

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliere-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

**Rapporto OASI 2010**a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

Elena Cantù

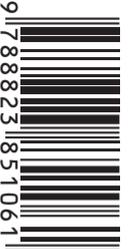
SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

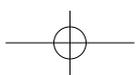
Egea

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it



15 La valutazione dei medici nel SSN: proposte in campo e pratiche aziendali

di Carlo De Pietro, Andrea Francesconi, Federico Lega e Marco Sartirana¹

15.1 Oggetto e obiettivi dell'analisi

Il capitolo discute stato dell'arte e prospettive della valutazione dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Il tema è particolarmente rilevante per diversi ordini di motivi. I medici rappresentano infatti i professionisti al cuore delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e della qualità delle prestazioni erogate. Essi inoltre rappresentano il 16% del personale SSN a tempo indeterminato, con uno stipendio medio lordo 2008 di circa 72.000 euro (al netto della libera professione), rispetto ai circa 37.000 euro medi SSN².

La valutazione oggetto di questo capitolo si riferisce alle prestazioni e alle competenze individuali.

Per prestazione intendiamo la combinazione di due aspetti: (a) i risultati raggiunti a fronte, possibilmente, di obiettivi assegnati e (b) i comportamenti organizzativi messi in atto a fronte di quelli attesi, associati cioè al ruolo lavorativo assunto (Broglia, 1992). Nonostante l'enfasi posta dalla normativa del SSN e del pubblico impiego sulla necessità di programmare le attività e quindi di assegnare obiettivi conseguenti, nelle organizzazioni professionali la direzione aziendale e in parte

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 15.1.1, 15.1.2 e 15.3.1 sono da attribuire ad Andrea Francesconi; i §§ 15.1.3 e 15.1.4 a Federico Lega; il § 15.3.2 a Marco Sartirana e i §§ 15.2 e 15.4 a Carlo De Pietro. Il lavoro si basa sul contributo essenziale dei professionisti intervistati e delle aziende analizzate. Si ringraziano per la disponibilità Bianca Canesi, Vincenzo Carpino, Leonardo La Pietra, Daniele Piacentini, Carlo Ramponi, Luigi Tucci, Franco Cimercati, nonché le altre persone che, presso le aziende, hanno permesso di svolgere la ricerca. La responsabilità di quanto scritto resta ovviamente degli autori.

² Al 31/12/2008 il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato registrava 112.137 medici e 154 odontoiatri sui 689.939 dipendenti a tempo indeterminato SSN. La retribuzione complessiva media lorda annua 2008 è stata di 71.877 euro per medici, odontoiatri e veterinari; di 62.043 per gli altri dipendenti con qualifica dirigenziale; di 28.975 per il resto del personale (<http://www.contoannuale.tesoro.it/sicoSite/index.jsp>; accesso 28 giugno 2010).

anche il management di linea faticano ad attribuire obiettivi individuali a ciascun professionista (Mintzberg, 1980). Se i sistemi di programmazione e controllo sono infatti sempre più in grado di assegnare risorse e definire gli obiettivi per le diverse unità operative, è difficile pensare di replicare tali logiche per ciascun medico impegnato in un'azienda sanitaria pubblica, nonostante l'inquadramento contrattuale quale dirigente. Tale situazione è la conseguenza di più fattori, tra cui:

- ▶ l'alta specializzazione necessaria per svolgere molte attività clinico-assistenziali, per le quali sono richieste competenze acquisite in lunghi anni di studi e tirocini;
- ▶ la forte eterogeneità delle attività svolte, che nel caso delle ASL con ospedali direttamente gestiti spazia – per cogliere con pochi esempi l'estensione della gamma delle prestazioni erogate – dalla medicina veterinaria alla nefrologia, dalle commissioni invalidi alla chirurgia vascolare, dalle analisi di laboratorio alla riabilitazione neurologica;
- ▶ l'alto numero di professionisti, che rende velleitario qualunque tentativo di negoziazione individuale con la direzione.

Le caratteristiche sopra citate – alta specializzazione, forte eterogeneità delle attività svolte e numerosità dei professionisti coinvolti – rendono più difficile per le direzioni aziendali controllare direttamente le diverse attività svolte e mettono in evidenza la necessità di un elevato grado di delega gestionale. In altre parole, esse fanno sì che la programmazione delle attività del singolo medico sia possibile solo se operata a livello di distretto, dipartimento, presidio ospedaliero, ecc. o addirittura di unità operativa.

Per tutte queste ragioni, un secondo elemento centrale per la valutazione dei medici, accanto alle prestazioni, è rappresentato dalle competenze individuali (Capaldo e Zollo, 1999). In particolare, la specifica rilevanza che in sanità hanno le competenze tecnico-professionali, insieme ad esigenze di schematicità, ci portano qui a ricondurre le *competenze manageriali* nell'ambito dei comportamenti organizzativi e gestionali e a tenere invece distinte le *competenze tecnico-professionali* (cfr. Tabella 15.1).

In conclusione, possiamo affermare che la valutazione del singolo medico può avere come oggetto i risultati raggiunti, i comportamenti organizzativo-gestionali e le competenze individuali di tipo tecnico-professionale, con pesi che andranno differenziati per tener conto del ruolo organizzativo svolto (Del Vecchio, 2000). La Tabella 15.1 mostra come per i medici responsabili di struttura la valutazione debba vertere principalmente sui risultati gestionali. Specularmente, per i medici che non hanno responsabilità di struttura, la principale finalità della valutazione deve essere quella di verificare l'adeguatezza, la qualità e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali, aspetto centrale delle responsabilità individuali del professionista.

Tabella 15.1 **L'importanza dei diversi ambiti della valutazione per i medici con ruoli gestionali e ruoli professionali.**

Oggetto di valutazione		Medici responsabili di struttura	Medici "professional"
Prestazioni	Risultati gestionali conseguiti	XXX	X
	Comportamenti organizzativi e gestionali	XX	XX
Competenze tecnico-professionali		X	XXX

Fonte: adattata da De Pietro (2005).

Negli anni passati le aziende SSN hanno fatto importanti passi avanti nello sviluppo d'indicatori e sistemi di gestione capaci di responsabilizzare le unità operative rispetto ai risultati gestionali da perseguire, in particolare con la diffusione della contabilità analitica e dei sistemi di *budget*, a cui è stata poi collegata la retribuzione variabile (Rossetti e Russo, 1997; Ruffini, 1999; Casati, 1999; Bergamaschi, 2000). In molte aziende è anche stata sviluppata, almeno nominalmente, la valutazione annuale dei comportamenti organizzativi e delle collegate competenze gestionali (Misuraca e Zambonin, 2001; Bonetti e al., 2001; Bandini, 2002; De Pietro, 2002a; De Pietro 2002b; Filannino, 2002; Simonetti e Taurino, 2002; Baldantoni et al., 2003; Baldantoni et al., 2006).

Molta meno attenzione è stata invece finora dedicata al governo e alla valutazione esplicita delle competenze tecnico-professionali, che pure riguardano tutti i medici SSN e che dovrebbero essere oggetto di specifica valutazione da parte dei Collegi tecnici. Tali organismi, previsti dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) del 1996 e confermati nel 2000, erano stati pensati proprio per valutare le competenze professionali dei dirigenti sanitari SSN, ma nei fatti hanno mostrato scarsissima efficacia³. Quando tale attenzione alle competenze individuali si è data, essa è rimasta sotto traccia, nell'ambito di rapporti interpersonali, spesso tacciabili di personalismo.

Un altro specifico elemento che non ha favorito lo sviluppo di sistemi di valutazione delle competenze individuali dei medici SSN è la rilevanza che in sanità assume il sistema educativo e professionale. A differenza di quanto avviene in altri settori economici e per altri lavori, quello dei medici è infatti sottoposto a una stringente regolamentazione che definisce i monopoli legali all'esercizio di una serie di attività, eseguibili dunque soltanto da professionisti in possesso di determinati titoli di studio (lauree, specializzazioni, ecc.) e abilitazioni. Tutto ciò comporta altre due considerazioni:

³ In termini contrattuali, la valutazione delle competenze individuali risulta necessaria e urgente anche per gestire adeguatamente le carriere professionali per i medici a cui non è affidata alcuna responsabilità di struttura (Del Vecchio e De Pietro, 2002).

- ▶ da un lato, la certificazione delle competenze operate dal sistema formativo e professionale (il diploma di laurea, l'esame di Stato, l'iscrizione all'Ordine per l'autorizzazione a esercitare la professione, il diploma di specializzazione) avviene tipicamente una sola volta nel corso della vita lavorativa. Per questo motivo è necessario definire meccanismi capaci di valutare e riconfermare nel tempo quella certificazione, così da assicurare competenze aggiornate. Questo obiettivo è alla base anche dei sistemi di aggiornamento obbligatorio (es. il programma ECM italiano) e dei sistemi di ri-accreditamento (che consistono nel verificare le competenze individuali a cadenza regolare, attraverso la discussione delle esperienze e della formazione maturate, esami teorici o pratici, ecc.);
- ▶ dall'altro lato, la certificazione delle competenze operata dal sistema formativo e professionale può andare stretta alle aziende, che potrebbero trovare utile definire propri sistemi di classificazione delle competenze, specificando quelli proposti dalle istituzioni formative (università) o professionali (ordini, società scientifiche, associazioni), oppure emancipandosi da essi. Lo stesso concetto di competenza, che rimanda ai tre elementi delle conoscenze, delle capacità e delle esperienze finalizzate (Rotondi e Saggi, 2002), ha una connotazione contestuale e dinamica, in cui le competenze evolvono col contesto organizzativo nel quale si sviluppano, con le attività che in quel contesto sono concretamente svolte e con le sue necessità.

Da un punto di vista economico-aziendale, il tema della valutazione del lavoro dei medici e delle loro competenze – di per sé fondamentale per le ragioni finora discusse – si collega ad almeno tre ulteriori dimensioni rilevanti per la gestione delle aziende del SSN. Esse riguardano la misurazione delle *performance* aziendali, la gestione della qualità e l'*accountability*. I sottoparagrafi che seguono discuteranno l'attenzione crescente che essi hanno ottenuto negli ultimi anni, come effetto di spinte originate all'interno delle aziende e di azioni di regolamentazione esterna. Collegata a questi tre temi è poi la recente riforma cosiddetta Brunetta per il pubblico impiego e le pubbliche amministrazioni. La riforma, confluita nel D.Lgs. 150/2009, pone particolare enfasi sui concetti di valutazione dei dirigenti e della premialità, efficienza e qualità dei servizi, valutazione da parte degli utenti, trasparenza. Ad essa è dedicato il paragrafo 15.1.4.

