercizio separato di previsione degli organici.

La distribuzione territoriale della formazione costituisce una delle leve disponibili: rafforzare le rotazioni di studenti e specializzandi nelle strutture *spoke* e nelle sedi periferiche può ampliare la conoscenza di contesti che altrimenti rimarrebbero marginali rispetto ai grandi poli universitari e costruire precocemente relazioni professionali con le *équipe* locali. Affinché tali esperienze abbiano una funzione attrattiva, devono tuttavia garantire adeguata qualità formativa, supervisione, accesso alle competenze specialistiche e prospettive professionali credibili.

La professione infermieristica rende evidente un secondo limite della sola programmazione quantitativa. Aumentare i posti disponibili non è sufficiente quando diminuisce il numero di giovani interessati a occuparli. I dati più recenti mostrano peraltro un quadro dinamico: nel 2025 le candidature ai corsi di laurea in Infermieristica erano state 18.836 a fronte di 20.409 posti, mentre nel 2026 sono risalite a circa 22.000 per 20.672 posti, tornando nel complesso sopra la soglia di copertura. La ripresa non elimina tuttavia le differenze geografiche né il problema della trasformazione delle immatricolazioni in professionisti effettivamente disponibili (FNOPI, 2026). AGENAS rileva, inoltre, che solo una parte degli iscritti completa il percorso e che la crescita dei posti formativi non si traduce automaticamente in un corrispondente aumento dei laureati (Agenas, 2025).

L'attrattività della formazione infermieristica non può dunque essere separata dall'attrattività della professione. Retribuzione, possibilità di crescita, riconoscimento del merito, autonomia, ampliamento delle competenze e condizioni compatibili con l'equilibrio tra vita e lavoro concorrono a definire il valore percepito di una carriera professionale. Intervenire solo sul numero programmato degli accessi rischia di agire sull'ultima fase di un processo le cui determinanti si collocano molto più a monte.

Un esempio di politica regionale orientata all'attrattività è rappresentato dal Veneto, che con la DGR n. 645 dell'11 giugno 2025 ha introdotto in via sperimentale *voucher* individuali di 1.000 euro per annualità per gli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica negli anni accademici 2025-2026, 2026-2027 e 2027-2028, subordinandone l'erogazione al superamento dell'esame annuale di tirocinio. La misura è esplicitamente finalizzata a favorire l'iscrizione e la prosecuzione della frequenza dei corsi (Regione del Veneto, 2025). Il suo interesse manageriale risiede anche nella possibilità di valutarne nel tempo gli effetti su iscrizioni, completamento dei percorsi e successivo ingresso nel servizio sanitario regionale.

Per le discipline mediche più difficili da coprire è stata inoltre prospettata la possibilità di una maggiore differenziazione degli incentivi economici in funzione della scarsità prevista. Si tratta di una leva potenzialmente rilevante, ma la sua applicazione richiede compatibilità con il quadro normativo e contrattuale e, soprattutto, una valutazione degli effetti prodotti. Incentivare economicamente una sede o una disciplina può migliorare il reclutamento senza necessariamente garantire *retention* di medio periodo se rimangono immutati carichi di lavoro, condizioni organizzative e possibilità di sviluppo professionale.

Una *governance* multilivello della *workforce*

La varietà delle determinanti rende poco efficace ricercare una singola soluzione alla carenza. Alcuni fattori sono direttamente governabili dall'azienda sanitaria; altri richiedono programmazione regionale; altri ancora dipendono dal sistema universitario, dalla regolazione delle professioni o dalla contrattazione nazionale.

Per le Direzioni aziendali, la prima implicazione consiste nel portare la *workforce* all'interno della programmazione strategica. *Vacancies*, tempi di reclutamento, dimissioni volontarie e inattese, mobilità, ricorso a prestazioni aggiuntive, carichi di lavoro, assenze, disponibilità di specializzandi e capacità di copertura delle turnazioni dovrebbero essere letti insieme agli indicatori di attività, qualità ed esito. La carenza diventa infatti particolarmente rilevante quando produce riduzioni di capacità produttiva, chiusure temporanee, aumento dei tempi di ac-

cesso, concentrazione del rischio o deterioramento della continuità assistenziale.

La Direzione sanitaria e quella sociosanitaria sono chiamate soprattutto a interrogare modelli clinico-assistenziali e distribuzione delle competenze; la Direzione amministrativa può contribuire attraverso strumenti di reclutamento, *welfare*, politiche abitative e supporti organizzativi; la Direzione generale deve ricondurre queste azioni a una strategia unitaria, evitando che gestione del personale e programmazione dei servizi procedano su traiettorie separate. La disponibilità di professionisti diventa così un vincolo da incorporare nelle decisioni di rete, nelle relazioni tra *hub* e *spoke*, nell'organizzazione territoriale e nelle scelte di investimento.

Alle Regioni compete una funzione complementare: aggregare i fabbisogni, leggere gli squilibri territoriali, favorire il coordinamento con il sistema universitario e sperimentare strumenti capaci di compensare le condizioni di minore attrattività. Il raccordo tra questi livelli è essenziale perché una competizione non governata tra aziende per una forza lavoro complessivamente insufficiente può semplicemente redistribuire la carenza senza ridurla.

Conclusioni

La scarsità di professionisti modifica il problema manageriale prima ancora di modificare gli organici. Quando alcune competenze diventano strutturalmente difficili da reperire, il governo aziendale non può limitarsi a sostituire chi esce, ma deve decidere come rendere l'organizzazione attrattiva, come proteggere le competenze disponibili e come riprogettare servizi e processi attorno a una diversa disponibilità di capitale professionale.

Recruitment, *retention*, *welfare* e revisione dei modelli organizzativi non costituiscono interventi alternativi: agiscono su dimensioni differenti dello stesso problema. Allo stesso modo, l'aumento dell'offerta formativa può produrre effetti duraturi solo se si accompagna alla capacità di rendere le professioni desiderabili e di distribuire le opportunità formative nei territori dove il fabbisogno è maggiore.

La sfida per il SSN consiste quindi nel passare dalla gestione episodica delle carenze a una vera strategia di *workforce*, fondata su dati prospettici, coordinamento tra istituzioni e responsabilità manageriali chiaramente definite. Per le Direzioni aziendali ciò significa considerare il personale non soltanto come fattore produttivo da dimensionare, ma come condizione strutturale per la tenuta delle reti assistenziali. La sostenibilità futura dei servizi dipenderà meno dalla capacità di inseguire continuamente i posti vacanti e più dalla capacità di costruire organizzazioni nelle quali competenze scarse siano attratte, trattenute e utilizzate dove generano maggiore valore per i pazienti e per il sistema.

Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023). *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale: Approfondimento marzo 2023*.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2025). *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale: Dati 2023*.
- Cittadinanzattiva (2023). *Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR: Progetto europeo AHEAD*.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2026, September 14). *Infermieristica, in tutta Italia aumentano le richieste di ammissione: 22 mila candidati ai test del 16 settembre*.
- Ministero della Salute (2023). *Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2024*.
- OECD (2016). *Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. OECD Publishing.
- OECD & European Commission (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing.
- Regione del Veneto (2025). *Deliberazione della Giunta Regionale n. 645 dell'11 giugno 2025: Concessione di voucher individuali a favore degli iscritti al corso di laurea triennale in Infermieristica per gli anni accademici 2025-2026, 2026-2027 e 2027-2028*.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2023). *Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023-2030*. World Health Organization.

Motivazione, aspettative e nuovi valori: il cambiamento generazionale nel personale del SSN

F. Convenga[1], A. Vecaj[2], E. Croce[3], P. Vescovi[4], G. Dal Ben[5], M. Tessarin[6], F. Perina[6]

The professional motivation of healthcare workers is a strategic lever for the sustainability of the National Health Service. Demographic and value shifts are changing professionals' expectations, accentuating the generational divide and challenging traditional management models. Alongside financial incentives, factors such as organizational culture, leadership quality, professional development opportunities, and organizational security are becoming increasingly important. Analyzing these dimensions highlights the need for integrated human resource management strategies capable of sustaining commitment, professional well-being, and organizational cohesion over the long term.

Introduzione

Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la motivazione professionale del personale costituisce un fattore determinante per la tenuta del sistema, la qualità dei servizi e la sostenibilità delle organizzazioni. Le trasformazioni demografiche, culturali e valoriali stanno modificando il rapporto tra i professionisti sanitari e il lavoro, facendo emergere aspettative differenti rispetto al passato e possibili disallineamenti tra le esigenze organizzative e il vissuto professionale.

Le esigenze di riequilibrio del sistema previdenziale e la necessità di contrastare la crisi vocazionale che interessa alcune professioni sanitarie contribuiscono inoltre ad ampliare la compresenza, nelle stesse organizzazioni, di generazioni caratterizzate da esperienze, riferimenti culturali e aspettative professionali differenti. Il dialogo intergenerazionale acquista quindi particolare importanza nella gestione delle risorse umane, soprattutto in una fase in cui i sistemi valoriali evolvono rapidamente e incidono sul modo di interpretare il ruolo professionale.

All'interno delle unità organizzative convivono professionisti formatisi in periodi storici differenti, portatori di linguaggi, priorità e sistemi motivazionali eterogenei. Le difficoltà comunicative e relazionali che possono derivarne rischiano di alimentare incomprensioni reciproche e di indebolire il senso di appartenenza. Nelle scelte professionali delle generazioni più giovani, ai criteri economici si affiancano la flessibilità, l'equilibrio tra vita professionale e privata, il riconoscimento del merito e l'accesso a opportunità di sviluppo. Rilevano inoltre la possibilità di contribuire agli esiti di salute, il supporto manageriale e la percezione di giustizia organizzativa (Del Vecchio *et al.*, 2022; Agenas, 2022; Ministero della Salute, 2023). La scarsa attenzione a queste dimensioni può favorire disimpegno professionale, usura emotiva e intenzioni di mobilità, soprattutto tra i professionisti più giovani.

Nel contesto italiano, rapporti istituzionali segnalano difficoltà crescenti nel coinvolgere le nuove generazioni di professionisti sanitari, che possono faticare a riconoscersi nei modelli gestionali tradizionali e percepire una distanza culturale rispetto ai vertici organizzativi (Agenas, 2022; Ministero della Salute, 2023). Alla crisi di attrattività si affianca una più ampia crisi del significato attribuito al la-

[1] LIUC Business School
[2] Centro di ricerca CREMS
[3] LIUC Università Cattaneo
[4] Azienda ULSS 2 Marca trevigiana
[5] Azienda ULSS 1 Dolomiti
[6] AOU Padova (afferenza al momento della stesura dell'articolo)

voro pubblico, con implicazioni per gli stili di *leadership*, i sistemi di valutazione e la qualità delle relazioni nelle strutture sanitarie (Guerra, 2025; Formentini, 2025).

Un altro ambito di attenzione riguarda il rapporto tra formazione universitaria e organizzazioni sanitarie. Una maggiore integrazione tra contesto accademico e assistenziale può favorire un ingresso più consapevole dei giovani professionisti nel sistema, valorizzare precocemente competenze specifiche e facilitare l'accesso a tecniche e approcci innovativi. Tutoraggio, affiancamento e confronto con professionisti esperti possono sostenere la costruzione dell'identità professionale e favorire percorsi di sviluppo coerenti con le esigenze del servizio pubblico.

Le trasformazioni in corso richiedono quindi un ripensamento dei modelli di gestione delle risorse umane, con particolare attenzione ai fattori che incidono sull'*engagement* delle fasce professionali più giovani. Comprendere queste dinamiche significa affrontare la motivazione come una questione organizzativa e manageriale, legata alla capacità delle aziende sanitarie di riconoscere aspettative differenti e valorizzare il capitale professionale nel medio-lungo periodo.

Motivazione professionale e cambiamento dei modelli valoriali

Il cambiamento dei modelli valoriali si traduce in richieste concrete che mettono alla prova gli approcci tradizionali alla gestione del personale nel SSN. La stabilità contrattuale mantiene un valore significativo, ma tende ad affiancarsi ad aspettative di autonomia decisionale, trasparenza nei percorsi professionali e maggiore coinvolgimento nelle scelte organizzative.

Gli strumenti tradizionali di incentivazione economica, anche per i vincoli propri del pubblico impiego, difficilmente riescono da soli a sostenere livelli elevati e duraturi di *engagement*. Il riconoscimento economico acquista maggiore efficacia quando è inserito in una politica più ampia di valorizzazione professionale (Tropiano, 2025).

Le politiche di gestione del personale sono quindi chiamate a confrontarsi con bisogni differenti per età e fase della vita professionale. Tra gli aspetti maggiormente considerati dalle generazioni più giovani rientrano il tempo libero, la conciliazione tra impegni professionali e personali e la possibilità di coltivare interessi e progettualità anche al di fuori della sfera lavorativa.

Strumenti di *welfare* integrativo aziendale, quando adeguatamente progettati e concretamente accessibili, possono sostenere la motivazione del personale. La loro efficacia dipende tuttavia dalla capacità di inserirli in un modello gestionale coerente con i bisogni professionali e personali degli operatori (Tropiano, 2025).

