



# Università degli Studi di Ferrara

DOTTORATO DI RICERCA

in

Economia e Management dell'Innovazione e della  
Sostenibilità

In convenzione con l'Università degli studi di Parma

CICLO XXIX

COORDINATORE Prof. Stefano Azzali

Un orientamento manageriale per gli ospedali:  
costi, qualità e valorizzazione dei professionisti

Settore Scientifico Disciplinare SECS-P/07

**Dottorando**

Dott. Gianluca Lanza

**Tutore**

Prof. Antonello Zangrandi

Anni 2014/2016



# Sommario

<b>1. Introduzione</b> .....	4
<b>2. Valutare le performance in sanità</b> .....	7
2.1. La valutazione della performance qualitativa in sanità.....	7
2.1.1. <i>Valutazione della qualità basata sui processi</i> .....	12
2.1.2. <i>Valutazione della qualità basata sugli outcome</i> .....	14
2.2. Considerazioni finali.....	16
<b>3. Metodologie per misurare i costi delle aziende sanitarie</b> .....	18
3.1. Il concetto di costo .....	18
3.2. L'analisi dei costi in sanità .....	19
3.2.1. <i>Activity Based Costing</i> .....	19
3.2.2. <i>Time Driven Activity Based Costing</i> .....	23
<b>4. La leadership per la qualità</b> .....	28
4.1. Una ricerca in Italia.....	31
4.1.1. <i>Pattern e cluster dei rispondenti</i> .....	33
4.1.2. <i>Relazioni tra gruppi di risposte omogenee</i> .....	41
<b>5. Le competenze per la qualità</b> .....	54
5.1. Le competenze come valore aggiunto in sanità .....	54
5.2. Quali competenze manageriali: una ricerca tra gli esperti.....	60
5.3. Come integrare le competenze professionali: Case della Salute e Clinical Commissioning Groups .....	73
5.4. Come gestire le clinical competence: il caso Niguarda .....	84
<b>6. Le valutazione degli ospedali: il tentativo italiano</b> .....	96
6.1. La valutazione degli Outcome: il PNE .....	96
6.2. Il controllo sui costi e i piani di rientro.....	99
6.3. Costi e qualità: una politica nazionale .....	100
<b>7. Conclusioni</b> .....	102
<b>8. Riferimenti bibliografici</b> .....	105
<b>9. Allegati</b> .....	116
Allegato 1: Questionario Vertice Strategico .....	116
Allegato 2: Questionario Leader Clinici .....	120
Allegato 3: Le capacità manageriali in Sanità .....	124
Allegato 4: L'impatto della mappatura delle conoscenze e competenze in sanità.....	128
Allegato 5: Indicatori PNE 2015 .....	130
Allegato 6: Indicatori PNE scelti per l'analisi .....	135



## 1. Introduzione

Negli ultimi venti anni il tema delle risorse scarse è diventato un elemento imprescindibile in ogni settore istituzionale e non; il settore sanitario non rappresenta un'eccezione a questo andamento come è evidente anche dal fatto che, in quasi tutti i paesi occidentali, il tema del sistema sanitario occupa i primi posti dell'agenda politica istituzionale (Marmot & Bell 2009; Stuckler et al. 2009; Kaplan et al. 2011; Karanikolos et al. 2013; Economou et al. 2015; Maresso et al. 2015).

I sistemi sanitari, quindi, hanno dovuto fronteggiare un duplice incremento della complessità di risposta ai fabbisogni della popolazione. Da un lato la necessità di migliorare gli outcome, determinata sia dai progressi raggiunti con la ricerca scientifica sia dalla richiesta degli utenti di servizi sempre più efficaci; dall'altro lo sviluppo tecnologico che ha portato anch'esso ad un incremento dei costi di produzione (Brown et al. 2003; Porter 2009; Black 2013; Hussey et al. 2013; Drummond et al. 2015).

Quanto finora detto ha decisamente influenzato in maniera importante il dibattito sui sistemi sanitari; infatti è evidente come all'interno del dibattito scientifico degli ultimi anni sempre più economisti si sono impegnati nel cercare soluzioni per promuovere un sistema che sia sostenibile, efficiente ed efficace.

Alla luce di quanto finora detto è possibile inquadrare questo lavoro all'interno del grande filone di ricerca sulla relazione tra il miglioramento della qualità in sanità e la relativa riduzione dei costi (Ovretveit 2009). Le ipotesi che sono alla base di questa ricerca fanno riferimento a quanto finora studiato e valutato sulle relazioni presenti nel trade-off costi qualità; ovvero, migliorare la qualità del processo di cura e/o dell'organizzazione nel suo complesso (sia in senso organizzativo che logistico) ha un impatto sugli outcome di salute prodotti dalla stessa.