15.1.1 La misurazione e la gestione delle performance aziendali

La letteratura accademica e le *best practice* di gestione hanno evidenziato, ormai da anni, la rilevanza degli approcci multidimensionali al tema della misurazione e gestione delle *performance*. Sin dai primi lavori (Kaplan e Johnson, 1987) si è messa in discussione la rilevanza delle sole informazioni economico-finanziarie e, successivamente (Kaplan e Norton, 1992; Simons, 2000;

Niven, 2002), si sono formulate specifiche indicazioni in merito alla progettazione e all'implementazione di strumenti multidimensionali di misurazione dei risultati aziendali finalizzati a supportare sia i processi di valutazione delle *performance*, sia, e soprattutto, i processi di programmazione di breve e di lungo periodo.

Ciò che accomuna i diversi approcci è l'individuazione di molteplici prospettive giudicate rilevanti per l'analisi e la diagnosi dell'efficacia del modello di funzionamento delle aziende. L'aspetto centrale è infatti riconducibile soprattutto al rafforzamento del modello sistemico per interpretare il funzionamento di sistemi complessi quali le aziende SSN.

L'approccio più noto è quello della *Balanced Scorecard* (BSC), nel quale le prospettive individuate sono quattro. Alla prospettiva *economico-finanziaria* si aggiungono le prospettive *dei clienti*, *dei processi interni* e *dell'apprendimento e dell'innovazione*. Esse devono essere declinate in aree critiche e per ogni area devono essere definiti indicatori idonei a rappresentarne le peculiarità e le criticità.

Trascurando gli aspetti tecnici, è interessante notare come, nelle applicazioni pratiche, si assista a delle personalizzazioni del modello BSC sin dalla fase d'individuazione delle prospettive ritenute critiche per la rappresentazione del funzionamento aziendale.

In ogni caso, la *performance* delle aziende sanitarie non può prescindere dal considerare come qualificanti lo sviluppo di adeguate competenze clinico/professionali, l'innovazione, l'apprendimento organizzativo, ecc. La necessità di sviluppare sistemi di misura relativi a tali dimensioni, nonché le relazioni causali esistenti tra loro, chiama direttamente in causa la valutazione dei professionisti e delle loro competenze individuali. Allo stesso modo, sono proprio i professionisti – e, per quanto ci riguarda, i medici – che, con i loro saperi specifici, possono definire gli indicatori da utilizzare per il monitoraggio di tali fenomeni e possono dunque progettare i sistemi di valutazione dei propri comportamenti e delle proprie *performance*⁴.

⁴ Un ulteriore elemento qualificante l'approccio multidimensionale applicato alle aziende di servizi sanitari è la definizione del concetto di *risultato*. Si tratta di un tema complesso per il quale si rimanda ai numerosi contributi teorici (*in primis* Borgonovi, 2005) evidenziando però che come nel caso delle aziende di servizi sanitari, i risultati possano essere interpretati secondo due dimensioni: la dimensione aziendale e la dimensione clinica.

A tal fine devono essere previsti obiettivi, indicatori e valori *target* che coinvolgono direttamente i professionisti, portatori di competenze individuali distintive e spesso uniche all'interno dell'azienda. Le più recenti tendenze in termini di dimensioni della valutazione, nell'ambito di approcci stile BSC, enfatizzano al riguardo e in maniera crescente il ruolo di parametri e indicatori di *outcome* come elemento importante di valutazione delle *performance* e il collegamento, nell'ambito delle organizzazioni professionali, tra *performance* individuali, di *équipe* e d'azienda (Francesconi, 2003; Kaplan e Norton, 2004).

15.1.2 La gestione della qualità e del rischio

Il lavoro medico, con riferimento ai sistemi di gestione aziendale della qualità, può essere valutato rispetto a tre principali dimensioni:

- ▶ le competenze individuali di natura tecnico-professionale;
- ▶ i comportamenti clinici individuali e in particolare il rispetto di linee-guida, protocolli, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (ed eventualmente la disponibilità a proporre di nuovi o partecipare alla loro definizione);
- ▶ la qualità percepita dall'utenza (pazienti, familiari, ecc.), rilevata attraverso questionari o altri strumenti⁵.

La valutazione delle competenze e dei comportamenti individuali è strettamente legata al miglioramento della qualità e alla riduzione dei rischi clinici. L'autonomia professionale, infatti, rende possibile soltanto entro certi limiti la definizione di procedure o protocolli *standard*. Le condizioni e i bisogni specifici dei singoli pazienti fanno sì che le pratiche cliniche mostrino comunque – anche al netto della variabilità artificiale – una dose di variabilità collegata a quelle condizioni. Per questo, diviene necessario valutare i comportamenti professionali (e non solo l'adesione ai protocolli) e risalire fino alle competenze individuali, la cui manutenzione è condizione necessaria per perseguire condizioni di sicurezza e di qualità delle prestazioni.

Tale preoccupazione appare evidente ad esempio nel sistema di accreditamento *Joint Commission*, dove le norme SQE.1, 2, 3, 5, 9, 10, 11 (JCI, 2007: 195-208) prevedono procedure di valutazione per il personale medico, in particolare attraverso i concetti di «credenziali» (cioè titoli di studio, diplomi, aggiornamenti seguiti, nonché la verifica della loro veridicità e qualità) e «privilegi» (cioè l'autorizzazione esplicita che l'azienda dà al professionista perché possa svolgere una determinata attività, utilizzare una determinata tecnica, ecc.)⁶. Creden-

⁵ Queste dimensioni, importanti per la gestione della qualità e del rischio, non corrispondono ai tre oggetti di valutazione ricordati in Tabella 15.1, ma sono a questi collegati. In particolare, i «comportamenti clinici individuali» possono essere ricondotti alle «competenze tecnico-professionali» della tabella. La «qualità percepita dall'utenza» può essere ricondotta in parte ai «comportamenti organizzativi e gestionali» e in parte alle «competenze tecnico-professionali».

⁶ A prima vista l'utilità di una valutazione delle «credenziali» professionali, delle attività svolte e quindi la definizione dei cosiddetti «privilegi», è più evidente in contesti quali quello statunitense, dove la *Joint Commission* è nata, di quanto lo sia in contesti come quello italiano. Ciò perché il modello USA prevede una forte mobilità dei medici, che in larga parte si sono formati all'estero e che non sono incardinati in un'unica azienda, ma operano in modo semi-autonomo spesso avvalendosi di più ospedali, ambulatori, ecc. (Lega e De Pietro, 2005). Al contrario, nel SSN italiano il rapporto di lavoro è più stabile, regolato da un contratto di dipendenza, e quindi la gerarchia e la durezza del rapporto d'impiego svolgono già un'opera costante di controllo interno sui professionisti. Ciò detto, tale controllo interno nell'esperienza SSN ha evidenziato carenze che rendono necessari sistemi di valutazione delle competenze più strutturati ed espliciti.

ziali e privilegi costituiscono in altri termini strumenti attraverso i quali l'azienda entra nel merito delle competenze tecniche dei propri professionisti, basandosi sui titoli di studio formali ma non limitandosi ad essi, bensì proponendo un proprio apprezzamento interno.

Queste considerazioni sono peraltro strettamente collegate alla tematica del *clinical risk management* e soprattutto della *patient safety*, quest'ultima intesa come la volontà di garantire al paziente la sicurezza del servizio offerto oltre ad adeguati livelli di efficacia della prestazione. Laddove la cultura aziendale sia orientata ad una logica di miglioramento complessivo la stima del rischio, oltre a valutare e verificare gli aspetti tecnologici e strutturali, deve concentrarsi sugli aspetti clinici e quindi anche sulle competenze individuali dei medici.

15.1.3 L'accountability

Le aziende SSN non possono prescindere da accettabili gradi di consenso politico esterno e sono chiamate a render conto delle proprie attività (Pezzani, 2003). Tali preoccupazioni trovano tipicamente sbocco in modalità di rendicontazione ulteriori rispetto a quelle prescritte dalla normativa nazionale e regionale, ad esempio attraverso lo strumento del bilancio sociale (Alesani et al., 2006). Ma, più in generale, un corretto rapporto con l'ambiente di riferimento chiede che l'azienda renda disponibili ai portatori d'interesse esterni informazioni fruibili circa dimensioni rilevanti della propria azione. In tal senso, le istanze di *accountability* hanno favorito la diffusione di informazioni sulla produzione dei singoli ospedali, sul loro andamento economico, ecc. In tale filone s'inserisce anche la richiesta di informazioni sui medici che siano rese fruibili da cittadini e pazienti e, in particolare, l'obbligo di pubblicare i *curricula vitae* dei dirigenti sul sito web aziendale, previsto dal D.Lgs. 150/2009.

Tuttavia sono evidenti le difficoltà insite nel procedere ad una pubblicizzazione delle *performance* e delle qualità professionali dei medici. Citiamo qui di seguito le principali, tenuto anche conto di quanto avviene in paesi in cui tali informazioni sono già da tempo disponibili:

- ▶ l'informazione statistica sulle performance deve essere accompagnata da un linguaggio e chiavi interpretative che la rendano veramente fruibile da parte del cittadino. Variazioni percentuali anche di qualche punto possono significare poco in termini reali di peggioramento, ad esempio, degli esiti di outcome di un chirurgo già a livelli eccellenti. Ogni informazione deve poi essere calcolata considerando metodiche di aggiustamento dei rischi e correlate al tipo di tecnica utilizzata dal medico, che può avere di partenza tassi di recidiva, complicazioni e mortalità diverse, che potrebbe essere comunque quella più indicata in determinate situazioni di salute;
- ▶ i dati prima di essere resi pubblici dovrebbero essere raccolti per qualche

tempo di modo da poter disporre di serie storiche controllabili. Le modalità di raccolta e rappresentazione dei dati sarebbero così uniformi tra aziende in modo da renderli comparabili;

- ▶ la raccolta dei dati si presta relativamente bene ad essere svolta nell'area chirurgica, molto meno nell'area medica dove è meno codificabile il rapporto trattamento-outcome;
- ▶ un'eccessiva attenzione a questi dati potrebbe rendere più complicato lo sviluppo dei giovani, che potrebbero avere una casistica più ridotta. In questa prospettiva una domanda di fondo è se sia meglio iniziare con i dati individuali dei medici o non invece con quelli di équipe;
- ▶ i dati dovrebbero essere comparati rispetto a medie o benchmark di riferimento. Occorre quindi investire nel costruire una funzione aziendale (qualità e governo clinico) e una regionale o nazionale capaci di alimentare e aggiornare con continuità i dati e tradurli in informazione efficace per il cittadino. Peraltro la raccolta ed elaborazione di questi dati potrebbe rappresentare una potente leva per avviare seri progetti di governo clinico a livello aziendale e di sistema.