La qualità della relazione quotidiana tra professionisti e management costituisce un ulteriore fattore che può incidere sulla motivazione individuale e sulla tenuta dell'organizzazione (Geddes da Filicaia *et al.*, 2024). La percezione di disinteresse, distanza o incoerenza della direzione rispetto ai bisogni espressi dal personale può alimentare frustrazione, demotivazione e progressivo disimpegno.

Trasparenza e coerenza organizzativa assumono un peso particolare per i professionisti più giovani, soprattutto quando riguardano la corrispondenza tra comunicazione e pratiche gestionali. Ascolto, riconoscimento e chiarezza nei percorsi professionali possono rafforzare la fiducia nei rapporti tra unità operative e direzione e all'interno dei singoli contesti di lavoro.

Merita attenzione anche il rapporto tra percorsi di carriera professionale e gestionale. La valorizzazione delle competenze specialistiche deve accompagnarsi al riconoscimento delle funzioni di coordinamento e direzione, particolarmente rilevanti in organizzazioni caratterizzate da elevata complessità. La dimensione motivazionale si lega, sotto questo profilo, alla capacità di costruire una reale condivisione degli obiettivi istituzionali.

Cultura organizzativa e leve di motivazione

La cultura organizzativa incide sulle dinamiche motivazionali e relazionali dei *team* multiprofessionali. Ambienti caratterizzati da collaborazione, apprendimento continuo e condivisione delle conoscenze favoriscono il coinvolgimento dei professionisti e la qualità delle relazioni di lavoro. La

valorizzazione delle diverse competenze, il sostegno all'innovazione e il riconoscimento dei risultati raggiunti possono rafforzare la coesione interna e la capacità di affrontare contesti operativi complessi. Al contrario, una comunicazione limitata, lo scarso confronto e la debole valorizzazione dei risultati possono favorire passività, isolamento e conflitto.

La condivisione di ideali e obiettivi costituisce una leva importante per consolidare il senso di appartenenza al gruppo professionale e all'organizzazione. Anche il riconoscimento dei risultati raggiunti dal *team*, comprese eventuali forme di premialità, può sostenere la motivazione collettiva e le dinamiche collaborative.

La crescita professionale rappresenta un altro elemento centrale. Valorizzare le competenze maturate e collegarle a margini di autonomia adeguati può rafforzare il senso di responsabilità e la partecipazione ai processi organizzativi. Momenti e spazi strutturati di confronto consentono inoltre ai professionisti di esprimere opinioni, formulare proposte e contribuire ai processi di miglioramento. Pur non avendo natura economica, queste modalità possono costituire una forma significativa di riconoscimento del ruolo professionale e del contributo apportato all'organizzazione.

Leadership, sicurezza organizzativa e strategie di *engagement*

La motivazione dei professionisti sanitari è strettamente legata alla qualità dell'esperienza lavorativa. Attività professionalmente stimolanti, opportunità di crescita e apprendimento continuo, accesso a tecnologie adeguate e possibilità di lavorare con colleghi competenti possono rafforzare il coinvolgimento e valorizzare le competenze disponibili. Ambienti che sostengono l'innovazione e consentono una progressiva assunzione di responsabilità rappresentano quindi un elemento importante nella relazione tra professionista e organizzazione.

I fattori legati al contenuto del lavoro e alle opportunità di sviluppo incidono sulla motivazione, mentre condizioni organizzative percepite come inadeguate possono generare insoddisfazione e disimpegno. Quando mancano condizioni organizzative e contrattuali considerate accettabili, anche gli strumenti di incentivazione tendono a perdere efficacia e producono prevalentemente effetti di breve periodo.

Un ambito particolarmente significativo riguarda la sicurezza del personale. L'esperienza pandemica ha mostrato con evidenza quanto la continuità delle prestazioni assistenziali dipenda dalla presenza di professionisti qualificati e dalla disponibilità delle loro competenze. Tecnologie, farmaci e dotazioni strutturali restano essenziali, ma non sono sufficienti in assenza delle persone necessarie al funzionamento dei servizi.

La sicurezza può essere considerata, nell'ambito di questa riflessione, lungo tre dimensioni principali: fisica, psicologica ed economica.

La sicurezza fisica riguarda lo sviluppo di una solida cultura organizzativa della sicurezza, attraverso il corretto utilizzo degli spazi, dei percorsi e delle tecnologie disponibili, accompagnato da attività di formazione e monitoraggio delle condizioni di salute del personale. Rientra in questa dimensione anche la capacità di offrire supporto nella gestione di eventuali situazioni sanitarie personali o familiari.

La sicurezza psicologica richiama invece la necessità di prestare attenzione al carico emotivo e allo stress professionale. L'esperienza pandemica ha reso particolarmente evidente l'importanza di strumenti strutturati di supporto psicologico rivolti agli operatori e orientati al benessere individuale e organizzativo.

La sicurezza economica riguarda soprattutto la stabilità occupazionale. Condizioni di maggiore stabilità, accompagnate dal rafforzamento della coesione all'interno della comunità professionale, possono sostenere la motivazione del personale e contribuire alla tenuta delle organizzazioni sanitarie.

Anche la formazione manageriale può incidere sulla qualità della relazione tra professionisti e organizzazione. Strumenti di feedback e test di autovalutazione delle competenze relazionali, sperimentati in alcune realtà ospedaliere, sono stati utilizzati per accrescere la consapevolezza delle figure apicali, facilitare il dialogo intergenerazionale e orientare gli stili di *leadership* rispetto alle trasformazioni del contesto organizzativo (Tropiano, 2025). La loro efficacia richiede tuttavia coerenza tra la dimensione comunicativa e le pratiche concretamente adottate.

Motivazione, riconoscimento e trasparenza dei processi decisionali risultano quindi strettamente collegati. Le nuove generazioni tendono a valutare il significato del proprio impiego anche attraverso il clima organizzativo, la chiarezza degli obiettivi e la disponibilità al confronto. Opportunità di crescita, supporto reciproco, comunicazione trasparente, riconoscimento del merito e modelli di *leadership* partecipativi possono favorire un maggiore coinvolgimento nei processi organizzativi.

A questi elementi si aggiunge l'equilibrio tra dimensione lavorativa e vita privata. Condizioni organizzative capaci di facilitare la conciliazione tra impegni professionali e personali possono migliorare il benessere degli operatori e sostenere l'efficacia dei team.

La gestione dell'*engagement* richiede, in definitiva, un approccio integrato, nel quale condizioni organizzative, qualità delle relazioni, sicurezza, sviluppo professionale e riconoscimento concorrano a costruire un'esperienza lavorativa coerente con le esigenze dei professionisti e con gli obiettivi delle aziende sanitarie.