Ciò che caratterizza in particolare il settore sanitario, come si vedrà negli studi presentati successivamente, è il ruolo centrale svolto dai professionisti come attori principali dei processi e vero valore aggiunto in organizzazioni ad alto tasso di professionalizzazione come sono quelle sanitarie. L'ipotesi, quindi, che sottende un po' tutto il lavoro, è che per poter realmente generare un impatto positivi sull'organizzazione è condizione indispensabile "portare a bordo" i propri professionisti. Portare a bordo in questo caso non significa solamente coinvolgere in maniera più o meno attiva del processo medici, infermieri e altri professionisti quanto piuttosto coinvolgerli con l'idea che solo attraverso il miglioramento

della qualità è possibile ottenere risultati migliori in termini qualitativi e anche garantire un livello di equilibrio del sistema.

Molti studi (Ovretveit 2009) hanno correlato il miglioramento della qualità alla riduzione dei costi, partendo da questa base l'analisi ha voluto prendere in considerazione gli aspetti del miglioramento della qualità e dell'analisi dei costi. Il tema della qualità, in sanità, è estremamente vasto, la scelta è stata di focalizzarsi su alcuni aspetti che impattano sul miglioramento della qualità attraverso i comportamenti e le competenze dei professionisti.

In particolare un primo filone di analisi ha studiato, attraverso 3 ricerche, come le competenze influenzano il miglioramento della qualità attraverso l'impatto che esse esercitano sul processo organizzativo; le ricerche hanno approfondito in particolare sia il modo in cui il management influenza i processi di qualità, sia il modo in cui le competenze manageriali impattano e influenzano i contesti organizzativi sia infine come l'integrazione di competenze professionali diverse, situazione tipica delle organizzazioni sanitarie, può essere governata all'interno di organizzazioni così complesse.

Un secondo filone ha approfondito l'importanza della leadership all'interno dei processi di miglioramento della qualità; ovvero si è valutato come le azioni, formali ed informali, di chi ricopre posizioni che richiedono capacità di leadership possono impattare e favorire processi di miglioramento della qualità nelle organizzazioni.

Un terzo aspetto analizzato fa riferimento alla modalità di misurazione dei costi da correlare ai processi. Il dibattito, per identificare le modalità migliori per valutare l'impatto delle azioni di miglioramento della qualità sui costi, è aperto e al centro di molti filoni di ricerca. Il lavoro ha preso in considerazione una modalità di misurazione dei costi (Kaplan & Anderson 2007) che si propone di identificare la variabile tempo come driver del processo di allocazione dei costi ai singoli processi e quindi provare a rendere più semplice il processo di analisi tra costi e miglioramenti della qualità.

L'ultimo tema trattato ha portato al centro la situazione italiana e, attraverso l'analisi dei dati del Piano Nazionale Esiti, si è analizzato come le aziende, che hanno posto la qualità quale elemento centrale del loro agire, hanno modificato i loro comportamenti, misurando la loro performance su un paniere di indicatori di esito, e come la scelta di mettere al centro la qualità si riflette negli esiti misurati.

Riassumendo, quindi, quello che è stato il percorso evolutivo di questa ricerca, è possibile identificare alcune domande chiave che hanno accompagnato e ispirato le ricerche sopra descritte:

1. I sistemi di misurazione dei costi nelle aziende sanitarie: quali criteri per ottenere informazioni tempestive e rappresentative, con ritmicità elevata e con limitato impegno di risorse?
2. Le misure della qualità e dei processi clinici assistenziali sono percepiti dai professionisti come strumenti per migliorare le performance?
3. Il management delle aziende sanitari utilizza strumenti di misura della qualità in modo sistematico per svolgere le proprie specifiche funzioni?

## 2. Valutare le performance in sanità

### 2.1. La valutazione della performance qualitativa in sanità

Valutare le organizzazioni ha sempre rappresentato una sfida pratica e teorica per ricercatori e attori del sistema. Valutare come un'organizzazione è in grado di rispondere alle aspettative create e raggiungere gli obiettivi che essa stessa, in relazione alla sua natura, si pone è condizione necessaria per poterne valutare la sua efficacia. Misurare la performance delle organizzazioni, quindi, è stato, nell'arco degli anni, oggetto di studio sia a livello teorico che pratico per poter essere in grado di valutare realmente la capacità delle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi (Nanni et al. 1990; Lebas 1995; Brignall & Modell 2000; Camarata & Camarata 2000; Curtright et al. 2000; Lepak et al. 2007; Purbey et al. 2007; Fryer et al. 2009).

I sistemi di misurazione delle performance rappresentano sicuramente uno strumento utile per le organizzazioni ma, come per ogni strumento manageriale, esistono alcune criticità legate all'applicazione dello strumento. In particolare emergono alcuni punti critici che possono essere generati dall'implementazione dei modelli di misurazione delle performance. In primo luogo l'utilizzo di indicatori di performance possono rappresentare un fenomeno in maniera oggettiva quando invece essi rappresentano solo una parte della realtà; in secondo luogo l'utilizzo di misure di performance mettono in evidenza alcuni fenomeni, quelli oggetto di misurazione, mentre lasciano in ombra altri aspetti, non meno importanti, dell'organizzazione; un ulteriore elemento di complessità fa riferimento alla difficoltà di identificare validi sistemi di misurazione di alcune dimensioni della performance (Pollitt 1984; Drummond 1987; Carpenter 1990; Broadbent et al. 1991; Van Peurse et al. 1995; Jones & Pendlebury 2000).

