

Valutare competenze e *performance* individuale dei medici ospedalieri nella prospettiva del management: alcune esperienze italiane¹

Avaliar competências e desempenho individual dos médicos hospitalares, na perspectiva da gestão: algumas experiências italianas

Individual appraisal of hospital doctors' performance and skills in the managerial perspective: some italian experiences

Evaluar el desempeño individual y las competencias de los médicos en los hospitales en la perspectiva de la gestión: algunas experiencias italianas

Carlo De Pietro²

RIASSUNTO

La valutazione delle competenze e delle *performance* individuali dei medici è un tema centrale del management degli ospedali. Nonostante tale centralità, nella tradizione italiana tale valutazione era implicitamente lasciata al controllo sociale che si svolgeva tra

i medici, senza un esplicito coinvolgimento del *management* (né quello di *line* delle unità operative gestite dai medici, né quello della tecnostuttura amministrativa o della direzione aziendale). Questa auto-gestione interna alla sola professione medica non risponde più alle pressioni (di efficacia, efficienza, qualità) che l'ambiente esercita sulle aziende e allo stesso sviluppo delle competenze manageriali maturate negli ospedali italiani negli ultimi venti anni. L'articolo, dopo aver illustrato alcuni nodi concettuali relativi alla valutazione della *performance* medica, guarda a quattro esperienze aziendali che, seppur molto diverse, mostrano sistemi strutturali ed efficaci di valutazione. Le differenze tra le quattro aziende si spiegano con condizioni organizzative e finalità della valutazione che restano diversi. In tutti i casi però l'esperienza mostra la necessità

1 L'articolo riprende estesamente in contributi di due capitoli (1-2) apparsi nel 2009 e nel 2010 sul Rapporto OASI edito dal CERGAS Bocconi.

2 Docente SUSPI (Scuola Universitaria della Svizzera Italiana; Manno, Svizzera; www.supsi.ch), SDA Professor (SDA Bocconi School of Management; Milano, Italia; www.sdabocconi.it) e Ricercatore a contratto CERGAS (Centro di Ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale dell'Università Bocconi; Milano, Italia; www.cergas.unibocconi.it).

di sistemi articolati, costruiti in primo luogo per aiutare i propri medici a lavorare bene, dando loro informazioni rilevanti e fruibili sul proprio lavoro, in un'ottica di responsabilizzazione e miglioramento continuo.

PAROLE CHIAVE: Gestione del personale in sanità; Gestione del personale in ospedale; Medici; Italia.

RESUMO

A avaliação das competências e do desempenho dos médicos é um tema central de gestão dos hospitais. Apesar desta centralidade, na tradição italiana a avaliação foi implicitamente deixada para o controle social que teve lugar entre os médicos, sem a participação explícita da gestão (ou que linha de unidades especialistas geridas por médicos ou da tecnoestrutura administrativa ou da direcção). Esta auto-gestão da profissão médica já não responde à pressão (eficácia, eficiência, qualidade) que o ambiente exerce sobre os hospitais e à habilidades gerenciais adquiridas em hospitais de Italia nos últimos vinte anos. O artigo delinea algumas questões conceituais relacionadas com a avaliação do desempenho médico e olha quatro experiências que, embora muito diferentes, mostram sistemas estruturais e eficazes. As diferenças entre os quatro hospitais são explicadas pelas diferentes condições organizacionais e os objetivos da avaliação. Em todos os casos, as experiências mostram a necessidade de sistemas articulados, destinados principalmente a ajudar os médicos a trabalhar bem, dando-lhes informações úteis e relevantes sobre o seu trabalho, na perspectiva da responsabilização e melhoria contínua.

Palavras-chave: Administração de

Recursos Humanos em Saúde; Administração de Recursos Humanos em Hospitais; Médicos; Italia.

ABSTRACT

The performance and competences appraisal of physicians is a central theme of hospital management. Despite this importance, in the Italian tradition that assessment was implicitly left to the social control that took place between doctors, without explicit involvement of the management (neither of line management, nor of administrative technostructure). This self-management by the medical profession no longer responds to pressures (in terms of effectiveness, efficiency, and quality) that the environment exerts on hospitals and is not coherent with the overall development of managerial systems and tools experiences by hospitals Italian hospitals in the last twenty years. The article, after outlining some conceptual issues related to the medical performance evaluation, looks to four managerial experiences which, although very different, all have been effective. The differences between the four hospitals is explained by different organizational conditions and purposes of assessment. In all cases, however, experience shows the need for articulated systems, designed primarily to help doctors to work well, giving them relevant and usable information on their own work, fostering accountability and continuous improvement.

KEYWORDS: Health Personnel Management; Personnel Administration, Hospital; Physicians; Italy.

RESUMEN

La evaluación del desempeño y de las competencias de los médicos es un tema central de la gestión hospitalaria. A pesar de esta importancia, en la tradición italiana la evaluación se quedó implícitamente al control social entre los médicos, sin la participación explícita de la gestión (no de los jefes de los servicios clínicos, gestión de la línea, ni de la tecnoestructura administrativa). Esta auto-gestión por la profesión médica ya no responde a las presiones (en términos de eficacia, eficiencia y calidad) que ejerce el medio ambiente en los hospitales y no es coherente con el importante desarrollo gerencial de los hospitales italianos en el últimos veinte años. El artículo, después de esbozar algunas cuestiones conceptuales relacionadas con la evaluación del desempeño médico, se ve a cuatro experiencias de gestión que, aunque muy diferentes, todos han sido eficaces. Las diferencias entre los cuatro hospitales se explica por las diferentes condiciones de organización y los propósitos de la evaluación. En todos los casos, sin embargo, la experiencia demuestra la necesidad de sistemas articulados, diseñado principalmente para ayudar a los médicos a trabajar bien, dándoles la información relevante y útil sobre su propio trabajo, La evaluación del desempeño y las competencias de los médicos es un tema central de la gestión hospitalaria. A pesar de esta importancia, en la tradición italiana que la evaluación se quedó implícitamente al control social que se llevó a cabo entre los médicos, sin la participación explícita de la gestión (no de la gestión de la línea, ni de la tecnoestructura administrativa). Esta auto-gestión por la profesión médica ya no responde a las presiones (en términos de