In sintesi la valutazione dei medici, anche allo scopo di rafforzare l'*accountability*, è un punto dell'agenda da tenere saldo ed esplorare con urgenza, per affrontare i nodi che almeno in parte abbiamo sopra evidenziato. Essa rimane una responsabilità ineludibile per il sistema, onde evitare che a tale valutazione interna si sostituiscano i *media* o soggetti terzi con il rischio di avere informazioni strumentalizzate, parziali, incomplete o fuorvianti.

15.1.4 Il D.Lgs. 150/2009 (c.d. «riforma Brunetta»)

La cosiddetta «riforma Brunetta» ha messo il «dito nella piaga» in un fenomeno tipico delle aziende pubbliche che tocca tutti e tre i punti precedenti e si concretizza nell'appiattimento delle valutazioni interne, incapaci di differenziare contributi e meriti.

Un recente lavoro svolto dal CERGAS Bocconi presso una ASL del centro Italia ha analizzato le valutazioni relative al contributo che medici e personale del comparto avevano dato al raggiungimento degli obiettivi di *performance* delle rispettive unità operative: il 100% dei medici aveva avuto valutazioni di piena positività, tre persone del comparto su 1.300 avevano ricevuto una valutazione di parziale positività; tutti gli altri di piena positività. Paradossalmente, viene da chiedersi quale torto avessero fatto queste tre persone ai propri supervisori per non meritarsi la piena positività come il resto dei colleghi.

Questi dati, presenti in modo simile in molte aziende SSN, testimoniano la difficoltà a sviluppare valutazioni vere, che sulla scia di quanto prevede il decreto Brunetta dovrebbero distinguere almeno tre fasce di contributi: quella dell'ec-

cellenza, quella del contributo adeguato alle aspettative e quella dei contributi migliorabili. Nella terminologia anglosassone, ciò equivale a distinguere tra *star*, *solid citizen* e *low performer*.

Le ragioni di questa difficoltà a distinguere sono diverse:

- ▶ i sistemi di valutazione non sono pensati per aiutare chi valuta a fare le distinzioni;
- ▶ chi deve distinguere non è stato aiutato e formato per esercitare questo ruolo; pochi sanno come restituire un feedback negativo;
- ▶ non sono previsti momenti di verifica in itinere che aiutino a produrre valutazioni efficaci alla fine del periodo di riferimento;
- ▶ vi è la paura che valutazioni negative diminuiscano ulteriormente l'impegno di persone già ritenute poco motivate, ma di cui non si può fare a meno per vincoli contrattuali, blocco del turn-over, ecc.;
- ▶ non si hanno elementi oggettivi su cui appoggiare valutazioni soggettive più ampie.

In sintesi, è un cane che si morde la coda, dato che vi è la preoccupazione che eventuali valutazioni differenziate non stimolino più impegno da parte di chi già contribuisce, ma al contrario possano produrre ulteriore abbandono e frustrazione in coloro che ottengono una valutazione negativa (che spesso sono quelli già in difetto di impegno).

Una risposta concreta a questi problemi, reali e presenti, può però partire da due azioni: una di ordine culturale e l'altra molto pratica.

Culturalmente è necessario condividere la differenza tra una valutazione negativa e una valutazione di possibile miglioramento. I *solid citizen* o i *low performer* non hanno una valutazione implicitamente negativa, ma al contrario hanno una valutazione che chiede un miglioramento delle *performance* per salire verso la fascia superiore. Solo alcuni dei *low performer* hanno valutazione veramente negative e sono quelli su cui l'azienda potrebbe legittimamente interrogarsi se è opportuno o meno proseguire nella collaborazione. Ma è fisiologico in un sistema organizzativo che solo una minima parte possa raggiungere l'eccellenza nelle *performance*, una parte importante della «pancia» dell'organizzazione contribuisca al suo «solido» funzionamento, una parte finale abbia degli spazi significativi di miglioramento (Valotti, 2009). Perché tale miglioramento avvenga occorre però preparare i capi a dare i *feedback* negativi in modo costruttivo, a esercitare il loro ruolo di capi anche e soprattutto in questa direzione.

Dal punto di vista pratico, è opportuno poi costruire delle misure oggettive di *performance*. In questo si ribadisce l'importanza di trovare una chiave di lettura per costruire un sistema valutativo dei medici condiviso e affidabile, sulla base del quale fissare obiettivi individuali e appoggiare *feedback* e valutazioni. Lo scopo di questo contributo si collega quindi anche e soprattutto a questa oppor-

tunità, che può trovare nel *momentum* prodotto dalla riforma Brunetta un terreno più fertile per accelerare la riflessione e definire un modello di riferimento nei sistemi regionali o a livello aziendale.

15.2 Metodo

Il metodo di analisi adottato per la ricerca si è basato su tre principali attività:

- ▶ interviste semi-strutturate con *opinion leader* del sistema sanitario e della professione medica;
- ▶ casi di studio in aziende innovatrici;
- ▶ rassegna della letteratura scientifica e professionale italiana in tema di management sanitario negli ultimi dieci anni.

In particolare le interviste agli *opinion leader*, durate circa un'ora ciascuna sulla base del questionario riportato nel Riquadro 15.1, sono state svolte con professionisti attivi con ruoli di responsabilità nel mondo dell'associazionismo professionale e dei sistemi di accreditamento e certificazione, centrali per le attività di valutazione del lavoro medico:

- ▶ Bianca Canesi, direttore della struttura complessa di reumatologia, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, *past president* del Collegio dei reumatologi ospedalieri italiani (CROI);
- ▶ Vincenzo Carpino, direttore della struttura complessa di anestesia e rianimazione neonatale e pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera Santobono Pausilipon di Napoli e Presidente Nazionale dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC);
- ▶ Carlo Ramponi, *managing director* Europe di Joint Commission International (JCI), già docente SDA Bocconi;
- ▶ Franco Vimercati, direttore della struttura complessa di radiologia diagnostica, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, presidente della Federazione Italiana delle Società Mediche (FISM).

Il questionario mirava ad indagare una pluralità di temi riconducibili ad alcuni aspetti chiave inerenti il processo di valutazione dei professionisti:

- ▶ le criticità del processo di valutazione nell'esperienza del SSN (domande 1-3, 6 e 8);
- ▶ gli indicatori e le metodologie da utilizzare per la valutazione (4-5);
- ▶ l'impatto del D.Lgs. 150/2009 sul processo di valutazione (9-11);
- ▶ gli attori attuali e potenziali del processo di valutazione (7 e 12-13).

Riquadro 15.1 **Lo schema d'intervista semi-strutturata**

Ciascuna intervista ha lasciato spazio a commenti aperti da parte degli intervistati e ad approfondimenti di specifico interesse degli interlocutori. Tuttavia, le interviste si sono avvalse, come base comune, delle seguenti domande:

1. Quali sono le principali difficoltà incontrate nella valutazione individuale dei medici, per come prevista da normativa e contratti?
2. Quale dimensione è la più rilevante nella valutazione individuale dei medici SSN? (Risultati raggiunti a fronte di obiettivi assegnati, comportamenti organizzativi mostrati a fronte di quelli attesi, competenze tecnico-professionali).
3. E su quale dimensione rileva le maggiori carenze nell'esperienza SSN?
4. Quali sono degli indicatori/parametri utilizzabili per la valutazione della performance clinica dei medici dirigenti?
5. Quali metodologie e tecniche di confronto sono auspicabili ai fini della valutazione delle performance dei professionisti?
6. Qual è, se esiste, il collegamento tra performance individuale (clinica professionale) e performance di unità operativa? E di azienda?
7. Perché i Collegi tecnici non hanno funzionato e, a meno di rarissime situazioni, hanno contribuito in modo marcato alla disillusione per i processi di valutazione?
8. Qual è il principale obiettivo della valutazione individuale dei medici SSN oggi? E quale dovrebbe essere?
9. Cosa pensa della richiesta normativa di pubblicare sui siti internet delle aziende SSN assenze, retribuzioni e curricula vitae del personale dirigente?
10. Quanto e come crede abbia influito il dibattito, da un lato, sui "fannulloni" e, dall'altro, sui "macellai" sullo sviluppo di sistemi di valutazione individuale per i medici SSN?
11. Conosce esperienze in cui, in contesti altamente professionali, la valutazione individuale risulta efficace? Quali elementi di quelle esperienze potrebbero essere validi anche nel SSN?
12. Quali spazi intravede per la valutazione dei medici da parte degli utenti? Con quali modalità/ strumenti/ limiti...?
13. Quali attori dovrebbero partecipare alla valutazione individuale dei medici SSN e con quali tempi/ strumenti/ ruoli/ obiettivi? (Responsabile gestionale diretto, mentor, colleghi, personale infermieristico, pazienti, controllo di gestione, collaboratori, esperti esterni, ecc.)

I casi aziendali hanno riguardato l'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano (IEO), aziende sanitarie che negli ultimi anni hanno investito con determinazione nella gestione e nella valorizzazione del personale, definendo – per ciò che qui ci riguarda – sistemi innovativi per la valutazione del lavoro medico. L'intento dunque non era tanto di analizzare un campione di aziende rappresentativo del SSN, quanto di trarre spunti ed evidenze capaci di qualificare le nostre analisi (Yin, 1994).