Conclusioni

Le trasformazioni demografiche e culturali che attraversano il Servizio Sanitario Nazionale stanno modificando il rapporto tra professionisti e organizzazioni. La motivazione professionale assume quindi un valore strutturale per la sostenibilità del sistema e richiede una riflessione sui modelli di *leadership*, sulle modalità di gestione delle risorse umane e sulla qualità delle relazioni di lavoro.

Le difficoltà di attrarre, coinvolgere e trattenere i professionisti non possono essere ricondotte esclusivamente alla dimensione economica. Stabilità e retribuzione restano condizioni importanti, ma l'esperienza professionale è influenzata anche dalle opportunità di crescita, dal riconoscimento, dalla sicurezza, dalla qualità delle relazioni con il management e dalla possibilità di conciliare lavoro e vita privata.

Per le direzioni aziendali, la sfida consiste nel tradurre questi elementi in politiche coerenti di gestione delle persone, evitando interventi isolati o prevalentemente simbolici. Ascolto, trasparenza, sviluppo delle competenze e partecipazione acquistano valore quando trovano una corrispondenza nelle pratiche organizzative e nella quotidianità professionale.

La questione centrale non consiste quindi nell'individuare un'unica leva motivazionale valida per tutti, ma nella capacità delle organizzazioni sanitarie di riconoscere bisogni ed aspettative differenti mantenendo una chiara coerenza con gli obiettivi istituzionali. La sostenibilità del SSN dipenderà anche dalla capacità di costruire contesti nei quali i professionisti possano riconoscere il valore del proprio contributo, sviluppare le proprie competenze e mantenere un legame credibile con la missione del servizio pubblico.

Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2022). *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Del Vecchio M., Giudice L., Preti L.M., Rappini V. (2022). *Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione*, in CERGAS - Bocconi (Ed.), *Rapporto OASI 2022: Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*. EGEA.
- Formentini S. (2025, 25 giugno). *Politiche di attrattività e valorizzazione delle risorse umane* [Estratto della lezione del corso]. Corso di Management e Leadership in Healthcare, Università Carlo Cattaneo LIUC, Castellanza, Italia.
- Geddes da Filicaia M., Neri S., Spina E., Vicarelli G. (2024). *Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future*. Salute Internazionale.
- Guerra R. (2025, 25 giugno). *Politiche di attrattività e valorizzazione delle risorse umane* [Estratto della lezione del corso]. Corso di Management e Leadership in Healthcare, Università Carlo Cattaneo LIUC, Castellanza, Italia.
- Ministero della Salute (2023). *Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2023*.
- Tropiano E. (2025, 18 giugno). *Politiche di attrattività e valorizzazione delle risorse umane* [Estratto della lezione del corso]. Corso di Management e Leadership in Healthcare, Università Carlo Cattaneo LIUC, Castellanza, Italia.

Dalla rete di servizi alla rete di percorsi: il ruolo delle Case della Comunità

F. Convenga[1], A. Gerola[2], M. Lorenzoni[2], G. Avaldi[2], A. Bellani[2], E. Croce[3]

Introduzione

L'istituzione delle Case della Comunità (CdC), prevista dal decreto ministeriale 77/2022, rappresenta uno degli interventi centrali attraverso cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha inteso rafforzare l'assistenza territoriale e promuovere una maggiore continuità dei percorsi di cura. Le CdC sono chiamate a costituire un punto di riferimento riconoscibile per la popolazione, capace di integrare risposte sanitarie, sociosanitarie e sociali secondo i principi di prossimità, accessibilità e presa in carico proattiva (Ministero della Salute, 2022).

Il modello delineato dal decreto presuppone équipe multiprofessionali, integrazione tra cure primarie e specialistica, raccordo con i servizi sociali e progressiva apertura alle risorse della comunità (Agenas, 2024). La realizzazione delle CdC, tuttavia, non coincide con la sola attivazione di nuove strutture o con la concentrazione di più servizi all'interno di uno stesso presidio. La sfida principale riguarda la capacità di trasformarle in nodi effettivi della rete territoriale, nei quali professionisti appartenenti a organizzazioni e culture differenti possano costruire percorsi condivisi di prevenzione, assistenza e presa in carico. In tale prospettiva, la prossimità non può essere ricondotta alla sola vicinanza fisica dei servizi, ma implica continuità, integrazione e capacità di accompagnare la persona nei diversi *setting* assistenziali (Del Vecchio *et al.*, 2022).

L'attuazione concreta del modello continua infatti a evidenziare criticità relative alla disponibilità delle professionalità, alla definizione delle responsabilità, all'interoperabilità dei sistemi informativi, alla sostenibilità degli standard organizzativi e alla capacità di adattare il disegno nazionale alle specificità dei singoli territori (Greco *et al.*, 2025). Al tempo stesso, la riforma richiede un cambiamento culturale che investe le modalità di lavoro dei professionisti, il ruolo del Distretto e la capacità del sistema di tradurre i principi della riforma in pratiche assistenziali effettivamente integrate.

L'analisi delle esperienze maturate nei contesti aziendali consente di osservare come tali criticità e potenzialità assumano configurazioni differenti in funzione della storia organizzativa, delle risorse disponibili e del livello di integrazione già presente nei diversi territori.

Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Una delle prime questioni che emergono nell'implementazione delle Case della Comunità riguarda la definizione della loro vocazione organizzativa. Nella pratica, infatti, possono coesistere configurazioni differenti, riconducibili a tre modelli principali: la "Casa della Salute", caratterizzata prevalentemente dalla presenza integrata di servizi sanitari nello stesso luogo fisico; la "Casa sociosanitaria", nella quale ai servizi sanitari territoriali si affiancano in maniera strutturata i servizi sociali degli enti locali; e la "Casa della Comunità", che integra tali componenti aprendosi anche alle risorse associative, alle reti informali e alle competenze presenti nel territorio.

La distinzione tra questi modelli non è soltanto terminologica. Essa richiama livelli differenti di integrazione e, soprattutto, diversi modi di interpretare il rapporto tra struttura, servizi e comunità. La concentrazione di attività in un unico presidio può rappresentare un primo passo, ma la piena realizzazione della Casa della Comunità richiede un'evoluzione verso forme di collaborazione capaci di su-

[1] LIUC Business School
[2] ASST Mantova
[3] LIUC Università C. Cattaneo

perare la semplice compresenza e di costruire percorsi condivisi intorno ai bisogni della popolazione.