eficacia, eficiencia y calidad) que ejerce el medio ambiente en los hospitales y no es coherente con el desarrollo general de los sistemas de gestión y herramientas de experiencias en los hospitales italianos en el últimos veinte años. El artículo, después de esbozar algunas cuestiones conceptuales relacionadas con la evaluación del desempeño médico, se ve a cuatro experiencias de gestión que, aunque muy diferentes, todos han sido eficaces. Las diferencias entre los cuatro hospitales se explica por las diferentes condiciones de organización y los propósitos de la evaluación. En todos los casos, sin embargo, la experiencia demuestra la necesidad de sistemas articulados, diseñado principalmente para ayudar a los médicos a trabajar bien, dándoles la información relevante y útil sobre su propio trabajo, con un enfoque que promueve la responsabilidad y la mejora continua.

PALABRAS CLAVE: Administración del Personal en Salud; Administración de Personal en Hospitales; Médicos; Italia.

INTRODUZIONE

Il capitolo tratta della valutazione delle *performance* individuali e delle competenze dei medici ospedalieri italiani dipendenti, adottando un'ottica di management. L'obiettivo è quello di discutere le finalità di tale valutazione, i suoi processi e i suoi strumenti, a partire da tre esperienze diverse. Tale analisi sarà preceduta da una breve trattazione di alcune importanti caratteristiche specifiche del lavoro medico, le quali pongono problemi concettuali e operativi rilevanti a tale attività di valutazione.

I limiti della (sola) valutazione delle prestazioni

In molti settori economici e molte aziende la valutazione individuale riguarda in primo luogo le prestazioni individuali, tradizionalmente in intese come l'insieme³:

- dei risultati raggiunti, valutati a fronte (per quanto possibile) di obiettivi assegnati *ex ante*;
- dei comportamenti organizzativi messi in atto, valutati a fronte di quelli attesi, associati cioè al ruolo lavorativo assunto.

La valutazione dei risultati raggiunti a fronte di obiettivi assegnati è alla base dell'approccio noto come MBO, o management per obiettivi (*management by objectives*). In tal senso, il principale sforzo del management e la sua principale responsabilità riguardano la definizione di obiettivi e indicatori adeguati a orientare i comportamenti individuali al perseguimento degli obiettivi aziendali. Qui l'enfasi non è dunque sul *come* gli obiettivi sono raggiunti, quanto piuttosto sul *se* sono raggiunti. Ciò implica un'ottica "successocratica" più che meritocratica: il management può cioè sostanzialmente limitarsi a verificare la corrispondenza tra risultati e obiettivi, senza entrare nel merito del *come* o perché quegli obiettivi sono stati – oppure non sono stati – raggiunti.

Tale approccio però porta con sé diversi limiti. Un primo limite è la tendenza, da parte del valutato, a proporre risultati potenzialmente facilmente raggiungibili, così da ridurre il rischio di ottenere una valutazione negativa. Un secondo limite riguarda il rischio di rappresentare in modo solo molto parziale gli

effetti del lavoro del valutato, non riuscendone cioè a valutare efficacemente le diverse attività svolte dal valutato e le diverse responsabilità.

Questi limiti portano tipicamente a integrare nel concetto di prestazione e dunque nella sua valutazione, anche il secondo elemento sopra richiamato, e cioè i comportamenti organizzativi. A sostegno di ciò c'è l'esperienza secondo la quale la valutazione dei comportamenti si presta meglio a una valutazione trasversale e complessiva dell'atteggiamento sul lavoro, delle competenze relazionali, ecc. In questo senso, i comportamenti organizzativi non sono presi in considerazione soltanto perché strumentali al raggiungimento degli obiettivi prefissati, ma possono diventare un fine in sé e comunque essere oggetto di una valutazione in parte diversa e separata da quella sottostante al MBO.

La valutazione delle prestazioni e cioè di risultati e comportamenti organizzativi, è un processo di gestione del personale fondamentale in qualunque settore economico e in qualunque tipo di azienda. La natura professionale delle aziende sanitarie e, a maggior ragione, del lavoro medico, rende però opportuna integrare la valutazione del lavoro del medico con due altri elementi addizionali. In primo luogo i comportamenti professionali, che implicano il rispetto delle regole deontologiche e di quanto proposto dall'Evidence Based Medicine, dai protocolli, dai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, ecc. In secondo luogo le competenze individuali.

Infatti, nonostante l'enfasi posta dalle leggi e dai contratti collettivi di lavoro sulla necessità di programmare le attività e quindi di assegnare obiettivi conseguenti, nelle organizzazioni professionali la direzione aziendale e in parte anche il management di

linea faticano ad attribuire obiettivi individuali a ciascun professionista⁴. Anche se i sistemi di programmazione e controllo sono 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 ospedaliera.

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 degli ospedali multispecialistici spazia – per cogliere con pochi esempi l'estensione della gamma delle prestazioni erogate – dalla dialisi per insufficienza renale acuta alla medicina di laboratorio, dalle prime visite ambulatoriali di cardiologia agli interventi programmati di chirurgia vascolare, dall'accettazione in pronto soccorso alla riabilitazione neurologica, ecc.;

- l'alto numero di professionisti (in genere diverse centinaia), 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 singola sede ospedaliera, di dipartimento o addirittura di unità operativa monospecialistica.