La ASF nasce nel 1995 dall'unificazione delle dieci USL della provincia di Firenze e rappresenta oggi una delle principali aziende pubbliche del SSN. Serve una popolazione di 800.000 persone residenti in 33 Comuni. Il bilancio 2008⁷ si è chiuso con un valore della produzione pari a 1,4 miliardi di euro. A fine 2008 i dipendenti erano 6.560 di cui oltre 1.000 medici. I costi del personale nel 2008 sono stati pari a 320 milioni di euro, di cui circa 105 milioni per medici e veterinari. L'azienda svolge le sue attività in area ospedaliera tramite un'organizza-

⁷ http://www.asf.toscana.it/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=106&Itemid=96, accesso il 29 giugno 2010.

zione dipartimentale che si articola in sei ospedali a gestione diretta, mentre l'attività territoriale si struttura in quattro distretti.

Lo IEO nasce nel 1987 da un progetto di Umberto Veronesi per realizzare un modello innovativo di assistenza e ricerca in oncologia, un *Comprehensive Cancer Centre* senza scopo di lucro. L'Istituto è stato inaugurato nel 1994 e nel 1996 è stato riconosciuto quale IRCCS e accreditato presso il SSN. Nel 2002 ottiene l'accreditamento da Joint Commission International, primo centro oncologico non statunitense a riceverlo. I medici che lavorano presso lo IEO sono circa 250.

15.3 Risultati

15.3.1 Le posizioni di alcuni medici opinion leader

Questo paragrafo sintetizza le opinioni di quattro professionisti attivi su discipline cliniche che sono anche riconosciuti *opinion leader* sul tema della misurazione delle *performance* dei professionisti.

15.3.1.1 Le criticità del processo di valutazione

Gli intervistati concordano nel sostenere che le attuali modalità di valutazione previste dalla normativa e dai CCNL non abbiano funzionato e, al contrario, abbiano contribuito ad una forte disillusione dei professionisti verso questa tecnica gestionale. Le motivazioni addotte a sostegno di questa tesi sono molteplici, ma sostanzialmente riconducibili all'adozione di sistemi di valutazione formale e non sostanziale. Si rilevano come particolarmente critici i seguenti elementi:

- ▶ mancanza di reali criteri di differenziazione oggettiva per la valutazione dei professionisti, idonei a stimolare processi di miglioramento continuo;
- ▶ attenzione ad elementi considerati non realmente rilevanti quali, ad esempio, l'atteggiamento che i professionisti tengono con i pazienti, il rispetto degli orari di servizio e la puntualità, ecc.

Tali elementi impediscono di valutare la *performance* sia gestionale-organizzativa, sia clinica. Ciò, a sua volta, ha favorito l'appiattimento delle valutazioni dei professionisti delegittimando l'intero sistema.

Manca, inoltre, uno spazio adeguato riservato alle valutazioni di tipo tecnico e alla crescita professionale dei medici. Nei fatti, quindi, le valutazioni non sono in grado di esprimere la crescita delle competenze professionali che, al contrario, dovrebbe essere l'interesse principale delle aziende sanitarie. Su tale ultimo ordine di considerazioni vanno comunque evidenziate le resistenze alla valutazione della *performance* clinica che può generare forte conflittualità nei dipartimenti e nelle unità operative.

Le dimensioni ritenute più significative per efficaci sistemi di valutazione delle *performance* dei professionisti sono riconducibili a:

- ▶ le competenze clinico-professionali;
- ▶ i comportamenti organizzativi;
- ▶ le competenze relazionali (con i colleghi, con gli altri professionisti dell'assistenza, con le direzioni aziendali);
- ▶ il rispetto dei diritti dei pazienti (conoscenza, informazione, alternative praticabili e percorribili, ecc.).

Focalizzando l'attenzione sui fenomeni reali, gli intervistati segnalano come l'unica valutazione realmente effettuata sia quella inerente il grado di raggiungimento degli obiettivi di *budget*: «L'obiettivo è quello di rispettare il *budget*. Al contrario il *focus* dovrebbe essere quello di definire e valutare il raggiungimento di obiettivi tecnici clinici e qualitativi» (Canesi). Oppure: «L'obiettivo attuale è tendenzialmente quello di aumentare la produttività in termini o economici o di aumento del numero di prestazioni delle strutture anche per ottenere, ad esempio, la riduzione dei tempi di attesa con produttività aggiuntiva o con obiettivo di *budget*. Si chiede di rispettare/raggiungere quanto definito in sede di *budget* su di una voce, quale il contenimento dei tempi di attesa, che non dipende dalla struttura se l'attività è ottimizzata, bensì dalla definizione di un corretto bacino di utenza o dal potenziale richiamo positivo della struttura stessa» (Vimercati).

I reali obiettivi della valutazione dei professionisti dovrebbero, invece, essere ben altri, quali:

- ▶ «perseguire l'appropriatezza delle prestazioni anche in presenza dei vincoli connessi alla cosiddetta medicina difensiva, facendosi parte diligente nella proposizione di percorsi formativi o informativi controllati con i medici prescrittori» (Vimercati);
- ▶ «giudicare in maniera corretta il comportamento individuale dei professionisti per migliorare le performance dell'équipe e premiare in maniera differenziata il merito» (Carpino);
- ▶ «migliorare le condizioni di sicurezza dei pazienti» (Ramponi).

Nelle realtà più qualificate sotto il profilo manageriale nel processo di *budget* vengono utilizzati anche indicatori di comportamenti professionali e/o di *outcome*. Si evidenzia l'opportunità di estendere tali pratiche a tutte le aziende SSN dando sempre maggior spazio alla dimensione qualitativa della valutazione delle strutture.

Forti criticità sono segnalate non solo per gli strumenti valutativi esistenti, ma anche per la gestione dei processi di *budget*, in particolare con riguardo alla mancanza di una reale negoziazione tra strutture operative e vertici aziendali e

ai limiti dei processi di comunicazione degli obiettivi di *budget* all'interno delle unità operative.

Il collegamento tra *performance* individuali, di unità operativa e di azienda è percepito come importante, ma si rilevano anche correlazioni e interdipendenze di natura generica. In particolare la presenza di professionisti in grado di produrre buone *performance* è condizione necessaria ma non sufficiente perché l'unità operativa funzioni bene, poiché le prestazioni delle unità operative dipendono anche dai fattori organizzativi e strutturali.

Infine, è condivisa la necessità di sviluppare nell'ambito delle strutture sanitarie una visione di squadra che permetta un positivo contributo del singolo. In assenza di una visione di squadra e di un comportamento collaborativo e coerente con le necessità organizzative, anche la presenza di eccellenti professionisti può non condurre a *performance* soddisfacenti e anzi, in alcune situazioni, può addirittura essere controproducente. In presenza di eccellenze individuali il fattore critico diventa infatti la propensione dei singoli a «fare scuola» e a trasferire all'*équipe* e ai giovani le loro capacità superiori.

15.3.1.2 *Gli indicatori e le metodologie da utilizzare per la valutazione*

Sotto questo profilo, grandissima rilevanza è attribuita agli indicatori di *outcome*, di processo, di *customer satisfaction* e di efficacia clinica individuale. Tali indicatori devono affiancare e progressivamente sostituire i più tradizionali indicatori di *output*. Questi ultimi sono quelli che attualmente prevalgono nelle prassi di gestione, ma non sono ritenuti idonei a interpretare e spiegare i fenomeni reali. Nessuno degli intervistati ha espresso considerazioni in merito agli indicatori economici e di efficienza economica.

In particolare, la definizione degli indicatori di *outcome* e di efficacia clinica individuale da utilizzare per la valutazione delle *performance* richiede approcci differenziati nelle diverse aree d'intervento e nelle diverse branche specialistiche. Per le discipline chirurgiche si possono proporre indicatori di *performance* clinica molto vicini al concetto di *outcome* specifico. Ci si riferisce ad esempio agli indicatori di mortalità pesata da tempo impiegati in alcune esperienze internazionali e in alcune specialità (es. cardiocirurgia). Nel caso invece delle specialità internistiche dovrebbe assumere rilevanza principale la capacità di stabilizzare lo stato di malattia di pazienti afflitti da patologie croniche quali il diabete, e la capacità diagnostica del clinico che però, a causa di un insieme di elementi tecnici, è difficile da misurare soprattutto nel breve periodo. Si tratta, con tutta evidenza, di indicatori rilevanti nel medio lungo termine e frutto della collaborazione di più professionisti e più strutture erogatrici. Con riguardo ai servizi diagnostici si possono proporre misure di processo e di volume integrate da apposite misure volte ad apprezzare la correttezza diagnostica (percentuali di falsi positivi o falsi negativi). Infine, per particolari attività come quelle di sala operatoria, è importante misurare il grado d'integrazione con le specialità chirurgiche.

In ogni caso gli indicatori dovrebbero caratterizzarsi per essere universalmente accettati a livello di singola specialità clinica/diagnostica.

In merito, invece, alle metodologie e ai sistemi per la valutazione dei professionisti, le risposte evidenziano un diffuso consenso sull'impiego del *benchmarking*. Ci si riferisce in particolare a:

- ▶ benchmark clinico effettuato su attività e prestazioni omogenee e benchmark sull'utilizzo delle risorse (Carpino);
- ▶ benchmark delle prestazioni erogate dai singoli professionisti all'interno delle strutture effettuato su base annuale e su grandi numeri (Vimercati). In tal senso la Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) ha per esempio elaborato dei documenti (disponibili sul proprio sito internet) che consentono, sulla base di un apposito raggruppamento di macroattività, il calcolo dei volumi di attività individuale;
- ▶ benchmark internazionale su parametri di performance clinica e di costo. Tale prassi caratterizza già il contesto statunitense⁸ ed in prospettiva il fenomeno si estenderà anche all'Europa (Ramponi).

15.3.1.3 L'impatto del D.Lgs. 150/2009 sul processo di valutazione

L'impatto del D.Lgs. 150/2009 è stato indagato con riferimento a tre dei suoi molteplici aspetti in tema di valutazione:

- ▶ il dibattito sui cosiddetti «macellai»;
- ▶ le misure previste in termini di trasparenza;
- ▶ la adozione di esperienze valutative e prassi gestionali maturate in altri contesti professionali.