Il tema della valutazione delle performance è presente nel panorama della sanità sin dalla metà del XIX secolo (Nightingale 2016), e in particolare l'importanza del tema fu sottolineato per la prima volta nel sistema sanitario inglese.

Lo sforzo di misurazione delle performance, però, ebbe vita breve e dopo pochi anni venne definitivamente accantonato in quanto la classe medica inglese del tempo non lo reputò uno sforzo utile. Da allora oltre 100 anni sono passati prima che nelle nostre organizzazioni sanitarie si tornasse a parlare di sistemi di misurazione delle performance (Mannion 2011).

Quando si parla di sistemi di performance management, quindi, in sanità non si può che fare riferimento all'esperienza del modello inglese e una definizione abbastanza accurata di cosa si intenda per performance management è stata proprio data in riferimento al modello sanitario inglese.



*“Performance management in the NHS can be defined as set of managerial instruments designed to secure optimal performance of the health care system over time, in line with policy objectives. Three aspects of this definition should be highlighted:*

- 1. It emphasizes managerial as opposed to other actions (such as consumer pressure or local popular involvement in health care design);*
- 2. It explicitly mentions the time dimension of performance, reflecting the importance of a longer time horizon than merely the current period; and*
- 3. It presumes that policy objectives are given.” (Mannion 2011)*

Da tale definizione si possono trarre alcuni elementi chiave che saranno rivisti nel corso del lavoro circa il tema della performance: il ruolo manageriale, il tempo e gli obiettivi definiti da raggiungere.

I sistemi di misurazione delle performance quindi possono prendere a riferimento una molteplicità di aspetti legati alle organizzazioni. Ognuno degli elementi e delle dimensioni che è possibile prendere in esame ci fornisce informazioni e visioni parziali di alcuni elementi e aspetti dell’organizzazione. È possibile ricondurre tali dimensioni di analisi a tre grandi macro-aree: input (Carpenter 1986; Cohen & Henderson 1991), efficienza (Cleverley 1987; Coleman 1992) ed efficacia (Torrance et al. 1972; Greenfield & Nelson 1992; Keeler et al. 1992). Sistemizzando quanto sopra descritto è possibile identificare quattro macro-aree di elementi di misurazione della performance (Tabella 1 – Fonte (Li & Benton 1996)).

*Tabella 1 - Performance Measure Taxonomy*

	<b><i>Cost/Financial Performance</i></b>	<b><i>Quality Performance</i></b>
<b><i>Internal Measures</i></b>	Production Efficiency Utilization	Process Quality Service Quality
<b><i>External Measures</i></b>	Financial Status Market Share	Customer Perceived Quality Customer Satisfaction

Una volta definita la ratio che porta verso la costruzione e l’implementazione di strumenti di misurazione delle performance bisogna chiedersi cosa e come si misurano. La costruzione di sistemi di misurazione delle performance per essere efficace deve seguire tre step fondamentali (Keegan et al. 1989):

1. Definire obiettivi strategici e identificare le modalità di suddivisione di tali obiettivi strategici in obiettivi operativi e azioni manageriali;
2. Decidere l’oggetto della misurazione;

### 3. Implementare il sistema di misurazione della performance nei comportamenti del management e collegarlo al sistema di budgeting.

Successivamente questa divisione in 3 step viene ripresa ed ampliata in letteratura che porta alla definizione di modelli di costruzione dei sistemi di performance con più step (Wisner & Fawcett 1991; Kaplan & Norton 2005) oltre ad identificare alcune caratteristiche fondamentali che tali sistemi devono avere: inclusione, universalità, misurabilità e consistenza (Beamon 1999).

Collegandosi alle caratteristiche che tali sistemi devono avere, agli oggetti della misurazione e alle necessità che l'organizzazione si pone di raggiungere, si possono trovare diversi sistemi di misurazione delle performance organizzative:

- ✓ Balanced performance measurement matrix (Daniel & Keegan 1989)
- ✓ Performance measures for time-based competition (Azzone et al. 1991)
- ✓ Performance pyramid system, Balanced scorecard framework (Judson 1990; Lynch & Cross 1991)
- ✓ Balanced scorecard framework (Kaplan & Norton 2005)
- ✓ Brown's input, process, outputs and outcomes framework (Brown 1996)
- ✓ Performance prism (Neely et al. 2001; Neely 2002).

Le organizzazioni sanitarie per natura sono estremamente complesse e l'analisi delle dinamiche interne è meno semplice di quanto di possa immaginare; non è immediato né consigliabile identificare una sola area di valutazione e riportare il giudizio dell'intera organizzazione senza prendere in considerazione diversi aspetti della stessa.

Proprio per questa ragione, se si volessero identificare le motivazioni che spingono le organizzazioni ad implementare sistemi di misurazione delle performance, non ci si potrebbe limitare ad identificare un solo aspetto, bensì una molteplicità degli stessi: risposta alle sollecitazioni del regolatore (sia esso regionale, locale o nazionale), miglioramento della qualità delle cure erogate, identificazione delle aree più deboli all'interno dell'organizzazione, informazione ai pazienti sulle migliori scelte possibili in termini di salute e così via (Van Peurse et al. 1995; Mant 2001; Grigoroudis et al. 2012; Berenson et al. 2013).