La scelta della configurazione più coerente con ciascun contesto non può tuttavia prescindere dalla storia della struttura, dai servizi già presenti, dalle risorse professionali disponibili e implementabili e dalla cultura organizzativa dei professionisti. Ne deriva la necessità di adattare il modello alle caratteristiche dei territori, mantenendo al tempo stesso l'obiettivo di una progressiva integrazione sanitaria, sociosanitaria, sociale e comunitaria.

In tale percorso assume particolare rilievo il coinvolgimento dei professionisti che operano più vicino ai cittadini, poiché le loro conoscenze e intuizioni possono contribuire a orientare l'organizzazione dei servizi verso bisogni che non sempre risultano immediatamente visibili ai livelli programmatori. La capacità della *leadership* di ascoltare e integrare tali contributi diventa quindi un elemento centrale per trasformare la CdC da struttura formale a luogo effettivo di integrazione territoriale.

Il ruolo strategico del Direttore di Distretto

La trasformazione dell'assistenza territoriale attribuisce al Direttore di Distretto una funzione decisiva nel tradurre gli indirizzi della riforma nelle specifiche caratteristiche del contesto locale. Il suo ruolo supera la gestione delle risorse e dei servizi e richiede una conoscenza approfondita del territorio, insieme alla capacità di mettere in relazione bisogni della popolazione, professionisti, assetti organizzativi e obiettivi di programmazione.

La complessità del profilo può essere sintetizzata nelle dimensioni del sapere, del saper fare e del saper essere: competenze tecniche e manageriali devono accompagnarsi alla capacità di costruire relazioni, sostenere il cambiamento e favorire il confronto tra attori appartenenti a culture professionali differenti.

La disponibilità di figure con caratteristiche così articolate non può tuttavia essere considerata scontata. Tra le criticità emerse vi è la difficoltà di disporre di dirigenti territoriali adeguatamente preparati a sostenere una trasformazione insieme organizzativa e culturale. Ne deriva la necessità di rafforzare gli investimenti nella formazione della dirigenza distrettuale, affinché possa esercitare pienamente una funzione di guida e di raccordo nel processo di sviluppo delle Case della Comunità.

La qualità della *leadership* territoriale diventa così una delle condizioni che possono fare la differenza tra una CdC formalmente conforme agli *standard* e una struttura realmente capace di incidere sui percorsi assistenziali e sulle modalità di presa in carico.

Competenze e lavoro multiprofessionale nel territorio

Il lavoro sul territorio espone i professionisti a bisogni più eterogenei e a contesti assistenziali meno strutturati rispetto a quelli ospedalieri. La gestione della cronicità e della fragilità richiede una lettura che integri condizioni cliniche, sociali, familiari e assistenziali, soprattutto nei percorsi domiciliari, dove il contesto di vita della persona diventa parte integrante della presa in carico (Agenas, 2024; Mangiacavalli, 2025).

In tale scenario assumono particolare rilievo la valutazione multidimensionale, la capacità di accompagnare il paziente tra diversi *setting* assistenziali e la costruzione di percorsi dedicati alla cronicità. Si tratta di competenze ancora distribuite in modo disomogeneo, anche perché la formazione dei professionisti sanitari è stata storicamente più orientata al contesto ospedaliero che alla medicina di iniziativa e alla presa in carico proattiva. Rendere il territorio un ambito professionale riconoscibile, sostenuto da percorsi formativi specifici e opportunità di crescita, rappresenta quindi una condizione importante per garantire nel tempo la disponibilità delle competenze necessarie.

La complessità dei bisogni rende inoltre essenziale il lavoro multiprofessionale. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ambulatoriali, Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali e professionisti della riabilitazione sono chiamati a contribuire a percorsi condivisi, superando modalità di lavoro prevalentemente individuali o organizzate per singola categoria professionale.

Il coinvolgimento della medicina generale rappresenta uno dei passaggi più delicati. MMG e PLS presentano specifici vincoli di *governance*, che possono limitare la capacità delle aziende sanitarie di incidere direttamente sulle loro modalità operative. La collaborazione quotidiana richiede inoltre condivisione delle informazioni, chiarezza delle responsabilità e strumenti organizzativi adeguati. Anche la copertura medica continuativa prevista per le CdC pone questioni operative concrete, poiché presuppone la disponibilità ad accogliere senza appuntamento cittadini non necessariamente appartenenti alla propria lista di assistiti.

In questo quadro, gli IFeC svolgono una funzione di raccordo particolarmente rilevante tra paziente, cure primarie e altri servizi territoriali. Accanto alle competenze clinico-assistenziali, assume crescente importanza la capacità di sviluppare approcci di *community building*, capaci di ampliare le possibilità di presa in carico e di valorizzare le risorse presenti nella comunità.

Dalla progettazione all'operatività

Il passaggio dalla definizione del modello alla sua applicazione concreta mette in evidenza le tensioni che emergono quando gli standard devono confrontarsi con la disponibilità reale dei professionisti e con le caratteristiche dei singoli contesti. Un esempio significativo riguarda l'offerta specialistica prevista nelle Case della Comunità: il reperimento di medici dedicati alla gestione della cronicità può risultare particolarmente complesso nelle aree meno attrattive o nelle strutture prive di una precedente presenza specialistica consolidata.

Tale criticità pone anche una questione relativa ai criteri di accreditamento. Nei contesti caratterizzati da una limitata disponibilità professionale, requisiti non sufficientemente adattabili alle condizioni locali possono rendere più complessa l'attivazione di servizi coerenti con i bisogni locali. Il mantenimento di standard comuni di qualità e accessibilità deve quindi confrontarsi con la necessità di modalità attuative compatibili con le effettive condizioni organizzative e professionali dei territori.

Un secondo banco di prova è rappresentato dalla telemedicina. Teleconsulto, televisita e telemonitoraggio possono ampliare il raccordo tra cure primarie, specialistica ambulatoriale e servizi ospedalieri, ma la loro diffusione dipende dall'adesione dei professionisti e dalla presenza di sistemi informativi semplici, interoperabili e integrati nei processi di lavoro. Gli investimenti previsti dal PNRR, Missione 6, Componente 1, investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", rappresentano in tale prospettiva un'opportunità per consolidare strumenti già sperimentati durante l'emergenza pandemica.

L'effettiva operatività delle CdC si misura quindi anche nella capacità di rendere concretamente applicabili strumenti e requisiti della riforma, preservandone gli obiettivi pur tenendo conto delle condizioni in cui i servizi sono chiamati a operare.