In un'intervista a Radio Radicale poi ripresa sul Corriere della Sera, il Ministro della Pubblica amministrazione e dell'innovazione affermava: «se devo farmi operare ho il diritto di sapere se il mio medico è un macellaio oppure una persona efficiente. Se ammazza o salva le vite» (De Bac, 2008). A detta degli intervistati, l'analogia con i macellai può essere stata d'impatto, ma non rappresenta per nulla una novità, in quanto da anni esistono criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica che dovrebbero orientare le decisioni cliniche e che dovrebbero assumere un peso e un ruolo molto più rilevante nella valutazione delle unità operative. Il dibattito, in realtà, ha semmai affossato immediatamente la proposta iniziale. Si è sottovalutata la forza – culturale e politica – della professione medica. L'impatto del dibattito è stato praticamen-

⁸ Lo sviluppo di sistemi di monitoraggio di qualità e costo negli Stati Uniti è stato sostenuto dal sistema assicurativo che ha sviluppato basi dati assai ricche con cui comparare qualità ed efficacia delle prestazioni.

te nullo perché alle dichiarazioni di ordine generale non è seguita alcun'azione concreta. «Non sono stati individuati né tantomeno colpiti i fannulloni, figuriamoci i macellai!» (Carpino). Inoltre, la percezione degli intervistati è che nelle intenzioni tenda a prevalere una logica punitiva imposta per via autoritaria gerarchica e non una logica premiante finalizzata a incentivare i comportamenti virtuosi.

Sul fronte della trasparenza, la pubblicazione di *curricula*, retribuzioni e assenze dei professionisti è giudicata irrilevante ai fini del miglioramento delle *performance* e della modifica dei comportamenti dei medici: «le proposte avanzate non servono a nulla; non sono questi i dati necessari per migliorare il sistema» (Canesi). Le motivazioni addotte sono molteplici:

- ▶ «pubblicare i curricula non serve a nulla ed è anzi fuorviante. Il curriculum andrebbe controllato ex ante da un ente certificatore e derivato dalla ricostruzione di carriera del singolo. In caso contrario forte è il rischio dell'auto-referenzialità. A livello di sistema bisognerebbe “investire” in enti indipendenti che certifichino la validità e l'attendibilità delle informazioni fornite» (Vimercati);
- ▶ «la pubblicazione dei redditi rappresenta una misura non realmente utile per cittadini e pazienti. Per quanto riguarda i curricula, essi andrebbero differenziati in relazione all'età dei professionisti, altrimenti si corre il rischio di penalizzare i giovani professionisti con curricula meno brillanti» (Carpino);
- ▶ i dati relativi alle assenze devono essere integrati da adeguate chiavi di lettura che consentano di distinguere le diverse cause di assenza e d'interpretare il fenomeno senza ricorrere a inutili sensazionalismi;
- ▶ «i dati dei curricula e in particolare quelli inerenti la casistica trattata devono qualificarsi per chiarezza e comprensibilità. Si consideri ad esempio il tema critico del numero d'interventi effettuati. È necessario chiarire il ruolo del medico: ha operato come primo, secondo o terzo operatore? È necessario definire degli standard di curricula e di misure che questi devono contenere» (Ramponi).

Sul fronte, infine, delle esperienze valutative tipiche di altri contesti professionali, non si sono evidenziate situazioni di particolare interesse e rilievo con l'eccezione:

- ▶ «dei criteri in vigore nel sistema inglese (con riferimento sia alla valutazione delle performance, sia all'integrazione con la medicina di base)», giudicati di rilievo «con specifico riferimento alle problematiche della reumatologia» (Canesi);
- ▶ «delle esperienze vigenti nella sanità privata, che però opera esclusivamente in presenza di logiche di incentivazione economica basate sull'analisi delle *performance* gestionali produttive. Solo in parte viene incentivata la *perfor-*

mance clinico professionale, mentre si dovrebbe incentivare la logica del miglioramento continuo della qualità grazie alla facilità del controllo degli investimenti in innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa che però deve essere indirizzata anche nell'interesse del cittadino» (Vimercati).

15.3.1.4 *Gli attori del processo di valutazione (attuali e potenziali)*

Il giudizio sugli organi ufficiali di valutazione (Collegi tecnici e Nuclei di valutazione) è fortemente negativo. Le cause principali del loro “fallimento” sono individuate innanzitutto nel prevalere di logiche di appartenenza (professionale e politica) che non portano al riconoscimento delle variabili qualitative proprie dei singoli professionisti. Tale situazione ha fisiologicamente spostato l'attenzione dei professionisti verso altri elementi considerati più importanti ai fini delle progressioni di carriera. Si evidenzia poi come la razionalità valutativa utilizzata sia stata in maniera eccessiva condizionata dalla paura delle direzioni aziendali di affrontare le difficoltà connesse con la differenziazione della valutazione e, di conseguenza, dei professionisti. In questo modo hanno prevalso le esigenze di gestione del consenso organizzativo e politico. Le informazioni provenienti dall'attività dei Nuclei di valutazione si sono spesso rivelate sostanzialmente inutili a supportare le esigenze di differenziazione proprie dei Collegi tecnici. La somma di tali fenomeni non ha consentito ai Collegi di produrre i risultati inizialmente attesi, con la grave conseguenza che solo i professionisti che hanno manifestato comportamenti penalmente perseguibili sono stati «colpiti», mentre in tutti gli altri casi si sono prodotti giudizi positivi.

Un altro non trascurabile elemento che ha condizionato l'operato dei Collegi è di natura culturale: la mal interpretata appartenenza dei medici alla professione più che all'azienda.

I Collegi tecnici non sono espressione, infine, della base dei professionisti operanti nelle aziende, ma delle direzioni generali. I componenti dei Collegi sono prevalentemente persone esterne all'azienda non in grado di apprezzarne le specifiche condizioni di lavoro. Per tale motivo basano il loro giudizio su dati numerico-quantitativi parziali, non rappresentativi delle situazioni da valutare. Spesso poi i valutati non conoscono, né tantomeno incontrano, il Collegio, che opera dunque in una condizione di distacco dalle realtà professionali locali mentre, al contrario, sarebbe importante favorire metodi di valutazione più partecipata (es. colloqui periodici).

Al di là degli organismi contrattuali, la valutazione dei professionisti è ritenuta innanzitutto attività di competenza del responsabile di struttura (secondo quindi una visione gerarchica). Il responsabile può poi essere affiancato nella sua attività da altri soggetti quali:

- gli altri componenti dell'équipe, in una logica di confronto tra pari finalizzata alla condivisione e discussione con tutti i colleghi operanti nell'unità operati-

va degli elementi di criticità da presidiare al fine dello sviluppo professionale dei singoli;

- ▶ un team composto da un medico, un infermiere e un manager, ognuno dei quali valuta specifici item dell'operato dei clinici;
- ▶ il direttore medico di presidio e il direttore sanitario aziendale.

La valutazione sull'operato del responsabile di struttura complessa deve avvenire su base multidimensionale e comprendere elementi di ordine clinico, organizzativo, comportamentale ed economico.

Poco spazio è riconosciuto al paziente come soggetto attivo nella valutazione dei professionisti. L'utente non è ancora ritenuto in grado di apprezzare la qualità dell'*outcome* specifico. Le valutazioni dei pazienti dovrebbero essere oggetto di attenta interpretazione e comunque non potrebbero essere facilmente generalizzate. Il paziente deve però essere, innanzitutto, messo nella condizione di verificare il rispetto degli obblighi informativi e, più in generale, di tutti i suoi diritti.

Attualmente l'unica modalità impiegata per ascoltare i pazienti è il questionario di soddisfazione dell'utenza. Si tratta di uno strumento e di una logica potenzialmente molto utile, ma che spesso evidenzia forti elementi di debolezza perché influenzato da fattori emotivi e da inadeguate aspettative del paziente, che possono prevalere sui bisogni reali e incidere sulla valutazione.

15.3.2 L'esperienza di due aziende innovatrici

L'Azienda Sanitaria Fiorentina

Dal gennaio 2004 la ASF è guidata dall'ing. Luigi Marroni, direttore generale già dirigente industriale nel gruppo FIAT, che ha introdotto in azienda una serie di pratiche manageriali particolarmente innovative.

In tale contesto si inserisce il sistema di valutazione della dirigenza basato sul modello delle competenze⁹, entrato a regime nel 2009. Il sistema nasce principalmente dalla constatazione della limitata dinamicità dei percorsi di carriera interni, che portavano malcontento e scarsa motivazione dei dirigenti. Viene quindi ideato, in coerenza con quanto poi disposto dalla riforma Brunetta, come strumento per sviluppare la meritocrazia e premiare i migliori. Il *focus* del sistema è invece la dimensione gestionale-organizzativa. La dimensione clinico-professionale non è invece stata affrontata se non marginalmente a causa dei vincoli normativi e contrattuali percepiti, che a detta degli intervistati non consentirebbero di apportare modifiche significative al processo di

⁹ Il modello delle competenze prevede che l'azienda censisca le competenze utili allo svolgimento delle proprie attività e poi valuti il grado in cui ciascun dipendente possiede tali competenze. Su tale modello potranno poi essere sviluppati i diversi sistemi di gestione del personale (reclutamento e selezione, inquadramento, valutazione, carriere, retribuzione, mobilità, ecc.; De Pietro, 2005).

valutazione imperniato sui Collegi tecnici. È pertanto sugli aspetti gestionali che si è necessariamente focalizzata la nostra analisi.