Queste stesse ragioni mostrano la necessità di affiancare alla valutazione dei risultati e dei comportamenti organizzativi, anche quella dei comportamenti professionali e delle competenze individuali⁵. In particolare, queste ultime comprendono quelle di natura manageriale (utili soprattutto ai professionisti investiti di responsabilità gestionale e dunque dell'efficiente utilizzo di risorse umane, tecnologiche, finanziarie, ecc.) e quelle di natura tecnico-professionale⁶.

La Tabella 1 mostra come per i medici con responsabilità gestionali la valutazione debba verteere principalmente sui risultati e sulle competenze manageriali. Specularmente, per i medici che non hanno responsabilità di unità operativa, 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, insieme al rispetto dei comportamenti professionali previsti da conoscenze scientifiche (linee-guida e protocolli basati sulle migliori evidenze disponibili), decisioni "locali" (percorsi intraospedalieri definiti con i propri colleghi, percorsi ospedale-territorio definiti nell'ambito di collaborazioni interistituzionali, ecc.) e norme deontologiche (preminenza degli interessi del paziente, regole relative al consenso informato, ecc.³).

3 Per una riflessione recente relativa alla deonto-

Tabella 1. Dimensioni della valutazione del personale applicata ai medici

| Dimensione della valutazione | | Importanza con riferimento a medici con responsabilità gestionale (primari, capi-dipartimento, ecc.) | Importanza con riferimento a medici con responsabilità clinico-assistenziale |
|------------------------------|--|--|--|
| Prestazioni | Risultati raggiunti (possibilmente a fronte di obiettivi pre-assegnati) | X X X | X |
| | Comportamenti organizzativi messi in atto a fronte di quelli attesi dal ruolo | X X | X X |
| | Comportamenti professionali messi in atto a fronte di quelli attesi da deontologia, conoscenze scientifiche e decisioni locali | X | X X X |
| Competenze | Manageriali | X X X | X |
| | Tecnico-professionali | X | X X X |

La contemporanea attenzione posta alle diverse dimensioni della valutazione richiamate in tabella è coerente con la natura professionale del lavoro e delle responsabilità del medico ospedaliero. In particolare, la responsabilità relativa a competenze tecnico-professionali e comportamenti organizzativi richiama la “obbligazione di mezzi” (dunque alternativa rispetto alla “obbligazione di risultato”) tipica della disciplina giuridica del lavoro professionale. Detto ancora in altri termini, ciò corrisponde alla necessità di un’azione manageriale capace di guardare alle competenze che alimentano i processi di erogazione dei servizi, ai comportamenti organizzativi con cui questi processi di esprimono, ai risultati che producono⁴.

logia medica, si rimanda al “Physician charter” proposto nel 2002 da ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation e European Federation of Internal Medicine⁷.

4 Tale modo di procedere è coerente peraltro con

Gli ospedali italiani hanno molto lavorato sull’individuazione e sul monitoraggio di adeguati indicatori di risultato. Di più, la definizione di obiettivi di gestione nell’ambito di negoziazioni di *budget* svolte tra management di *line* e direzione aziendale, è stato il principale *driver* dello sviluppo manageriale del sistema ospedaliero italiano a partire dagli anni ottanta. Pur con molti limiti che sussistono ancora oggi, le aziende ospedaliere hanno tutte sviluppato sistemi articolati di programmazione e controllo di gestione, basati su sistemi di contabilità analitica, di gestione della qualità e della sicurezza dei pazienti, ecc. E tali sistemi hanno responsabilizzato in modo efficace i medici a cui sono affidate responsabilità di gestione⁹.

l’analisi proposta da Donabedian⁸, che individua tre dimensioni per valutare la qualità dell’assistenza sanitaria: struttura, processi ed esiti.

Se sulla valutazione dei risultati i progressi sono stati notevoli, non altrettanto si può dire di quella sui comportamenti organizzativi¹⁰. Tale valutazione richiede infatti, necessariamente, un coinvolgimento più diretto dei diretti interessati (valutati e valutatori) e processi di valutazione individuale che non possono essere risolti con informazioni e meccanismi amministrativi automatici, ma si devono basare su una valutazione personale ed espressa direttamente sul lavoro dei singoli collaboratori o colleghi. Questa maggiore, necessaria enfasi sui rapporti e sulle relazioni individuali, hanno tradizionalmente trovato grandi resistenze negli ospedali italiani, come diremo nella prossima sezione. Da tali difficoltà è risultato un sostanziale fallimento di tanti processi, abbandonati o trasformati in pratiche burocratiche e ritualistiche, del tutto incapaci di incidere sulla gestione.

Miglior fortuna hanno avuto, almeno in parte, i meccanismi volti a valutare i comportamenti professionali. Sebbene in molti contesti tale valutazione risulti ancora limitata e carente, il ricorso a sistemi di rilevazione della soddisfazione degli utenti, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (e dunque il monitoraggio dell'adesione da parte dei medici), la diffusione di sistemi di audit clinico in ambito ospedaliero, la fruibilità delle linee guida e la maggiore sensibilità dei professionisti rispetto ai temi dell'Evidence Based Medicine hanno fatto notevoli progressi in questi ultimi anni.