Una rete territoriale già articolata: l'esperienza dell'ASST di Mantova

L'esperienza dell'ASST di Mantova mostra come l'attuazione delle Case della Comunità sia fortemente condizionata dal grado di sviluppo già raggiunto dall'assistenza territoriale. In un contesto caratterizzato da quattro Distretti, nove Case della Comunità in progressiva attivazione, cinque Ospedali di Comunità, sette Centrali Operative Territoriali e da una rete consolidata di consultori, servizi per le dipendenze, psichiatria e neuropsichiatria, il nuovo modello non si innesta su un sistema privo di strutture, ma su un patrimonio organizzativo e relazionale già esistente.

Il punto centrale diventa quindi la capacità di mettere in connessione risorse che, se considerate singolarmente, rischiano di mantenere una logica per silos. In tale prospettiva, gli Infermieri di Famiglia e Comunità assumono una funzione di raccordo particolarmente rilevante nei percorsi rivolti ai pazienti cronici e fragili, mentre le Centrali Operative Territoriali contribuiscono a governare transizioni assistenziali e passaggi tra servizi diversi.

Anche l'attivazione della Psicologia Clinica delle Cure Primarie in quattro sedi territoriali rappresenta un esempio di adattamento dell'offerta a bi-

sogni emergenti della popolazione, mentre lo sviluppo di teleconsulto, televisita e telemonitoraggio amplia le possibilità di collegamento tra cure primarie, specialistica e servizi ospedalieri.

L'esperienza suggerisce quindi che il grado di maturità di una Casa della Comunità dipenda anche dalla capacità di valorizzare e ricomporre ciò che sul territorio è già presente. La riforma assume maggiore efficacia quando consente di trasformare una rete di servizi in una rete di percorsi, rafforzando connessioni, responsabilità condivise e continuità assistenziale.

Integrazione tra ospedale, territorio e dimensione sociale

Uno degli ambiti in cui il modello territoriale mostra con maggiore chiarezza il proprio potenziale riguarda la capacità di costruire percorsi che attraversino i tradizionali confini tra ospedale, servizi territoriali e dimensione sociale. Nell'esperienza dell'ASST di Mantova, tale integrazione si traduce anzitutto nella collaborazione con il Pronto Soccorso e con l'Articolazione Aziendale Territoriale di Mantova di AREU per l'intercettazione e la presa in carico dei *frequent user*, con l'obiettivo di ricondurre bisogni ricorrenti verso percorsi più appropriati e continuativi.

La stessa logica di raccordo interessa il tema dell'appropriatezza prescrittiva. La condivisione di strumenti come il Manuale RAO favorisce una maggiore uniformità nell'attribuzione delle priorità cliniche e rafforza il dialogo tra medici ospedalieri e territoriali. In questo senso, il governo della domanda diventa parte integrante della presa in carico, perché consente di orientare l'accesso ai servizi in modo più coerente con il bisogno clinico e di incidere, almeno potenzialmente, anche sulla gestione delle liste di attesa.

Un ulteriore elemento di forza è rappresentato dalla storica collaborazione con gli Ambiti sociali, già presenti nei Punti Unici di Accesso e coinvolti nei percorsi di dimissione protetta. Il progressivo coordinamento di tali passaggi attraverso le Centrali Operative Territoriali consente di collegare in modo più strutturato la componente sanitaria con quella sociale, soprattutto nei casi in cui la permanenza al domicilio dipende dalla disponibilità congiunta di interventi assistenziali, supporti sociali e misure di sostegno.

L'integrazione acquista valore quando modifica concretamente il percorso della persona, riduce i passaggi frammentati e rende più chiaro il raccordo tra i diversi livelli di assistenza. È nella capacità di governare tali transizioni che la dimensione territoriale esprime una delle proprie funzioni più rilevanti.

Misurare la prossimità: una sfida ancora aperta

La valutazione dell'assistenza territoriale rappresenta ancora uno degli ambiti meno consolidati rispetto al polo ospedaliero, storicamente dotato di sistemi più strutturati per il monitoraggio di attività, *performance* ed esiti. Nel territorio, la disponibilità di indicatori capaci di restituire in modo integrato la qualità dei percorsi e l'effettivo impatto dei nuovi assetti organizzativi risulta ancora limitata.

Nell'ASST di Mantova, i Direttori di Distretto non dispongono ancora di un cruscotto direzionale unitario in grado di supportare in modo sistematico la programmazione e la lettura dei risultati. Un primo avanzamento è stato introdotto attraverso il Piano territoriale, che comprende indicatori riferiti alla continuità dei percorsi, al raccordo con le cure primarie e alla formalizzazione di protocolli condivisi tra professionisti sanitari, sociosanitari, Ambiti sociali e associazioni.

Accanto agli indicatori di processo, alcune esperienze aziendali consentono di osservare primi elementi relativi agli esiti della presa in carico. Il Centro Servizi dell'ASST, oggi assorbito nella COT, segue circa 1.500 pazienti cronici complessi attraverso la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale, il monitoraggio infermieristico, la prenotazione di visite ed esami e percorsi dedicati di prevenzione e promozione della salute. Le analisi aziendali riportano una migliore aderenza ai percorsi di cura e una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso tra i pazienti presi in carico.

Un ulteriore esempio riguarda il percorso domiciliare rivolto a pazienti cronici e fragili dimessi dal

Pronto Soccorso di Mantova, che ha coinvolto 336 persone. In tale modello, l'IFeC svolge una funzione di riferimento anche per il *caregiver* e facilita, quando necessario, l'attivazione di interventi a sostegno della permanenza al domicilio.

Tra i pazienti inseriti nel percorso, il 45% non ha registrato ulteriori accessi impropri al Pronto Soccorso, mentre il restante 55%, costituito prevalentemente da persone anziane e ad alta complessità, ha effettuato almeno un accesso successivo. Tale gruppo è oggetto di ulteriori approfondimenti aziendali finalizzati a distinguere gli eventi potenzialmente evitabili da quelli connessi all'evoluzione clinica delle patologie e a valutare più precisamente l'impatto del percorso su accessi e ricoveri.

Esperienze di questo tipo suggeriscono che la prossimità non possa essere misurata attraverso il solo numero di strutture attivate o di prestazioni erogate. Indicatori maggiormente significativi riguardano la capacità di mantenere continuità nei percorsi, ridurre gli accessi evitabili, sostenere la permanenza al domicilio e migliorare l'aderenza alla cura. La costruzione di sistemi di valutazione capaci di integrare queste dimensioni rappresenta quindi un passaggio essenziale per comprendere se le Case della Comunità stiano effettivamente modificando le modalità di presa in carico.

Conclusioni

La piena realizzazione delle Case della Comunità dipende dalla capacità di trasformare un modello organizzativo in percorsi riconoscibili e coerenti con i bisogni delle persone. Strutture e standard costituiscono condizioni necessarie, ma il loro valore emerge quando producono relazioni più stabili tra professionisti e servizi, facilitano le transizioni assistenziali e rendono possibile una presa in carico capace di adattarsi alle caratteristiche dei diversi territori.