Il sistema realizzato presso l'ASF per la valutazione dei medici identifica tre dimensioni:

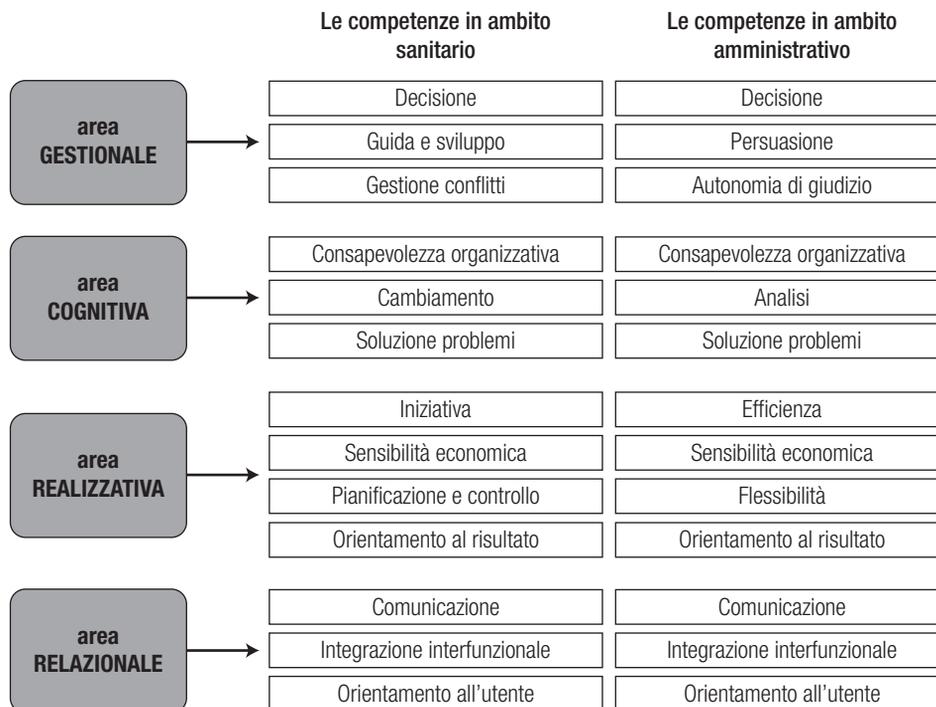
- ▶ A – obiettivi economici (che includono gli obiettivi assegnati al Direttore generale);
- ▶ B – obiettivi di attività di struttura;
- ▶ C – valutazione individuale.

Introdotta nel Dipartimento Attività Amministrative Decentrate nel 2007, il sistema di valutazione delle competenze è stato progressivamente esteso agli altri dipartimenti fino a raggiungere oggi la maggior parte dei dirigenti. L'identificazione delle competenze ha comportato un lavoro approfondito, sviluppatosi tramite interviste e *focus group*, allo scopo di rilevare le caratteristiche dei ruoli professionali esistenti e desiderati e poi costruire un modello adeguato alla struttura e agli obiettivi dell'azienda. Rilevante è la scelta di far dipendere la gestione del sistema dall'unità operativa comunicazione e sviluppo risorse umane¹⁰, a sottolineare l'importanza di una gestione coerente di queste due attività. In questa fase iniziale, così come per la successiva gestione operativa del sistema, l'ASF si è avvalsa della collaborazione di una società di consulenza specializzata nella progettazione di sistemi di valutazione. L'esito di questo lavoro di mappatura è il *set* di tredici competenze, suddivise nelle quattro aree gestionale, cognitiva, realizzativa e relazionale, e distinte per ambito sanitario e amministrativo, riportate nella Figura 15.1.

Particolarmente interessante risulta poi lo strumento per la rilevazione di tali competenze. Esso si sviluppa a partire da un questionario composto da 55 domande «situazionali», che cioè presentano due comportamenti estremi e richiedono di indicare a quale dei due estremi si avvicina il valutato, presentando possibili livelli intermedi. Ognuna di queste domande va quindi ad influenzare, con pesature diverse, più competenze. Inserendo le risposte al questionario nel *software* del sistema si ottengono i valori da 1 a 8 delle specifiche competenze. In base a questi valori il *software* restituisce inoltre il posizionamento del valutato in una matrice che descrive la qualità della prestazione professionale attuale e indica una stima del suo potenziale inespresso.

La valutazione viene effettuata dal valutatore di prima istanza e sottoscritta dal valutato. Tuttavia, prima che la valutazione divenga ufficiale, ogni valutatore si confronta con il cosiddetto «valutatore di intesa». Si tratta del direttore di dipartimento, che funge da «camera di compensazione» per rendere le valutazioni omogenee tra le diverse unità operative e prevenire possibili conflitti.

¹⁰ L'unità operativa afferisce all'area risorse umane e affari generali, a sua volta afferente alla direzione amministrativa.

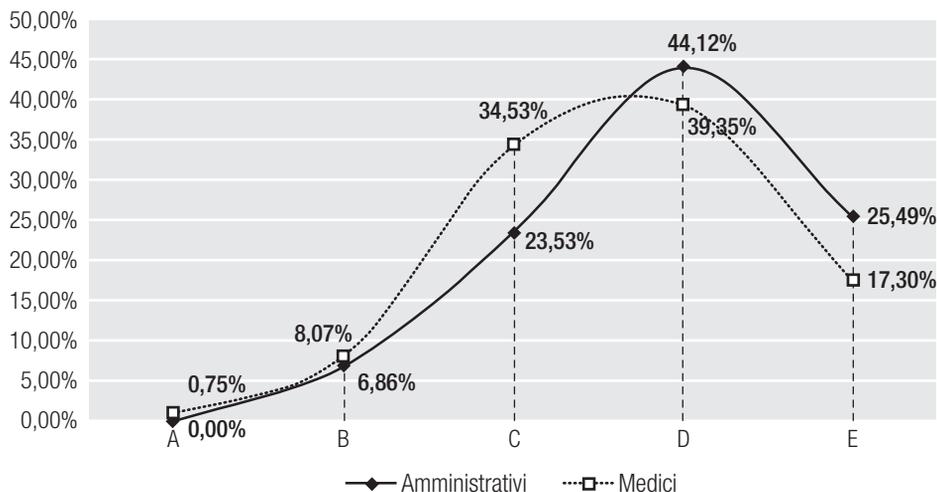
Figura 15.1 **Le competenze del sistema di valutazione e sviluppo dei dirigenti ASF**

L'esito della valutazione 2009 per i dirigenti di area medica è riportato nella Figura 15.2.

A questo punto, avendo a disposizione i dati sul raggiungimento degli obiettivi economici e di attività provenienti dalle schede di *budget*, l'azienda può procedere alla valutazione complessiva del dirigente. Essa costituisce quindi la base per l'erogazione della retribuzione di risultato, ma soprattutto rappresenta un indicatore importante in vista dell'assegnazione o del rinnovo degli incarichi dirigenziali.

Il peso assegnato alle tre voci (A – Obiettivi economici; B – Obiettivi di attività di struttura; C – Valutazione individuale) varia a seconda della responsabilità ricoperta dal valutato. Per i Direttori di dipartimento le voci A+B valgono l'80% del totale e la valutazione individuale pesa il restante 20%. All'altro estremo, per i dirigenti non responsabili di struttura le voci A+B totalizzano il 65% e la voce C il 35%. L'importo della retribuzione di risultato è calcolato sostanzialmente in proporzione al punteggio percentuale complessivo. Da quest'anno il meccanismo verrà rivisto per essere reso coerente con le direttive regionali di applicazione del D.Lgs.150/2009 in via di definizione.

Figura 15.2 **Distribuzione degli esiti della valutazione 2009 per i dirigenti ASF**



Nonostante le complessità organizzative e le resistenze incontrate, la prima sperimentazione estensiva ha dato risultati incoraggianti in termini di apprezzamento dello strumento. Un importante elemento di facilitazione è consistito nel coinvolgimento attivo dei professionisti nel disegno del sistema. Un ulteriore elemento chiave è rappresentato dalla formazione mirata che ne ha accompagnato l'introduzione.

I problemi emersi fanno invece riferimento, in larga misura, a resistenze culturali da parte dei valutati. Anche dirigenti che hanno ricevuto valutazioni pari al 95% hanno manifestato insoddisfazione, in quanto abituata a valutazioni costante del 100%. In secondo luogo sono emerse criticità riferite alle capacità dei valutatori di utilizzare il sistema. In particolare, la maggioranza dei ricorsi al Nucleo di valutazione ha riguardato problemi di (mancata) comunicazione tra valutatore e valutato. Infatti, nonostante la formazione specifica ricevuta, diversi direttori di unità operativa non hanno condiviso e commentato le valutazioni con i rispettivi valutati, perpetuando abitudini sedimentate in anni di valutazioni spesso pro forma. Inoltre, la figura del direttore di dipartimento quale «valutatore d'intesa» è apparsa in diversi casi inefficace ed è emersa l'esigenza di un accompagnamento e di una formazione più specifica per questi ruoli. Un'ultima criticità riguarda la dimensione informatica. Se infatti il processo di valutazione è computerizzato, ad oggi i sistemi informativi che raccolgono i dati delle valutazioni individuali e del processo di *budget* non interagiscono tra loro. Inoltre, considerata l'età media dei professionisti, non mancano casi di medici che hanno difficoltà ad usare il *software*.

Bisogna infine riconoscere che l'impatto in termini economici delle valutazio-

ni è molto modesto, considerando l'ammontare complessivo del fondo a disposizione e la pratica, infelice ma ancora vigente, di erogare buona parte di tale voce di retribuzione tramite acconti. Come in molte altre realtà aziendali «la voce retribuzione di risultato è ancora percepita come una delle voci della retribuzione, non come componente accessoria e variabile». Tuttavia, alla scarsa rilevanza dell'incentivo economico l'azienda ha sopperito in due modi: da un lato ricollegando i percorsi di carriera all'esito delle valutazioni; dall'altro comunicando gli esiti delle valutazioni sull'*intranet* aziendale, al fine di sviluppare un proficuo controllo sociale.

E il comparto? Di fronte a questa domanda, la risposta dell'azienda è che in questo momento l'estensione del sistema di valutazione anche al personale non dirigente non è una priorità né un obiettivo strategico. Questo però non perché il personale del comparto non rivesta sufficiente importanza, ma perché oggi gli infermieri e le altre professioni sanitarie hanno competenze gestionali «molto più sviluppate dei medici».

L'Istituto Europeo di Oncologia

Il prestigio internazionale di cui IEO gode e i traguardi raggiunti nella ricerca e nell'assistenza sono supportati da strumenti di management avanzati. La gestione delle risorse umane, in particolare, si caratterizza per la gestione per competenze, l'incentivazione dell'attività scientifica e l'attenzione alla formazione interna. Per l'integrazione di queste politiche è stata definita una *Human Resources Balance Scorecard*, composta delle quattro dimensioni della BSC (economico-finanziaria, clienti, processi interni, apprendimento e innovazione) con obiettivi e indicatori specifici di gestione del personale. Tutto ciò contribuisce ad attrarre giovani ricercatori e professionisti sul job market internazionale e ha consentito di ottenere il titolo, per quattro volte negli ultimi dieci anni, di «*Great Place to Work*»¹¹.