In questo quadro, l'elemento in ogni caso forse più debole riguarda la valutazione esplicita delle competenze individuali; sia quelle di natura manageriale, sia quelle di natura tecnico-professionale. Di fatto ancora oggi il

ruolo maggiore nel certificare e mantenere nel tempo le competenze individuali è svolto dalle scuole (facoltà di medicina e chirurgia) e dal sistema di formazione continua obbligatoria previsto per i professionisti sanitari in Italia (sistema ECM o Educazione Continua in Medicina, che chiede a ciascun professionista di maturare ogni anno un numero minimo di crediti formativi certificati dal Ministero della Salute e rilevanti per la professione alla quale si appartiene). Accanto a quest'azione ufficiale, c'è poi quella di alcune società scientifiche che, su base volontaria, prevedono sistemi di certificazione per alcune competenze specialistiche. Pochissimo è invece fatto dalle aziende sanitarie o dagli ospedali in cui i medici lavorano: in tal modo, di fatto, le aziende rinunciano ad agire su una leva di gestione del personale fondamentale per organizzazioni fortemente professionali, demandando quasi completamente la codificazione, la certificazione e il monitoraggio delle competenze ad attori terzi, e cioè al sistema universitario e professionale.

Due ulteriori spinte alla valutazione individuale

Dal punto di vista del management, 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 due ulteriori dimensioni rilevanti per la gestione degli ospedali italiani. Esse riguardano la misurazione delle *performance* aziendali e l'*accountability*.

Con riguardo alla misurazione delle *performance*, la letteratura e le esperienze di gestione hanno evidenziato, ormai da anni, la rilevanza degli approcci multidimensionali,

mettendo in discussione la rilevanza delle sole informazioni economico-finanziarie¹¹. 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 gli ospedali. 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. In ogni caso, la *performance* degli ospedali 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*.

La seconda dimensione che qui si vuole mettere in evidenza è l'*accountability*. Gli ospedali, in gran parte gestiti peraltro da aziende sanitarie pubbliche, non possono

prescindere da accettabili gradi di consenso politico esterno e sono chiamate a render conto delle proprie attività¹². Tali preoccupazioni trovano tipicamente sbocco in modalità di rendicontazione ulteriori rispetto a quelle prescritte usualmente per le imprese, ad esempio attraverso lo strumento del bilancio sociale¹³. 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 disponibilità d'informazioni sui medici e, in particolare, l'obbligo (previsto da una recente norma di legge del 2009) di pubblicarne i *curricula vitae* sul sito *web* aziendale. D'altro canto, numerose esperienze e analisi hanno messo in evidenza le difficoltà e anche i rischi di pubblicare informazioni relative alle *performance* e alle qualità professionali dei medici (necessità di rendere realmente fruibili tali informazioni ai cittadini; comparabilità dei dati forniti dai diversi professionisti e dai diversi ospedali; limiti nel rapporto causa-effetto tra trattamenti e out come, soprattutto in alcune discipline internistiche; difficoltà per i medici giovani di rendersi apprezzati e appetibili). Ma proprio un'azione promossa e governata dagli stessi ospedali sembra la migliore garanzia contro il rischio – assai concreto – che a tale valutazione interna si sostituiscano i mezzi di comunicazione di massa o soggetti terzi con il rischio di avere informazioni strumentalizzate, parziali, incomplete o fuorvianti.

NODI CONCETTUALI E GESTIONALI

Nell'esperienza reale, valutare la *performance* del medico ospedaliero si dimostra molto più difficile di quanto spesso previsto. Qui di seguito sono ricordate alcune delle principali difficoltà, con riferimento ai medici ospedalieri italiani.

Innanzitutto, è bene ricordare che la *performance* del medico deriva da più condizioni, che riguardano in particolare il possesso di competenze tecnico-professionali individuali adeguate e aggiornate, ma anche una buona motivazione sul lavoro, un coordinamento efficace delle sue attività con quelle dei colleghi e condizioni organizzative di esercizio professionale adeguate, obiettivi individuali, di gruppo e aziendali chiari. A loro volta, tutti tali fattori sono tra loro collegati e rimandano a condizioni a monte ulteriori, che complicano molto il quadro all'origine della *performance* individuale. Inoltre, è bene ricordare che è molto difficile parlare di "lavoro medico" come se fosse un insieme relativamente omogeneo di compiti o attività. Al contrario, esso ha molte dimensioni, tutte importanti e tutte, almeno in parte, presenti nel lavoro medico. Ambiti di queste differenziate attività sono la diagnosi ed esecuzione esperta, il rapporto coi pazienti e loro familiari, il rapporto con gli altri operatori sanitari dell'ospedale o del sistema sanitario allargato, l'aggiornamento e la formazione, l'insegnamento, la ricerca, ecc. Tale eterogeneità necessiterebbe in linea di principio di una valutazione altrettanto articolata e dunque probabilmente basata su fonti informative, processi e attori diversi.

Una seconda difficoltà della valutazione della *performance* dei medici ospedalieri in Italia è la forza di una cultura organizzativa di tipo burocratico, soprattutto negli ospedali

pubblici. Norme di legge, contratti collettivi di lavoro e – soprattutto – cultura organizzativa, risentono tutti di un modello di organizzazione e di funzionamento radicato nella teoria di burocrazia classica weberiana, nella quale la valutazione individuale è fondamentalmente di *performance* (e cioè di corrispondenza del lavoro svolto rispetto a quanto previsto da norme e procedure) e non di *performance*. Nel modello burocratico classico, l'organizzazione è inoltre basata sui principi d'imparzialità, oggettività e trasparenza dell'azione amministrativa, che mal si conciliano con la soggettività necessaria a poter valutare e a voler riconoscere caratteristiche del medico che non dipendono dal ruolo svolto o dal diploma di specializzazione posseduto, ma dalle sue competenze, dai suoi comportamenti e dai risultati conseguiti.