Come si è visto finora il tema delle performance è legato a due grandi elementi: i costi e la qualità. Per quanto riguarda i costi si rimanda l'analisi al capitolo successivo dove verrà approfondita l'esperienza da me svolta nel periodo di visiting presso il Karolinska Institutet sul tema dei costi collegati alla misurazione della qualità nelle organizzazioni sanitarie. Di

seguito invece sarà analizzato nel dettaglio il tema della qualità quale elemento essenziale della performance nelle organizzazioni sanitarie.

In letteratura non è possibile identificare una definizione completa e condivisa di cosa si intenda per qualità della cura in sanità (Kimberly & Minvielle 1999; Harteloh 2003; Mitchell 2008; Mohammad Mosadeghrad 2013). Differenti autori hanno fornito definizioni che evidenziano aspetti diversi della qualità:

- ✓ “The application of medical science and technology in a manner that maximises its benefit to health without correspondingly increasing the risk” (Donabedian 1980).
- ✓ “Provision of care that exceeds patient expectations and achieves the highest possible clinical outcomes with the resources available” (Ovretveit 1992).
- ✓ “Providing patients with appropriate services in a technically competent manner, with good communication, shared decision making and cultural sensitivity” (Schuster et al. 1998).
- ✓ “Doing the right things right and making continuous improvements, obtaining the best possible clinical outcome, satisfying all customers, retaining talented staff and maintaining sound financial performance” (Leebov & Ersoz 2003).
- ✓ “The degree to which healthcare services for individuals and population increases the likelihood of desired health outcomes and is consistent with the current professional knowledge” (Lohr & Harris-Wehling 1991).

Da una così complessa analisi si può immaginare che il concetto stesso di qualità abbia al suo interno aspetti notevolmente diversi; in letteratura (Donabedian 1990) si può trovare una ricerca che evidenzia 7 diverse caratteristiche che la qualità in sanità deve avere:

1. Efficacia: intesa come il termine inglese efficacy, ovvero la capacità di un intervento di produrre un effetto. In medicina è la capacità di un intervento o di un farmaco di produrre un effetto desiderato in circostanze ideali;
2. Efficienza: intesa come effectiveness, ovvero la capacità di ottenere un risultato desiderato. In medicina è la capacità di valutare quanto un trattamento funziona in pratica e non in teoria;
3. Economicità: la capacità di ottenere il miglior risultato possibile in termini di salute al costo più basso;
4. Ottimizzazione: il trade-off migliore tra costi e benefici;
5. Accettabilità: la conformità alle preferenze del paziente per quanto riguarda l'accessibilità, il rapporto medico-paziente, i servizi, gli effetti della cura e il costo delle cure;

6. Legittimità: la conformità alle preferenze sociali;
7. Equità: l'equità nella distribuzione delle cure e dei suoi effetti sulla salute.

La necessità di misurare oggetti diversi che possano fornire un quadro dell'organizzazione ci porta ad una classificazione delle misure utilizzate per valutare la performance organizzativa e qualitativa, in particolare, ci si trova davanti a tre macro-classi di misure che hanno per oggetto aspetti diversi della qualità dell'organizzazione: struttura, processo e outcome (Donabedian 1966).

- a. Struttura: l'approccio che prende a riferimento la struttura si focalizza ad analizzare le condizioni nelle quali le organizzazioni si trovano ad agire. Questa tipologia di approccio prende in considerazione aspetti quali l'adeguatezza delle strutture e delle attrezzature; le qualifiche del personale medico e la loro organizzazione; la struttura amministrativa e le operazioni dei programmi e delle istituzioni che forniscono assistenza. Tale approccio muove dall'idea che un contesto adeguato sia in grado di generare le condizioni di erogazione di un buon servizio di cura. La natura dell'approccio fa sì che non ci sia difficoltà nel reperire informazioni e dati per effettuare tali analisi, d'altro canto invece non è possibile trovare una correlazione tra aspetti contesto-strutturali e il processo o l'outcome del percorso di cura.
- b. Processo: un secondo approccio fa riferimento all'analisi del processo di cura; in particolare fa riferimento al perseguire un buon risultato clinico attraverso l'utilizzo delle buone o best practice conosciute. Ci si focalizza sulle informazioni e sulle attività cliniche svolte durante il percorso del paziente (in tutte le sue fasi). Una criticità rilevante fa riferimento alla raccolta delle informazioni e dei dati necessari per poter svolgere un'analisi del genere. Un vantaggio essenziale sta nel fatto che tale approccio permette di aver in mano in tempi brevi un feedback sul processo di cura per vedere se è in linea con la buona prassi clinica. Il tema qui è capire se la correttezza di un processo di cura può portare automaticamente ad un miglioramento della salute del paziente.
- c. Outcome: un approccio fondato sugli outcome, come indicatore della qualità delle cure mediche, permette di avere un elemento di valutazione effettivo e riconosciuto della qualità delle cure. Esistono degli aspetti critici legati a questa tipologia di approccio in particolare con riferimento ad un collegamento diretto della qualità della cura al raggiungimento del risultato di salute per il paziente. Questo è evidenziato dal fatto che non sempre il miglioramento del quadro clinico sia sempre e solo influenzato dalle cure ricevute e non anche da altri aspetti contestuali slegati