La prossimità rappresenta, in questa prospettiva, un criterio attraverso cui leggere la maturità del modello. Il numero di presidi o di prestazioni restituisce soltanto una parte del cambiamento: continuità assistenziale, appropriatezza, sostegno alla domiciliarità, aderenza ai percorsi e capacità di mobilitare le risorse della comunità consentono di valutarne più compiutamente gli effetti.

La sfida per i prossimi anni sarà quindi passare dalla prossimità come principio organizzativo alla prossimità come risultato osservabile. È sulla capacità delle Case della Comunità di modificare concretamente i percorsi delle persone che potrà essere misurata l'effettiva evoluzione dell'assistenza territoriale.

Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas (2024). Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub. Accesso da: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee_di_indirizzo_CdC.pdf.
- Del Vecchio M., Giudice L., Preti L.M., Rappini V. (2022). *Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione*, in: Rapporto OASI 2022. Cergas–SDA Bocconi.
- Greco M.T., Magnoni P., Bergamaschi W., Russo A.G. (2025). *Un approccio data-driven per ottimizzare la presa in carico del paziente cronico nel contesto del DM77. Epidemiol Prev.*, 49 (2-3): 168-180. https://doi.org/10.19191/EP25.2-3.A864.034.
- Mangiacavalli B. (2025). *Case della Comunità come fulcro organizzativo dell'assistenza territoriale*. Corso di Management e Leadership in Healthcare. Università LIUC Carlo Cattaneo, Castellanza (VA), giugno 2025.
- Ministero della Salute (2022). Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22.06.2022.

Dirigere oltre l'amministrare: strategia, autonomia e cultura nelle aziende sanitarie

E. Croce[1], F. De Nardo[2], S. Scarpetta[3], S. Loss Robin[3], D. Kozel[4], R. Garone[5], G. Zulian[6]

Direzione strategica

L'orizzonte programmatorio delle aziende sanitarie è tradizionalmente influenzato dai cicli annuali di budget definiti a livello regionale. Tale impostazione, pur necessaria per garantire coerenza con gli obiettivi di sistema e sostenibilità economico-finanziaria, può favorire una lettura prevalentemente concentrata sul breve periodo. La direzione di un'azienda sanitaria richiede invece di coniugare il governo dell'operatività quotidiana con una visione di medio-lungo termine, orientata allo sviluppo, all'innovazione e alla risposta ai bisogni di salute emergenti.

La distinzione tra amministrazione e gestione strategica assume quindi un significato sostanziale. L'amministrazione tradizionale tende a concentrarsi sul rispetto delle norme, delle procedure e dei vincoli regolatori che presidiano il funzionamento delle organizzazioni pubbliche (Huebner & Flessa, 2022). La gestione strategica amplia tale perimetro attraverso la definizione delle priorità, l'allocazione delle risorse, la valutazione delle alternative e la costruzione delle condizioni necessarie allo sviluppo futuro dell'azienda.

La funzione manageriale non può esaurirsi nella risoluzione delle problematiche contingenti o nell'ottimizzazione delle risorse disponibili. Richiede anche di interpretare l'evoluzione del contesto epidemiologico, sociale, economico e tecnologico, anticipandone per quanto possibile i cambiamenti e traducendoli in scelte coerenti. Leggere il presente alla luce delle trasformazioni attese significa predisporre strutture, competenze e modelli assistenziali in grado di adattarsi nel tempo (Croce, 2024).

La crescente complessità del settore sanitario rende tale approccio particolarmente rilevante. La pressione sulla sostenibilità economica, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità, la diffusione di nuove tecnologie, la difficoltà di reperimento di alcune professionalità e l'evoluzione delle aspettative dei cittadini impongono alle Direzioni strategiche di superare una logica esclusivamente amministrativa. Governare un'azienda sanitaria significa definire priorità, orientare le scelte, promuovere innovazione e mantenere al tempo stesso coerenza con il quadro istituzionale e con gli obiettivi di salute pubblica.

Amministrare e dirigere strategicamente non rappresentano, pertanto, attività contrapposte. Entrambe sono indispensabili. La qualità della direzione risiede nella loro integrazione: garantire continuità, regolarità e conformità nell'operatività quotidiana senza perdere la visione necessaria a rafforzare l'azienda e ad adeguarne progressivamente l'assetto e l'offerta ai bisogni del territorio.

Competenze manageriali

L'esercizio della funzione direzionale richiede competenze differenziate e complementari, adeguate alla complessità delle aziende sanitarie e alla pluralità di responsabilità affidate al *management* (decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, art. 13).

Le **competenze gestionali** comprendono l'insieme delle conoscenze e delle abilità necessarie

[1] LIUC Università C. Cattaneo
[2] LIUC Business School
[3] AOU Maggiore della Carità di Novara
[4] ASL VCO
[5] già AOU Maggiore della Carità di Novara
[6] ASL Novara

per implementare le strategie di governo e di sviluppo dell'azienda, traducendo gli indirizzi programmatori in scelte operative. Le **competenze relazionali** riguardano il coordinamento di professionisti e strutture differenti, la gestione dei conflitti, la promozione della collaborazione e l'orientamento delle persone verso obiettivi condivisi. Le **competenze tecniche**, infine, consentono al dirigente di utilizzare consapevolmente gli strumenti di programmazione, organizzazione e controllo propri del settore sanitario.

Nella pratica, tali competenze non operano separatamente. La qualità della direzione dipende dalla loro combinazione in funzione dei problemi da affrontare, delle caratteristiche dell'azienda e del contesto nel quale essa opera.

Autonomia della Direzione

L'autonomia gestionale e decisionale rappresenta una condizione essenziale per l'esercizio efficace della direzione nelle aziende sanitarie (Lega *et al.*, 2013). Un adeguato spazio decisionale permette di adattare l'impiego delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie alle priorità individuate e all'evoluzione dei bisogni di salute, intervenendo sugli assetti, sugli investimenti e sull'offerta dei servizi.

Nelle aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, l'autonomia si esercita all'interno di un articolato sistema di vincoli normativi, programmatori e istituzionali. Alla complessità amministrativa e ai meccanismi di controllo si affianca, soprattutto nelle aziende a forte vocazione territoriale, il confronto con le amministrazioni locali e con gli organismi che ne rappresentano le istanze, tra cui le Conferenze dei Sindaci. Tale interlocuzione costituisce una componente fisiologica della *governance* sanitaria territoriale, ma può generare tensioni quando le priorità espresse a livello locale risultano difficilmente conciliabili con le esigenze aziendali, con la sostenibilità delle scelte o con gli indirizzi programmatori cui l'azienda è chiamata a rispondere.