Un altro motivo di difficoltà riguarda le conseguenze che i contratti collettivi di lavoro hanno definito per la valutazione individuale. Questa avrebbe infatti un impatto diretto sulla retribuzione di prestazione e sulle carriere e progressioni salariali e cioè su sistemi motivazionali molto forti. Pur logica, tale previsione contrattuale ha spesso finito per indebolire e svuotare le esperienze di valutazione fatte negli ospedali italiani, che si basano per lo più su schede di valutazione individuale compilate dal responsabile gerarchico diretto del valutato (ad esempio con il primario che valuta i medici che collaborano nell'unità operativa specialistica). La ragione sta nell'eccessivo automatismo di tale impatto, senza alcuna "stanza di compensazione" o comunque senza ulteriori filtri o livelli in cui le decisioni su retribuzioni e carriere possano essere integrate da considerazioni diverse e

ulteriori rispetto alla sola valutazione espressa dal superiore gerarchico del valutato. Di fronte a tali conseguenze deterministiche e importanti, i valutatori si sono sentiti inadeguati e a disagio e hanno preferito disinnescare eventuali reazioni che temono possano essere mal comprese o non accettate da parte dei medici collaboratori. Per far ciò, i valutatori hanno depotenziato il processo della valutazione, il più delle volte riconoscendo giudizi eccellenti a tutti i collaboratori valutati.

Come già accennato nella sezione precedente, un ulteriore ambito problematico riguarda il rapporto tra azienda ospedaliera e soggetti esterni deputati a interessarsi di competenze. In particolare si tratta di società scientifiche, ordini professionali e università che nel settore sanitario sono da sempre le istituzioni centrali per la definizione e l'evoluzione delle competenze tecnico-professionali. A differenza che in altri settori economici, nel settore ospedaliero le competenze non sono definite, formate e valutate dalle aziende, quanto dalle istituzioni sopra citate. Ciò rende tecnicamente più difficile e culturalmente meno accettata l'azione aziendale, che in ogni caso resta necessaria in quanto la definizione/evoluzione/valutazione operata da università, ordine e società scientifiche non sempre risponde agli stessi obiettivi dell'azienda, a volte è poco efficace (in particolare l'ordine dei medici nell'esperienza italiana fatica molto a sanzionare i professionisti non adeguati).

Infine, un ultimo punto riguarda la scelta del più efficace livello organizzativo per esprimere le valutazioni delle *performance* dei medici. Chi deve valutare? Il capo diretto del medico, il dipartimento, organi di *staff* aziendali? L'esigenza è difatti quella di combinare, da

un lato, una sufficiente "vicinanza" e cioè un'adeguata conoscenza delle attività svolte dal medico valutato e delle competenze necessarie a svolgere quelle attività e, dall'altro, una sufficiente "distanza" tra valutato e valutatore, così da ridurre i rischi di valutazioni distorte (o percepite come distorte) da una personalizzazione del giudizio. In questo senso, i sistemi di valutazione devono essere capaci di trovare un "giusto mezzo" tra queste due esigenze contrapposte di vicinanza e lontananza. Da qui la predilezione per soluzioni che coinvolgono livelli organizzativi superiori alla singola unità operativa specialistica, quali i dipartimenti ospedalieri o anche il collegio dei medici dell'intero ospedale, se di dimensioni ridotte. Tale "giusto mezzo" permette infatti una sufficiente conoscenza diretta del medico di cui si valuta il lavoro, ma coinvolge più professionisti, riducendo il rischio di giudizi soggettivi e parziali.

ESPERIENZE

Questa sezione illustra sinteticamente le esperienze maturate in quattro diversi contesti aziendali ospedalieri italiani, le cui caratteristiche sono riportate nella seguente tabella.

Tabella 2. Le aziende considerate

| Codice | Tipo azienda | Numero ospedali gestiti | Numero posti letto totali |
|--------|---|-------------------------|---------------------------|
| A1 | Azienda sanitaria locale pubblica | 6 | 1 100 |
| A2 | Azienda sanitaria locale pubblica | 2 | 300 |
| A3 | Azienda ospedaliero-universitaria pubblica | 3 | 700 |
| A4 | Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico di diritto privato | 1 | 400 |

A1

Il sistema realizzato per la valutazione dei medici nella prima azienda rimanda a tre livelli diversi:

- A – obiettivi economici che includono, nella misura in cui sono rilevanti per il medico, la sua unità operativa o il suo dipartimento, gli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore generale dell'azienda⁵;
- B – obiettivi di attività di unità operativa;
- C – valutazione individuale del singolo medico.

⁵ Il Servizio Sanitario Nazionale italiano riconosce alle Regioni il ruolo centrale nell'organizzare e finanziare i servizi. In questo quadro, la Regione diventa la "capogruppo" di un insieme di aziende autonome ma che rispondono ad essa¹⁴.

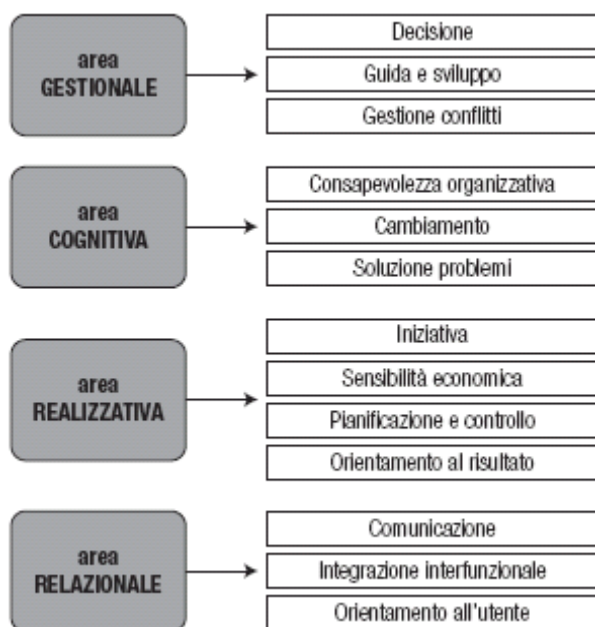
Il peso assegnato alle tre voci varia a seconda della responsabilità ricoperta dal valutato. Per i medici direttori di dipartimento le voci A+B valgono l'80% del totale e la valutazione individuale pesa il restante 20%. All'altro estremo, per i medici senza responsabilità gestionali le voci A+B totalizzano il 65% e la voce C il 35%. Ai risultati complessivi è collegata proporzionalmente la retribuzione di prestazioni.