dall'organizzazione. Inoltre il risultato non è sempre universalmente riconoscibile, la sopravvivenza non è in sé un risultato positivo se la qualità della vita può essere notevolmente peggiorata rispetto allo stato iniziale (invalidità, ...). Un ulteriore elemento di criticità fa riferimento al fatto che spesso per poter misurare i risultati è necessario attendere periodi di tempo abbastanza lunghi tali da non permettere di poter agire nel breve per valutare ed eventualmente migliorare il percorso di cura. Il tema di cosa si possa valutare come esito emerge come ulteriore aspetto critico, in quanto se è semplice valutare la mortalità, altri aspetti quali la customer satisfaction e/o le disabilità sono molto più complesse e soggette a variabili personali nei criteri di valutazione. Questi aspetti critici però non devono mettere in discussione questo approccio, che secondo molti è il migliore nel misurare la “vera” qualità delle cure, bensì incentivare ad utilizzarli pesandoli ed utilizzandoli svolgendo un'analisi critica qualitativa dei risultati ottenuti. Alla fine di tutto gli outcome però restano il metodo maggiormente ritenuto dagli esperti come il modello più vicino alla valutazione della qualità delle cure.

Ci si focalizza adesso sulla valutazione della qualità facendo riferimento a due delle tre macro-classi identificate: processi e outcome.

#### *2.1.1. Valutazione della qualità basata sui processi*

Gli indicatori di processo, così come descritti prima, permettono di misurare in maniera chiara e precisa cosa fa l'organizzazione per il paziente e come lo fa. Questi indicatori fanno quindi riferimento al collegamento tra le attività svolte e gli obiettivi che l'organizzazione si era posta di raggiungere. Il processo, quindi, è identificato come la sommatoria di tutte le azioni che sono parte del processo di cura: diagnosi, trattamento, prevenzione, educazione del paziente, ... (Donabedian 1966; Donabedian 2002; Mainz 2003; Dimick 2010).

Facendo riferimento ai processi si possono identificare primariamente due macro-categorie di processo: processi tecnici e processi interpersonali. I processi tecnici fanno riferimento alle attività legate alle competenze tecniche dei professionisti sanitari e alla loro applicazione all'interno del processo di cura (clinical competences, capacità di effettuare diagnosi corrette, capacità di identificare il trattamento migliore relativo alla patologia del paziente, ...). I processi interpersonali, invece, riguardano le capacità di relazione tra il professionista o qualunque altra figura coinvolta nel processo di erogazione delle cure e il paziente, e sono riconducibili a capacità legate alla relazione interpersonale, alla comunicazione e alla diffusione delle informazioni tra i pazienti e/o i care-giver (Salzer et al. 1997; Donabedian 2005; Rademakers et al. 2011; Gonzalez et al. 2015).

Il processo quindi è esso stesso la rappresentazione del percorso di cura, quindi la valutazione del processo, di conseguenza, è una buona proxy di valutazione del processo di cura in quanto contenitore di tutti gli atti necessari all'erogazione del servizio (Donabedian 2002).

Si possono elencare una serie di elementi critici, sia positivi che negativi, dell'utilizzo di indicatori di qualità basati sui processi nelle organizzazioni sanitarie (Donabedian 1988; Salzer et al. 1997; Mant 2001; Donabedian 2005; Dimick 2010; Anthony et al. 2011; Mannion 2011; Gonzalez et al. 2015).

Utilizzare indicatori di processo, per misurare la qualità delle cure, sicuramente porta dei vantaggi legati a:

#### 1. Semplicità

- a. Gli indicatori identificano se un'azione ha rispettato o meno la regola definita così da avere un risultato positivo o negativo e non incertezza nella valutazione dell'indicatore
- b. C'è una relazione diretta tra l'azione e l'oggetto della misurazione
- c. La misurazione richiede semplici strumenti tecnologici
- d. Misura aspetti dell'esperienza del processo di cura del paziente importanti anche se non necessariamente collegati all'outcome (tempi di attesa, ...)

#### 2. Tempestività

- a. La misurazione avviene in maniera quasi contestuale con il processo di cura
- b. La comparazione tra diversi campioni richiede un numero minore di dati
- c. Si può effettuare anche retroattivamente
- d. Sono in grado di identificare eventuali criticità a cui è possibile porre rimedio immediatamente

#### 3. Replicabilità

- a. È possibile applicare gli indicatori in tutte le organizzazioni sanitarie permettendo un confronto tra i risultati.

Dall'altro lato è possibile identificare alcuni limiti che indicatori di qualità basati sui processi possono avere:

#### 1. Solidità

- a. La valutazione della qualità della cura attraverso l'analisi del processo è ritenuta meno certa e meno sicura rispetto alla misurazione dell'outcome

#### 2. Soggettività

- a. Particolare attenzione deve essere data alla scelta delle dimensioni, delle variabili e degli standard di riferimento da utilizzare come benchmark.