Un fiore all'occhiello del management dello IEO è il sistema di valutazione e sviluppo delle competenze. Il progetto nasce dall'esigenza di rendere esplicite le valutazioni, al fine di favorire lo sviluppo professionale e il riconoscimento delle *performance*. L'obiettivo aziendale, in coerenza con diverse esperienze internazionali ma in profonda discontinuità rispetto alla storia nazionale, è quello di valutare non solo la *performance* gestionale-organizzativa, ma anche quella clinica.

Per raggiungere questo scopo è stato disegnato un sistema di valutazione modellato sui principi JCI. Le dimensioni identificate per la valutazione – non solo dei medici, ma di tutto il personale che lavora in azienda – sono di tre tipi:

¹¹ Si tratta di un'iniziativa promossa dall'omonima società di consulenza basata negli Stati Uniti e attiva in numerosi paesi, che si occupa di clima e sviluppo organizzativo.

- ▶ conoscenze specialistiche;
- ▶ conoscenze non specialistiche;
- ▶ competenze comportamentali.

Abbiamo approfondito in particolare la valutazione delle competenze specialistiche, che per il personale medico si ricollega indirettamente al sistema dell'autorizzazione preventiva centrato su credenziali e privilegi (o abilitazioni), uno dei cardini dell'approccio JCI (cfr. § 15.1.2) e punto di forza dell'azienda.

Nello sviluppare la classificazione delle attività professionali su cui costruire il sistema dei privilegi lo IEO ha preferito non adottare quanto realizzato in esperienze nordamericane, che raggiungono un forte livello di dettaglio nel descrivere le attività da associare alle diverse abilitazioni. Lo IEO ha optato invece per un sistema che associa i privilegi non alle singole attività cliniche, ma a classi di attività omogenee. Da un lato, ciò ha consentito di semplificare il sistema, così da renderlo più facilmente comprensibile e accettabile da parte dei professionisti. Dall'altro, è stato il modo per tenere conto delle specificità dell'organizzazione e per coinvolgere i professionisti nel disegno del sistema.

Il modello che ne è risultato assegna un ruolo centrale al Direttore dell'Unità (equiparabile al responsabile di struttura operativa nelle aziende sanitarie pubbliche), che su base annua deve stabilire i privilegi per ogni professionista. La valutazione si fonda sull'esperienza maturata dal professionista, sulla base di criteri quali il numero di interventi effettuati, le ore di attività chirurgica e clinica o il numero di pazienti visitati. L'assegnazione del privilegio funge da abilitazione e consente al professionista di effettuare una specifica attività clinica. Il sistema prevede cinque livelli progressivi di abilitazione: il livello zero corrisponde alla non abilitazione; il primo livello consente di svolgere l'attività solo in affiancamento ad un professionista esperto; il secondo consente di effettuarla sotto la supervisione di un professionista esperto; il terzo abilita a svolgerla in autonomia; il quarto ad affiancare altri professionisti in formazione.

Oltre ad assegnare i privilegi, ogni anno il Direttore dell'Unità concorda con ognuno dei professionisti del suo *team* i risultati attesi in termini di attività clinica e di ricerca, definendo gli obiettivi all'interno di un piano di sviluppo individuale. A fine anno la valutazione viene formalizzata e il valutatore discute con il valutato un nuovo piano di sviluppo individuale. Ciò che viene considerato da questa valutazione non è il possesso o meno del privilegio, ma il raggiungimento degli obiettivi di attività clinica e di ricerca concordati *ex ante*.

Alla valutazione delle conoscenze specialistiche si affianca poi quella delle conoscenze non specialistiche e delle competenze comportamentali. Con le prime si fa riferimento a capacità quali il rispetto delle procedure organizzative, dei

percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, dei protocolli clinici, ma anche, ad esempio, la conoscenza della lingua inglese. Le competenze comportamentali invece sono state identificate a livello aziendale nel numero di dodici. Di queste, per ogni dipendente ne vengono identificate sei, sulla base del profilo professionale ricoperto, e su di esse verte poi la valutazione.

Le tre dimensioni delle conoscenze specialistiche, delle conoscenze non specialistiche e delle competenze comportamentali vengono quindi combinate tramite un sistema di pesi per dare luogo alla valutazione complessiva. Per la maggioranza del personale medico tale meccanismo prevede pesi pari, rispettivamente, a 30%, 20% e 50%.

L'esito della valutazione ha ripercussioni su diverse dimensioni della gestione del personale. In primo luogo sui percorsi di crescita professionale, con i conseguenti investimenti in formazione di tipo "tradizionale" (corsi, congressi, seminari) o più innovativo quali i corsi *online*, l'affiancamento a personale esperto o l'attivazione di tirocini presso altri reparti o strutture. In secondo luogo sulle progressioni di carriera, in quanto la valutazione annuale è uno dei criteri considerati ai fini delle promozioni. Infine, naturalmente, sulle politiche retributive. È tuttavia importante notare che, a differenza di quanto avviene per legge nel settore pubblico, non vi è un collegamento deterministico tra esito della valutazione e retribuzione variabile. L'assegnazione dell'eventuale *bonus* viene proposta dal Direttore di Unità e discussa con la Direzione del personale, che può rifiutare la proposta in ragione di scelte strategiche o di redistribuzione interna delle risorse disponibili.

Infine, rispetto alle sfide ancora aperte, i nostri interlocutori hanno innanzi tutto sottolineato la necessità di rendere l'assegnazione dei privilegi quanto più possibile oggettivabile, *data driven* e *outcome driven*. Un altro aspetto che merita attenzione riguarda l'integrazione, oggi quasi assente, del sistema di valutazione individuale con quello di *budget* di Unità, che rappresenta l'altra fonte di obiettivi (questa volta economici e d'investimento) per i medici.

15.4 Discussione e conclusioni

1. Le pagine precedenti confermano l'opportunità e le possibilità per il management delle aziende sanitarie italiane di investire con più determinazione nello sviluppo di sistemi di valutazione dei medici e del loro lavoro. Interviste e casi aziendali confermano che le difficoltà tecniche e culturali di tale valutazione sono superabili e non devono servire da scusa per non progredire in tale direzione.

Utili indicazioni possono essere tratte anche dalle esperienze maturate in altri paesi, che hanno provato con determinazione a definire e diffondere sistemi di valutazione delle competenze in sanità. Paradigmatico è l'esempio inglese, dove

oggi il dibattito sembra per lo più orientato a razionalizzare la pluralità di schemi concettuali e *set* di competenze che diverse istituzioni hanno prodotto negli ultimi anni¹².

2. Valutare il lavoro dei medici significa intervenire al cuore delle attività aziendali, orientando i comportamenti professionali e guidando lo sviluppo individuale. Si tratta di un'attività che da un certo punto di vista conferma la maturità del management sanitario che, dopo anni di lenta diffusione delle sue logiche e dei suoi strumenti, è capace di riconoscere la natura specifica delle attività svolte nelle aziende sanitarie.

Se infatti fino ad anni recenti il principale obiettivo del management sanitario è stato quello di dare una rappresentazione affidabile ed integrata delle tante attività svolte nelle aziende sanitarie e delle loro implicazioni economiche, oggi nelle aziende più progredite dal punto di vista gestionale le funzioni di management integrano quell'obiettivo con altri. In particolare, cercano di rendere più esplicite e razionali le scelte che riguardano *quali* attività sanitarie devono essere svolte (sviluppando competenze e strumenti capaci di definire costi ed efficacia delle attività, la loro funzionalità rispetto a obiettivi di ricerca e innovazione, ecc.) e *come* (sia dal punto di vista dell'*operations management*, sia con riguardo alle tecniche utilizzate e dunque alle competenze individuali da queste richieste; Lega, 2008).

3. Rispetto alle tre evoluzioni discusse nei §§ 15.1.1, 15.1.2 e 15.1.3 e al D.Lgs. 150/2009, i due casi aziendali indagati hanno mostrato certamente attenzione alle diverse dimensioni della *performance* aziendale e alla sua valutazione. Inoltre, entrambe le aziende inseriscono la valutazione dei medici all'interno di un

¹² Nel Regno Unito un'agenzia pubblica è responsabile di definire competenze e *standard* di *performance* attesi dai lavoratori pubblici e privati. Il programma dedicato alla sanità è «*Skills for Health*», che ha il duplice obiettivo di svolgere attività di ricerca sulle competenze della forza lavoro e di fornire strumenti per la pianificazione, la selezione, la formazione, e la valutazione del personale. Per alcune discipline tale iniziativa ha dato luogo a descrizioni di competenze generiche, mentre in altri casi le competenze associate a specifiche attività o profili professionali sono più dettagliate. Ad esempio per la diabetologia sono definite 85 attività rilevanti a ciascuna delle quali sono associate le competenze cliniche di cui il professionista deve disporre (esplicitamente o tramite rimandi a protocolli) e le competenze gestionali e di relazione con il paziente.

Un secondo esempio rilevante è il NHS *Knowledge and Skills Framework* (KSF), rivolto al personale non medico del Servizio Sanitario Nazionale (circa un milione di persone). Il KSF è una griglia di competenze definita a livello nazionale in accordo con le rappresentanze sindacali e utilizzata come fondamento per definire il dimensionamento degli organici e i sistemi di valutazione, carriera e sviluppo del personale. Esso identifica sei competenze generali, su cui sono valutati tutti i dipendenti, e altre competenze specifiche associate alle diverse professioni, differenziandole per intensità. Questo consente di avere un riferimento condiviso a cui ricollegare griglie di competenze più specifiche che possono comunque essere identificate, se necessario, da organi professionali o singole aziende.

Per una sintesi del modello britannico si veda Nitchell a Book (2009).

quadro più ampio di gestione dei professionisti, facendo ricorso a un insieme integrato di leve e strumenti di management che, in modo esplicito o no, replicano per la gestione del personale logiche di programmazione e valutazione multi-dimensionali (Human Resources BSC).

L'esperienza dello IEO ha messo poi in particolare evidenza la centralità dei temi del rischio e della sicurezza del paziente, enfatizzati dall'accREDITAMENTO JCI e dall'utilizzo di un sistema che riconosce e monitorizza i "privilegi" riconosciuti ai singoli professionisti.

Meno evidenti invece gli sforzi sul piano dell'*accountability*, soprattutto se intesa come diffusione su internet dei *curricula* dei medici. Appena l'1,4% dei medici in forza alla ASF ha il proprio *curriculum vitae* disponibile sul sito internet dell'azienda (verifica degli autori; 29 giugno 2010). Un po' meglio va allo IEO, che pubblica i *curricula* di un terzo circa dei propri medici (e quasi sempre si tratta di Direttori o Vicedirettori di unità), ma per ciascuno di loro prevede un *link* a PubMed¹³ per verificarne le pubblicazioni indicizzate.