Il focus del sistema è la dimensione gestionale-organizzativa. La dimensione clinico-professionale non è invece stata affrontata se non marginalmente.

In particolare, la valutazione individuale è basato sul modello delle competenze. Il sistema è stato introdotto soprattutto per ovviare alla limitata dinamicità dei percorsi di carriera interni, che portavano malcontento e scarsa motivazione dei dirigenti. È quindi stato creato con l'obiettivo di favorire la meritocrazia e premiare i migliori. 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. L'esito è l'insieme di tredici competenze, suddivise nelle quattro aree gestionale, cognitiva, realizzativa e relazionale. Strumento utile a rilevare tali competenze è un questionario composto da 55 domande situazionali, che 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 in un apposito programma informatico 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 è effettuata dal responsabile gerarchico del 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.

Figura 1. Le competenze considerate presso l’Azienda 1



La valutazione individuale relativa al 2009 ha dato luogo alla seguente distribuzione: A (minimo): 1% dei medici valutati; B: 8%; C: 35%; D: 44%; E (massimo): 17%.

A2

Il sistema di valutazione adottato nella seconda azienda riguarda soltanto i medici con responsabilità gestionali (responsabili di

unità operativa o di dipartimento). Si tratta di una valutazione di tipo “a 360°” o “*multi-source feedback*”, in cui la valutazione del professionista è affidata:

- al suo superiore diretto;
- ai suoi pari (colleghi), ovvero ai professionisti del medesimo livello gerarchico che abbiano conoscenza del valutato;
- ai suoi collaboratori subordinati, ovvero al personale afferente all’unità operativa del valutato;
- ad altri valutatori, ovvero altre figure aziendali non incluse nelle categorie precedenti che abbiano rilevanti interazioni professionali con il valutato;
- allo stesso professionista, a cui è chiesta un’autovalutazione.

Ad ogni valutato è stato poi inviato l’elenco dei valutatori, cosicché lo potesse condividere o suggerire eventuali modifiche/integrazioni.

È stato identificato il set di competenze relazionali, gestionali ed organizzative oggetto della valutazione individuale. Per entrambi i set è stata definita una scala da 1 a 4 livelli, in cui il livello 3 è quello “atteso” (a cui è associato il comportamento che corrisponde pienamente alle aspettative), mentre il livello 4 corrisponde all’eccellenza. È stata inoltre redatta una descrizione dei diversi livelli di ogni competenza, al fine di ridurre la discrezionalità d’interpretazione da parte dei valutatori.

Ai valutatori è richiesto di esprimere una valutazione per ognuna delle competenze

incluse nella scheda di valutazione. Tali valutazioni pervengono in forma anonima al responsabile gerarchico del valutato il quale ha facoltà di utilizzarle nell'esprimere il proprio giudizio e nella discussione con il valutato (competenza per competenza, il responsabile gerarchico può visionare tramite il *software* dedicato i punteggi attribuiti dalle diverse categorie di valutatori del sistema 360°, nonché il numero di valutazioni che ha concorso alla definizione del risultato medio). Al responsabile gerarchico è quindi richiesto, nell'ultima colonna, di esprimere la propria valutazione, che sarà oggetto di discussione con il valutato durante il colloquio individuale.

A tale valutazione individuale è associato il 40% della retribuzione di prestazione complessiva (0% nel caso di valutazione complessiva in fascia 4; 20% per la fascia 3; 30% per la fascia 2 e 40% per la fascia 1), mentre il restante 60% è legato al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati all'unità operativa in cui lavora il medico.

Tra i principi alla base del sistema ci sono i seguenti:

- Reciprocità: i valutatori a 360° di un medico sono a loro volta soggetti alla sua valutazione;
- Anonimato: al valutatore superiore diretto del valutato perviene solo il valore medio delle valutazioni a 360°, suddivise per categorie (media dei parigrado, dei collaboratori e degli altri valutatori), pertanto l'anonimato dei valutatori è garantito
- Sistema a supporto, non in

sostituzione, della valutazione da parte del superiore diretto del valutato: le valutazioni a 360° che pervengono al valutatore costituiscono uno strumento informativo aggiuntivo che non sostituisce il ruolo del valutatore, che gestisce col valutato il fondamentale momento del colloquio in cui vengono valutate le performance dell'anno pregresso e sono definiti gli obiettivi dell'anno futuro.;

- Finalità di sviluppo: la discussione dell'autovalutazione e delle valutazioni a 360° avviene durante il colloquio di valutazione e deve portare all'identificazione delle aree e degli obiettivi di sviluppo per l'anno successivo.

Le valutazioni svolte nel 2011 hanno visto una media di 15.5 ricevute da ciascun valutato, oltre alla propria autovalutazione. Tale ricchezza d'informazioni permette ai management aziendale e al medico di avere un *feedback* assai ricco circa le attività lavorative svolte e le competenze dimostrate mostrate.

A3

Nell'azienda ospedaliero-universitaria la valutazione delle *performance* dei medici risponde a due approcci di fatto indipendenti tra loro.