### 2.1.2. Valutazione della qualità basata sugli outcome

Gli indicatori di esito fanno riferimento a tutti gli effetti, in termini di salute, sui pazienti, comprendendo al loro interno condizioni di salute, comportamento, conoscenze e customer satisfaction. Questi indicatori sono spesso identificati come quelli più corretti da utilizzare in quanto forniscono una rappresentazione dello stato di salute del paziente che è obiettivo primario dei sistemi sanitari (Donabedian 1980; Salzer et al. 1997; Dimick 2010; Gonzalez et al. 2015).

In letteratura sono presenti diverse classificazioni utili per identificare tutte le variabili relative alla qualità delle cure che devono essere prese in considerazione nella definizione di indicatori di outcome. In particolare si può fare riferimento ai 5 livelli (Mainz 2003) di valutazione degli outcome conosciuti come le 5 D:

- ✓ *Death: a bad outcome if untimely;*
- ✓ *Disease: symptoms, physical signs, and laboratory abnormalities;*
- ✓ *Discomfort: symptoms such as pain, nausea, or dyspnea;*
- ✓ *Disability: impaired ability connected to usual activities at home, work, or in recreation;*
- ✓ *Dissatisfaction: emotional reactions to disease and its care, such as sadness and anger.*

Una ulteriore classificazione (Wilson & Cleary 1995) dei diversi livelli in cui è possibile scomporre gli outcome per una valutazione davvero a 360° e in particolare sono identificate, anche qui, 5 aree:

- ✓ Biological and physiological variables
- ✓ Symptom status
- ✓ Functional status
- ✓ General health perceptions
- ✓ Quality of life (QoL).

L'utilizzo di indicatori di outcome per misurare la qualità delle cure ha sin da subito destato molto interesse nel campo di ricerca in quanto sotto alcuni punti di vista sembra essere l'elemento maggiormente legato alla valutazione delle cure. In letteratura (Salzer et al. 1997; Mant 2001; Mainz 2003; Lilford et al. 2004; Donabedian 2005; Dimick 2010; Gonzalez et al. 2015) sono stati identificati i punti di forza e di debolezza di questo modello.

Alcuni dei vantaggi della valutazione della performance attraverso l'utilizzo di indicatori basati sui risultati sono:

1. Valore di salute
  - a. Focus sull'impatto per il paziente in maniera diretta e non mediata attraverso il processo di cura
  - b. Maggiormente collegati al fine dell'organizzazione (produrre salute)
  - c. È maggiormente orientata al raggiungimento di obiettivi di medio-lungo termine sulla salute della popolazione
  - d. Misurano effetti importanti che non necessitano interpretazione per validarne la necessità
2. Innovatività
  - a. Spinge a cercare soluzioni alternative, anche in termini di processi di cura, al semplice miglioramento del processo in uso
3. Validità
  - a. I dati sono molto più complessi da manipolare ed adattare ad eventuali esigenze locali
  - b. Valutano il processo non come un insieme di step ma come un percorso orientato ad un fine

Questo modello però non è privo di punti critici, in particolare si possono identificare:

1. Precisione
  - a. Gli outcome non possono essere attribuiti esclusivamente alla cura, infatti possono rientrare anche fattori di contesto (sociali, culturali, economici, ...) o endemiche;
  - b. Non è sempre possibile identificare in maniera netta l'esito a causa della possibilità di avere a che fare con effetti legati a condizioni cliniche diverse che impattano sui parametri di valutazione.
2. Tempestività
  - a. Alcuni outcome non sono misurabili nel breve ma possono richiedere intervalli di tempo molto lunghi per poterne valutare l'esito.
3. Disponibilità
  - a. Per accedere alle informazioni necessarie per la valutazione dell'outcome bisogna spesso far riferimento a fonti di dati diverse e non collegate tra loro.



## 2.2. Considerazioni finali

Alla luce di quanto emerso nel paragrafo è possibile evidenziare alcuni elementi salienti e critici del sistema e del modello di misurazione delle performance delle organizzazioni sanitarie:

1. Non è più possibile limitare la valutazione ad una sola dimensione ma è necessaria almeno un'analisi bidimensionale delle performance (outcome e costi per esempio).

Porter, ad esempio, nelle sue ricerche, si focalizza sul concetto di valore definito come “the health outcomes achieved per dollar spent” (Porter & Teisberg 2004); questo sembra essere un elemento di sintesi tra la tensione economica e la tensione agli outcome.

L'approccio di Porter si pone l'obiettivo di massimizzare il valore prodotto dai sistemi sanitari sviluppando un approccio complessivo al sistema che coinvolge tutte le varie componenti del processo; in particolare Porter per valutare l'outcome identifica tre dimensioni principali di analisi: livello di salute raggiunto, processo di cura, sostenibilità per il sistema (Porter 2010).

La definizione di un modello di valutazione delle performance fondato sul concetto di “valore” ci porta quindi ad affrontare i due temi cruciali: quali costi analizzare e come valutare gli outcome:  $Value = Outcome / Cost$  (Porter 2008). Porter identifica il “valore” prodotto dall'azienda come obiettivo prioritario che deve guidare l'azione.