Infine, la valutazione dei medici si basa in modo importante sul giudizio del responsabile gerarchico, ma tale giudizio si inserisce all'interno di uno schema definito e governato dall'azienda. In particolare, sembra utile sottolineare come l'aggancio al sistema premiante – che assume modalità molto diverse tra un'azienda e l'altra – in nessuno dei due casi costituisce il *primum movens* del sistema di valutazione.

4. Le implicazioni per il management delle aziende sanitarie italiane in tema di valutazione del lavoro dei medici sono molteplici.

La prima riguarda le chiare e importanti responsabilità dei direttori di unità operativa. Nessun sistema di valutazione del personale funzionante può prescindere da una buona valutazione espressa dal primo responsabile gestionale del valutato. Al contempo, la valutazione è un'attività che coinvolge la sfera dei rapporti personali e altri ambiti organizzativi e relazionali sensibili. Per queste ragioni le aziende devono prestare particolare attenzione al disegno dei propri sistemi di valutazione, ma anche ad allevare, selezionare e aggiornare persone capaci e intenzionate a svolgere tale ruolo di direzione di un gruppo di professionisti. A tal fine le tecniche disponibili sono numerose, come dimostrato dal caso di Firenze, dove gli aspiranti medici responsabili di struttura sono giudicati anche sulla capacità di proporre un piano di sviluppo alla direzione aziendale, o dai casi di altri contesti, in cui le posizioni gestionali di rilievo sono assegnate previo ricorso ad *assessment center*, colloqui con psicologi esterni, griglie e modelli di analisi psico-metrici, ecc.

La seconda importante implicazione di management chiama in causa diretta-

¹³ PubMed è una banca dati disponibile su internet in tema di medicina e servizi sanitari, gestita dal *National Center for Biotechnology Information*, organismo del governo statunitense.

mente le aziende che, come visto nei due casi citati e sperimentato anche all'estero, possono concretamente sviluppare e adottare sistemi di valutazione adatti ad ambiti altamente professionalizzati come le aziende sanitarie. In particolare il ruolo delle aziende sembra cruciale per lo sviluppo di sistemi che integrino la valutazione espressa dal capo con altre valutazioni e informazioni provenienti da collaboratori, colleghi, utenti, controllo di gestione, ufficio relazioni con il pubblico, ecc. Il modello di riferimento è quello della valutazione a 360 gradi o, per dirla con altre parole, dei *multi-source-feedback-systems* (De Pietro, 2004), in cui l'azienda s'impegna a dotarsi di un sistema capace di mettere a disposizione di ciascun professionista un insieme di *feedback* e informazioni rilevanti, fruibili e confrontabili riferite al suo lavoro. La "socializzazione" della valutazione, espressa da più attori e basata su diverse fonti informative, rappresenta un approccio particolarmente promettente per gli ambiti professionali e costituisce un contributo assai utile agli stessi professionisti per potere ri-orientare i propri comportamenti.

La terza indicazione di management riguarda il possibile ruolo di dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri o altri livelli organizzativi equivalenti. Pur ribadendo la centralità della valutazione espressa dal capo diretto, quanto detto sopra sulla valutazione a 360 gradi porta a sottolineare il possibile ruolo di tali livelli organizzativi per decisioni importanti che riguardino ad esempio la premialità, le progressioni di carriera, ecc. Questo per più motivi:

- ▶ il numero limitato dei medici afferenti a una determinata unità operativa fa sì che le valutazioni espresse possano essere percepite come frutto di relazioni personali (es. amicizia) più che di un rapporto professionale. Per questo motivo, portare a un livello organizzativo più alto tali decisioni potrebbe ridurre i rischi e le percezioni di personalizzazione della valutazione;
- ▶ una valutazione tutta interna all'unità operativa potrebbe sottostimare aspetti quali l'integrazione con altre unità operative sui percorsi di cura, ecc.;
- ▶ decisioni prese a un livello organizzativo superiore (es. nell'ambito del comitato di dipartimento) possono indirizzare stili di direzione troppo eterogenei ed esercitare un utile controllo professionale tra pari.

5. Un ulteriore livello di analisi riguarda il ruolo di attori esterni alle aziende e, in primo luogo, delle Regioni e delle società scientifiche. Come qualunque valutazione, anche quella sul lavoro dei medici è più utile se comparabile: iniziative promosse da Regioni o corpi professionali (ordine e società scientifiche) potrebbero dunque portare alla definizione di *set* di competenze condivisi e credibili. Ciò è particolarmente utile per le competenze tecnico-professionali. Infatti la loro numerosità, la loro specificità e il tasso di rinnovamento a cui sono soggette renderebbe costoso, difficile e forse velleitario per le singole aziende sviluppare *set* di competenze adeguati. Le singole aziende potrebbero poi specificare o integrare le competenze definite a livello sovra-aziendale, a partire da una rileva-

zione su punti di forza e punti di debolezza aziendale, competenze cruciali per alcuni servizi critici, ecc.

Viceversa, le competenze gestionali-relazionali possono più facilmente essere definite a livello di singola azienda.

6. Un ultimo aspetto riguarda le condizioni che nelle aziende sanitarie possono favorire lo sviluppo di un sistema di valutazione dei medici. Il caso della ASF ha messo in evidenza la presenza di un direttore generale che aveva maturato una lunga esperienza in un gruppo industriale e un processo di costruzione del *set* delle competenze manageriali che è stato lungo ma condiviso coi professionisti. Dal canto suo, il caso dello IEO mette in evidenza il ruolo della ricerca quale elemento di valutazione professionale e d'informazione esterna gli per utenti, come confermato dal rimando a PubMed da ciascun profilo dei medici in forza all'ospedale. Si noti peraltro che l'informazione circa le pubblicazioni contribuisce ad arricchire i profili individuali con informazioni rilevanti e va nel senso di una maggiore confrontabilità tra professionisti, strutture o aziende: entrambi aspetti chiave della valutazione a 360 gradi sopra descritta.

Bibliografia

- Alesani D., Cantù E., Marcuccio M., Trincherò E. (2006), «La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: funzionalità e potenzialità», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Baldantoni E., Favaretti C., Fontana F., De Pieri P., Guarrera G. (2003), «La valutazione dei dirigenti medici dell'azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza», *Tendenze Nuove*, 3, pp.263-280.
- Baldantoni E., Fontana F., De Pieri P., Guarrera G.M., Scillieri M. Grandi C., Marzano A. (2006), «Applicazione pratica del modello di valutazione dei medici nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento», *Tendenze Nuove*, 1, pp.47-66.
- Bandini F. (2002), «I ruoli e gli organi coinvolti nel processo di valutazione del personale nelle aziende sanitarie: l'approccio teorico e l'evidenza empirica attraverso l'analisi delle aziende lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Bergamaschi M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie», in G. Casati (a cura di): *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Bonetti A., Lamberti G., Fogassi P., Perrotti E., Landi G., Zacchi V. (2001), «Il

- processo di valutazione dei dirigenti: una proposta per l'azienda ospedaliera "Spedali Civili di Brescia"», *Mecosan*, 38, pp.131-150.
- Borgonovi E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Broglio A. (1992), «Il sistema di valutazione delle prestazioni», in Costa G. (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, Torino, UTET.
- Capaldo G., Zollo G. (1999), «La valutazione delle risorse umane basata sulle competenze: aspetti teorici ed evidenze empiriche», *Studi organizzativi*, 3, pp.61-91.
- Casati G., Nicolai M., Francesconi A., Webber A. e Zigrino F. (1999), «L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. di Trento», *Mecosan*, 32, pp.93-105.
- De Bac M. (2008), «Brunetta: operazione verità sui medici», *Corriere della Sera*, 18 settembre, p.21.
- De Pietro C. (2002a), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo. Il caso di un'azienda territoriale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- De Pietro C. (2002b), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale», *Mecosan*, 43, pp.67-81.
- De Pietro C. (2004), «Burocrazie professionali e gestione del personale: ultimi sviluppi nelle aziende sanitarie pubbliche», *Economia & Management*, 5, pp.58-59.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 13(2-3), pp.159-168.
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- Filannino C. (2002), «Sviluppo di carriera e sistemi di valutazione professionale del personale dirigente: un'analisi delle aziende sanitarie lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare e controllare. Applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Padova, CEDAM.
- JCI (2007), *Joint Commission International accreditation standards for hospitals. 3rd edition*, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace.
- Kaplan R.S. e Johnson H.T. (1987), *Relevance lost: The rise and fall of management accounting*, Harvard Business School Press, Boston.

- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1992), «The balanced scorecard – measures that drive performance», *Harvard Business Review*, 70(1), pp.71-79.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (2004), *Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Press, Boston.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, EGEA.
- Lega F. e De Pietro C. (2005), *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*, *Health Policy*, 74(3), pp.261-281.
- Mintzberg H. (1980), «Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design», *Management Science*, 26(3), pp.322-341.
- Misuraca D. e Zambonin E. (2001), «Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 37, pp.71-76.
- Mitchell L. e Boak G. (2009), «Developing competence framework in UK healthcare: lessons from practice», *Journal of European Industrial Training* 33(8/9), pp.701-717.
- Niven P. (2003), *Balanced scorecard for government and non profit agencies*, Hoboken, John Wiley.
- Pezzani F. (2003), *L'accountability nelle amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Rossetti R. e Russo T. (1997), «Ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale», *Mecosan*, 21, pp.33-47.
- Rotondi P. e Saggin A. (2002), *Persone e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- Ruffini R. (1999), «La valutazione dei risultati nelle aziende sanitarie», in Reborra G. (a cura di): *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche. Proposte operative e di metodo*, Milano, Guerini e Associati.
- Simonetti S. e Taurino R. (2002), «La valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie. Il modello del San Filippo Neri di Roma», *Mecosan*, 42, pp. 121-132.
- Simons R. (2000), *Performance measurement and control systems for implementing strategy*, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Valotti G. (2009), *Fannulloni si diventa?*, Milano, EGEA.
- Yin R.K. (1994), *Case study research*, Thousand Oaks, SAGE.