L'autonomia gestionale non coincide, d'altra parte, con l'assenza di indirizzi, controlli o responsabilità. Nel quadro generale delineato dal d.lgs. 165/2001, art. 4, la distinzione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo e responsabilità della gestione individua uno spazio decisionale che si accompagna alla responsabilità per i risultati conseguiti. In ambito sanitario, autonomia e *accountability* devono quindi procedere congiuntamente: alle Direzioni è richiesto di motivare le proprie scelte e di renderne verificabili gli effetti rispetto agli obiettivi di salute, alla qualità dell'assistenza, all'efficienza e alla sostenibilità economica, assicurando al tempo stesso trasparenza verso le istituzioni e la comunità di riferimento.

Cultura organizzativa e motivazione

Nelle organizzazioni sanitarie, il personale rappresenta una risorsa determinante per la qualità dell'assistenza e per il raggiungimento degli obiettivi aziendali (Crist-Grundman & Mulrooney, 2011). Il coinvolgimento attivo dei professionisti nei processi decisionali e gestionali può contribuire al miglioramento delle performance, rafforzando responsabilizzazione e partecipazione e favorendo una migliore risposta ai bisogni assistenziali (Lega *et al.*, 2013).

La cultura organizzativa assume un ruolo centrale nel sostenere tale coinvolgimento, poiché l'insieme di valori, credenze, pratiche e comportamenti condivisi contribuisce a definire l'identità dell'organizzazione e a orientare il modo in cui i professionisti interpretano il proprio ruolo e le relazioni con colleghi, pazienti e istituzioni (Fiore, 2009). Una cultura aziendale riconoscibile e coerente può favorire il senso di appartenenza, sostenere la collaborazione tra professionalità differenti e contribuire alla capacità dell'azienda di attrarre e trattenere competenze.

Carichi di lavoro elevati, *burnout*, eccessiva burocratizzazione e limitate prospettive di riconoscimento professionale possono incidere negativamente sul benessere degli operatori e sulla qualità del lavoro (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018). A tali criticità si aggiungono, in alcuni ambiti professionali, difficoltà legate al riconoscimento retributivo, anche nel confronto con le condizioni offerte in altri Paesi europei, e una progressiva trasformazione della componente vocazionale tradizionalmente as-

sociata alle professioni di cura. La tenuta motivazionale dipende quindi, oltre che dalle caratteristiche individuali, dalle condizioni di lavoro, dalle opportunità di sviluppo, dal riconoscimento professionale e dalla possibilità di partecipare concretamente alla vita aziendale.

Un ambiente nel quale valori dichiarati e pratiche risultino coerenti può aiutare i professionisti a riconoscere un legame tra il proprio ruolo, la missione aziendale e gli obiettivi assistenziali. L'allineamento tra aspettative professionali e finalità dell'azienda rafforza il senso di appartenenza, sostiene la collaborazione e contribuisce alla continuità dell'impegno nel tempo.

Differenziazione strategica

Definire con chiarezza il ruolo di ciascuna azienda all'interno della rete dei servizi rappresenta un ulteriore elemento della gestione strategica. In sistemi caratterizzati da risorse limitate e bisogni assistenziali differenziati, perseguire indistintamente le medesime funzioni o gli stessi livelli di specializzazione può generare sovrapposizioni e un uso poco efficiente delle competenze disponibili.

La differenziazione strategica consente di orientare risorse, professionalità e investimenti verso ambiti compatibili con le caratteristiche dell'azienda e con i bisogni della popolazione di riferimento. Un grande ospedale può, ad esempio, concentrare competenze e tecnologie su attività ad alta complessità, mentre strutture con caratteristiche differenti possono rafforzare funzioni di prossimità, presa in carico della cronicità o integrazione con i servizi territoriali.

Una distribuzione più chiara e complementare delle funzioni può favorire il coordinamento tra strutture, ridurre forme di competizione poco funzionali e sostenere una maggiore integrazione tra livelli assistenziali. La differenziazione non implica quindi una gerarchia tra aziende, ma una diversa valorizzazione del loro ruolo all'interno del sistema.

Conclusioni

Il valore della direzione strategica non risiede nella possibilità di sottrarsi ai vincoli propri del sistema sanitario pubblico, ma nel saper utilizzare responsabilmente gli spazi decisionali disponibili. Norme, indirizzi regionali, sostenibilità economica, relazioni istituzionali e responsabilità verso la comunità definiscono il perimetro entro il quale il *management* è chiamato a compiere scelte, attribuire priorità e dare continuità a una visione aziendale.

Dirigere significa quindi governare le tensioni che attraversano quotidianamente le organizzazioni sanitarie: tra breve e lungo periodo, autonomia e responsabilità, innovazione e sostenibilità, aspettative dei territori e necessità aziendali, obiettivi istituzionali e motivazione dei professionisti. La solidità della strategia dipende dalla possibilità di ricondurre tali dimensioni a una direzione riconoscibile, capace di tradursi negli assetti, nelle relazioni professionali e nel ruolo assunto dall'azienda all'interno della rete dei servizi.

Il discrimine tra amministrare e dirigere non risiede, in definitiva, nella contrapposizione tra gestione ordinaria e strategia, ma nella capacità di dare significato, coerenza e continuità alle decisioni. L'amministrazione garantisce il funzionamento dell'esistente; la direzione strategica consente di orientarne l'evoluzione, preservando la responsabilità pubblica dell'azienda sanitaria e preparandola a rispondere a bisogni che cambiano nel tempo.

Bibliografia

- Crist-Grundman D., Mulrooney G. (2011). *Effective workforce management starts with leveraging technology, while staffing optimization requires true collaboration. Nursing Economics, 29*(4).
- Croce D. (2024). *Strategia e Governance*. Corso di Management e Leadership in Healthcare, Università LIUC Carlo Cattaneo, Castellanza (VA), giugno 2024.

- Decreto legislativo n. 229 (1999). *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, art. 13. 19 giugno 1999.
- Decreto legislativo n. 165 (2001). *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, art. 4. 30 marzo 2001.
- Fiore B. (2009). *Metodi e tecniche di analisi organizzativa per lo studio delle organizzazioni come culture: descrizione, analisi e applicazione al settore sanitario. MECOSAN*.
- Huebner C., Flessa S. (2022). *Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), 8617.
- Lega F., Prenestini A., Spurgeon P. (2013). *Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. Value in Health, 16*(1 Suppl), S46–S51. https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004.
- OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.
- West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. (2018). *Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516-529.