I sistemi sanitari dovrebbero quindi orientare le proprie azioni e sviluppare interventi e scelte per cercare di massimizzare il valore prodotto riuscendo così a mantenere in tensione le due variabili cruciali in questo contesto sociale ottenendo la massimizzazione dell'outcome sanitario prodotto per ogni euro utilizzato nel processo.

2. Importanza di coinvolgere professionisti

I sistemi di performance management non sono sicuramente la soluzione alla totalità delle criticità che emergono nelle organizzazioni sanitarie.

È importante però sottolineare come il loro impatto sull'organizzazione sia fortemente collegato non solo alla bravura da parte del management nel disegnarli e nell'identificare aspetti cruciali e modalità di misurazione corrette ma risulta ancor più cruciale farne percepire l'importanza e l'impatto sul processo di cura che questi sistemi possono sviluppare in primo luogo a coloro che potrebbero beneficiarne maggiormente, ovvero i professionisti sanitari.

Costruire un sistema di misurazione delle performance che non veda il coinvolgimento attivo e la condivisione da parte dei professionisti è un modello destinato a fallire; basti pensare che i primi modelli furono introdotti nel 1860 e la poca fiducia e il poco coinvolgimento dei professionisti ha fatto sì che il processo fallisse e che per oltre 100 anni nessuno pensasse più a come misurare la performance nelle organizzazioni sanitarie (Groene et al. 2010; Mannion 2011).

### 3. Metodologie per misurare i costi delle aziende sanitarie

#### 3.1. Il concetto di costo

Al concetto di costo, in letteratura, non fa riferimento una chiara e netta definizione ma esistono almeno due sfaccettature riconducibili a tale termine. In particolare con il termine costo si può fare riferimento al concetto di “cost” e di “expense”. La dizione anglosassone di “cost” si riferisce alla valorizzazione monetaria della risorsa utilizzata, mentre con il termine “expense” si intende il periodo temporale, competenze, dell’attribuzione del costo (Coda 1968; Brusa & Zamprognà 1991; Luigi 1994; Ferretti & Zangrandi 2009; Anthony et al. 2011).

Riprendendo la definizione di costo come “valorizzazione monetaria delle risorse utilizzate per un dato scopo”, è necessario tenere in considerazione alcuni aspetti importanti che sono legati al costo:

- ✓ Misura in termini monetari l’utilizzo delle risorse
- ✓ La moneta, utilizzato come denominatore comune, permette di mettere in relazione elementi diversi tra loro
- ✓ La rilevazione fa riferimento sempre ad un elemento/aspetto/scopo: l’oggetto del costo.

L’oggetto del costo quindi è il prodotto / progetto / unità organizzativa o altra attività o scopo in relazione al quale si misurano i costi (Anthony et al. 2011).

Una volta definito l’oggetto di costo, l’attenzione si sposta sulle modalità di calcolo del costo; in particolare si può iniziare a parlare del costo pieno. Il costo pieno fa riferimento alla somma di tutte le risorse che sono ricollegate ad un preciso oggetto di costo.

Le risorse riconducibili al costo pieno del singolo oggetto di costo possono essere divise in due grandi macro-categorie: costi diretti e costi indiretti (Coda 1968; Bastia 1996; Pozzoli 2002; Anthony et al. 2011).

I costi diretti fanno riferimento a tutte quelle risorse che sono riconducibili in maniera chiara e netta al singolo oggetto di costo che è quindi la regione per cui si sono generate.

I costi indiretti sono invece risorse che sono ricollegabili a più di un oggetto di costo e proprio per questa ragione non è possibile assegnarli in maniera esclusiva ad uno solo di essi. La peculiarità del costo indiretto, ovvero l’impossibilità di attribuirli in maniera esclusiva ad un singolo oggetto di costo, pone il problema delle modalità di allocazione e ripartizione dei costi tra i diversi oggetti di costo.

Non esistono scelte univoche sulle modalità di ripartizione dei costi che incontrano il consenso della totalità della letteratura, ma a grandi linee la soluzione proposta prevede l'utilizzo di un coefficiente di allocazione dei costi generali in relazione ad uno o più driver. Per chiarire un po' meglio l'idea di seguito si elenca una breve lista di driver utilizzabili per allocare i costi generali, ovviamente questo breve elenco non pretende di essere esaustivo o completo:

- ✓ Costo del lavoro
- ✓ Materiali
- ✓ Tempo
- ✓ Risorse
- ✓ Transazioni
- ✓ Volumi

### 3.2. L'analisi dei costi in sanità

Se l'analisi dei costi incontra alcune difficoltà in molti settori economici e sociali, quando la si applica nel contesto sanitario emergono ulteriori aspetti di complessità.