Un primo approccio, promosso dai servizi amministrativi, si basa sulla compilazione di una scheda di valutazione individuale da parte del responsabile di unità operativa specialistica, chiamato a valutare comportamenti organizzativi e professionali e, genericamente,

competenze manageriali e tecnico-professionali di ciascun medico impegnato nella propria unità operativa. Tale prima valutazione ha però nei fatti un impatto quasi nullo. Il processo è vissuto come burocratico, le valutazioni sono schiacciate sui giudizi più elevati, la retribuzione di prestazione – collegata a tale valutazione basata su schede – è riconosciuta di fatto a tutti i medici che hanno prestato servizio nel corso dell'anno.

Il secondo approccio, che qui considereremo, è promosso dall'ufficio qualità dell'ospedale e si basa sullo schema del governo clinico inteso come sintesi di *risk management*, istruzione e formazione, *clinical auditing*, efficacia clinica, ricerca e sviluppo, apertura e innovazione. L'enfasi della valutazione individuale è dunque sul miglioramento della qualità e sulla gestione del rischio clinico. Da qui il forte investimento fatto dall'azienda per raccogliere le informazioni cliniche prodotte in ospedale e poi saperle adeguatamente usare.

Tale valutazione orientata a qualità e *clinical governance* si basa su diversi strumenti, senza confluire poi in un unico strumento (scheda o altro) che faccia sintesi della valutazione individuale, né essere collegata a voci retributive specifiche. Tali strumenti sono:

- gli standard di servizio. Essi sulle varie aree di attività definiscono quelle che l'azienda vuole tutelare come eccellenze e specificano le condizioni di tipo organizzativo, professionale, assistenziale, strumentale, scientifico e di sicurezza che l'ospedale vuole mantenere. Per ciascun'unità operativa specifica le condizioni di accessibilità per gli utenti, il contingente di

personale allocato, alcuni indicatori di processo ed esito, alcuni obiettivi di miglioramento. Tali standard di servizio, pur non riguardando direttamente i singoli ma le unità operative (e cioè i gruppi), ciò nondimeno chiamano in causa e responsabilizzano tutti i medici dell'ospedale;

- l'aggiornamento bibliografico continuo, facilitato dalla libera consultazione *online* delle principali basi dati di letteratura scientifica;

- un sistema di controlli sulle conoscenze tecnico-specialistiche attraverso questionari somministrati ai medici, con domande relative ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali adottati dall'azienda (esempio sull'infarto miocardico acuto: [domanda] “Cosa bisogna fare se al termine di una coronarografia elettiva il paziente ha un Syntax Score di 22?”; [possibili risposte] 1) trattare solo la lesione *culprit*, 2) chiamare i cardiocirurghi e anestesisti per una valutazione collegiale, 3) rinviare la PTCA). Tali controlli sono proposti quali aiuto e supporto alla crescita e all'aggiornamento professionale. per questa ragione, la compilazione dei questionari è lasciata ai medici, che li restituiscono poi al servizio qualità. In altre parole, le domande non costituiscono un vero esame, dal momento che i medici hanno tutto il tempo e i mezzi per verificare le proprie risposte;

- un diffuso sistema di *audit* clinico, svolto per ciascuna unità operativa specialistica con la collaborazione

dei suoi medici, dell'ufficio qualità aziendale, dell'ufficio controllo di gestione, del servizio prevenzione aziendale, dell'ufficio relazioni con il pubblico, della direzione sanitaria aziendale;

- una reportistica analitica su informazioni tratte dalle cartelle cliniche dei ricoveri. Tali informazioni sono confrontate a indicatori di qualità tratti dagli standard internazionali di riferimento o dai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali adottati in azienda (esempi di indicatori: “Tempo tra accettazione in pronto soccorso ed ECG: 5””, “Tempo tra PTCA e BPAC: 1 giorno”, “Valore medio HB glicata diabete mellito: 7 mg/dl”, ecc.). Speciali indicatori riguardano l'appropriatezza e la costo-efficacia dell'assistenza farmaceutica, della scelta dei *medical device*, ecc.;

- schede di addestramento per monitorare e certificare aggiornamento e sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche. Ad esempio, nel caso della chirurgia valvolare, le schede prevedono che la “specializzazione in cardiocirurgia” come competenza di base; “100 sedute come secondo operatore con il tutor e 25 come primo operatore aiutato dal tutor (tempo stimato: 12 mesi)” come criteri di formazione/addestramento; il “direttore dell'unità operativa” come tutor; “4 valvole di cui almeno 2 come primo operatore /mese” per il mantenimento della qualifica; dati di “mortalità e complicanze tecniche” come indicatori

di sorveglianza. Tale monitoraggio dà luogo a elenchi costantemente aggiornati che, per le varie attività, indicano i medici “abilitati”, i medici “in formazione” ma anche gli “interventi a rischio” effettuati in ospedale, così definiti perché affidati a primi operatori in formazione (e non abilitati).

A4

L'ultimo caso analizzato riguarda un ospedale che gode di ampio prestigio nazionale e internazionale, sia nel campo della ricerca, sia nel campo dell'assistenza. La gestione delle risorse umane 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.

Il sistema di valutazione e sviluppo delle competenze riguarda la performance gestionale-organizzativa e quella clinica. Per raggiungere questo scopo è stato disegnato un sistema di valutazione modellato sui principi della Joint Commission International (JCI). Le dimensioni identificate per la valutazione – non solo dei medici, ma di tutto il personale che lavora in azienda – sono di tre tipi: conoscenze specialistiche; conoscenze non specialistiche; competenze comportamentali.

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.

Nello sviluppare la classificazione delle attività professionali su cui costruire il sistema dei privilegi, l'ospedale ha preferito non adottare quanto realizzato in esperienze nordamericane (che raggiungono un forte livello di dettaglio nel descrivere le singole attività cliniche da associare alle diverse abilitazioni), ma ha optato invece per un sistema che associa i privilegi a classi di attività omogenee. Ciò ha consentito di semplificare il sistema, così da renderlo più facilmente comprensibile e accettabile da parte dei professionisti.

Il direttore dell'unità operativa specialistica stabilisce su base annua 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 0 corrisponde alla non abilitazione; il livello 1 consente di svolgere l'attività solo in affiancamento ad un professionista esperto; il 2 consente di effettuarla sotto la supervisione di un professionista esperto; il 3 abilita a svolgerla in autonomia; il 4 ad affiancare altri professionisti in formazione.

Oltre ad assegnare i privilegi, ogni anno il direttore dell'unità operativa concorda con ogni professionista 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 è formalizzata e il valutatore discute con il valutato un nuovo piano di sviluppo individuale. Ciò che viene considerato, 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 definite in azienda sono invece 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 di conoscenze specialistiche, conoscenze non specialistiche e competenze comportamentali sono quindi combinate tramite un sistema di pesi per dare luogo alla valutazione complessiva. Per la maggioranza del personale medico i pesi sono, rispettivamente, del 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, sulle politiche retributive, anche se non vi è un collegamento deterministico tra esito della valutazione e retribuzione variabile. L'assegnazione dell'eventuale *bonus* viene proposta dal direttore di unità operativa e discussa con la direzione del personale, che può rifiutare la proposta in ragione di scelte aziendali o di redistribuzione interna delle risorse disponibili.

CONCLUSIONI

Le esperienze sopra citate mostrano un'ampia eterogeneità nell'approccio scelto, nell'accezione di *performance* adottata, negli obiettivi espliciti e impliciti, negli strumenti operativi utilizzati, negli attori a cui è affidato il compito di seguire il sistema di valutazione, di verificarne l'efficacia, eventualmente di rivederne il funzionamento.

Tale eterogeneità da un lato può essere salutata favorevolmente, in quanto permette di indirizzare attenzione ed energia sugli aspetti che sono ritenuti più urgenti o rilevanti in ciascun, diverso ospedale.

Da un altro lato, quella stessa eterogeneità può essere letta come risultato di sistemi di valutazione che ancora faticano a trovare piena legittimazione nel funzionamento degli ospedali italiani. In tale seconda ipotesi, i sistemi di valutazione sono diversi non tanto perché le esigenze gestionali siano diverse, quanto piuttosto per la presenza, nei diversi ospedali, di condizioni organizzative (resistenze culturali, diverse sensibilità degli uffici del personale, storia delle relazioni sindacali, attenzione del direttore generale, ecc.).

In ogni caso, le esperienze sopra mostrate confermano la possibilità e, al contempo, la necessità di svolgere una valutazione utile e ben strutturata con riguardo alla *performance* individuale dei medici. Pur nella diversità degli approcci adottati, le quattro aziende hanno investito risorse e competenze qualificate nello sviluppo dei sistemi di valutazione e ne hanno tratto risultati giudicati utili e positivi. 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 richieste¹⁵).

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 dell'azienda A1, 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 direttamente le aziende che 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-system*¹⁶, 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 comportamenti¹⁷⁻¹⁹.

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.

REFERÊNCIAS

1. De Pietro C, Francesconi A, Lega F, Sartirana M. La valutazione dei medici nel SSN: proposte in campo e pratiche aziendali. In: Cantù E (a cura di). Rapporto OASI 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: Egea; 2010, p. 489-518.
2. Lega F, Panella V, Pirola F, Sartirana M, Toparini F. La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360°: la prima sperimentazione in una ASL. In: Cantù E (a cura di). Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: Egea; 2011, p. 391-411.
3. Broglio A. Il sistema di valutazione delle prestazioni. In: Costa G. (a cura di), Manuale di gestione del personale. Torino: UTET; 1992, p. 357-92.
4. Mintzberg H. Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design. *Management Science*. 1980; 26(3):322-41.
5. Capaldo G, Zollo G. La valutazione delle risorse umane basata sulle competenze: aspetti teorici ed evidenze empiriche. *Studi organizzativi*. 1999; 3:61-91.
6. Del Vecchio M. La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche. *Azienda Pubblica*. 2000; 13(2-3):159-68.
7. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136(3):243-6.
8. Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Volume 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
9. Ruffini R. La valutazione dei risultati nelle aziende sanitarie. In: Reborà G. (a cura di). La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche. Proposte operative e di metodo. Milano: Guerini e Associati; 1999.
10. De Pietro C. L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale. *Mecosan*. 2002; 43:67-81.
11. Kaplan RS, Johnson HT. *Relevance lost: The rise and fall of management accounting*. Boston: Harvard Business School Press; 1987.
12. Pezzani F. L'accountability nelle amministrazioni pubbliche. Milano: EGEA; 2003.
13. Alesani D, Cantù E, Marcuccio M, Trincherò E. 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; 2006, p. 617-63.
14. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*.

2009; 11(6):1-216.

15. Lega F. Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali. Milano: EGEA; 2008.

16. De Pietro C. Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti. Milano: McGraw-Hill; 2005.

17. Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP. Use of peer ratings to evaluate physician performance. JAMA. 1993; 269(13):1655-60.

18. Palmer R, Raynery H, Wall D. Multisource feedback: 360-degree assessment of professional skills of clinical directors. Health Services Management Research. 2007; 20:183-8.

19. Overeem K, Lombarts MJ, Arah OA, Klazinga NS, Grol RP, Wollersheim HC. Three methods of multi-source feedback compared: a plea for narrative comments and coworkers' perspectives. Medical Teacher. 2010; 32(2):141-7.

Artigo apresentado em 13/03/2012

Artigo aprovado em 10/04/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012