Uno dei principali problemi è legato alla definizione dell'oggetto di costo; infatti in ambito sanitario non è possibile limitare tale oggetto alla singola attività o procedura ma è necessario estenderne l'ampiezza all'intero processo di cura del paziente. Una dimensione così ampia dell'oggetto di costo deve tenere in considerazione anche la possibilità che all'interno di tale calcolo rientrino costi e attività slegate nello spazio e/o nel tempo e sopperire alle difficoltà insite nel calcolare elementi talvolta non collegati tra loro (Zangrandi 1985; Horngren & Foster 1991; Chan 1993).

#### 3.2.1. *Activity Based Costing*

L'activity based costing (ABC) può essere definito come un sistema basato sulle attività come oggetto di costo fondamentale e che usa i costi delle attività identificate come elemento di partenza per costruire i costi degli altri oggetti di costo (Horngren & Foster 1991).

L'ABC nasce intorno agli anni '80 per ovviare all'approccio un po' troppo semplicistico dei modelli di analisi dei costi fino a quel momento in uso che limitavano la loro analisi a soli tre elementi: lavoro, materie prime e costi generali. La necessità di un sistema in grado di modificare l'approccio e di reperire informazioni su singole linee di prodotto oltre alle modalità di allocare i costi generali tra i vari prodotti ha spinto verso la definizione di un

sistema che permettesse un maggiore dettaglio dei costi (Cooper & Zmud 1990; Swenson 1995; Gosselin 1997; Armstrong 2002; Arnaboldi & Lapsley 2005).

In un sistema di ABC il modello seguito per allocare i costi al prodotto è quello dei driver di costo che fanno riferimento a qualsiasi elemento che causa un incremento dei costi totali dell'attività. Nell'implementazione di un sistema ABC il primo step da implementare è la mappatura e l'identificazione di tutte le attività che sono presenti all'interno del ciclo di produzione, sia esso un prodotto o un servizio (Chan 1993), questo permette di avere una conoscenza dettagliata di tutte le attività e i processi dell'organizzazione fornendo un quadro generale di come e dove crescono i costi (Brimson et al. 1999; Pizzini 2006). La mappatura chiara dei costi della propria organizzazione diviene un elemento imprescindibile per la costruzione di sistemi di misurazione delle performance che vogliono valutare la capacità dell'organizzazione di controllare i propri costi (Kohlbacher 2010).

L'identificazione di tutte le attività presenti permette inoltre di affrontare il tema dell'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse; infatti con questo modello è possibile identificare le attività a valore aggiunto da quelle non a valore aggiunto e si può lavorare su queste ultime per generare dei risparmi senza andare ad impattare sulla qualità del servizio offerto (Cooper & Kaplan 1991; Kirton & Hazlehurst 1991).

L'applicazione di un modello ABC all'interno di una organizzazione sanitaria incontra alcune difficoltà legate all'adattamento di un sistema costruito per organizzazione orientate alla produzione ad un sistema altamente capital intensive (Lee & Mahenthiran 1994; Aird 1996; Arnaboldi & Lapsley 2005) oltre alla presenza di forme di resistenza culturale legate ad un sistema che fa fatica a orientarsi al raggiungimento di obiettivi misurabili quale driver delle proprie attività o a sistemi dettagliati di analisi dei costi e delle attività (O'Reilly et al. 1991; Baird et al. 2004). Si possono però identificare alcuni step fondamentali cruciali (Udpa 1996) per l'implementazione di un modello ABC all'interno di un'organizzazione:

1. Formazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare

Il primo step per poter implementare in maniera efficace un sistema di ABC all'interno dell'organizzazione è costruirlo adattandolo alle caratteristiche dell'organizzazione; per fare questo appare necessario definire un gruppo di lavoro che segua tutto il percorso e al cui interno siano presenti almeno le seguenti figure professionali: infermiere, medico, amministrativo, tecnico informatico, referente per le cartelle cliniche e se necessario un consulente esterno. Il team deve riunirsi in

maniera costante nel tempo per affrontare le eventuali criticità che possano emergere durante il processo di implementazione del modello.

2. Identificazione di casi e DRG da analizzare

Il gruppo di lavoro identifica alcuni casi/DRG tipici con cui partire per sviluppare l'analisi. Solitamente la scelta ricade su quelle attività che sono maggiormente rilevanti in termini di volumi, impatto economico, varianza, criticità assicurative o nuovi servizi in via di definizione.

3. Tracciare il percorso di cura

Viene mappato il percorso del paziente dal momento in cui accede alla struttura al momento in cui viene dimesso. La mappatura corretta e particolareggiata del percorso permette di identificare tutti i momenti in cui è maggiore il rischio di errore o si generano dei tempi che non hanno valore aggiunto per il paziente o la struttura oltre a poter analizzare quali attività assorbono risorse e in che quantità così da poter eventualmente incidere per ridurre i costi sulle aree maggiormente inefficienti o che non pregiudichino la qualità della cura.

4. Aggregare le attività

Essendo il processo di cura composto da tantissime diverse attività, per garantire la sostenibilità del modello non è immaginabile pensare di mappare tutte le attività singolarmente e diventa quindi necessario aggregarle in macro-processi che siano al loro interno coerenti (ad esempio il processo di dimissione al cui interno insistono tutte le singole attività necessarie per dimettere il paziente). Questo processo di mappatura permette sia di ridurre i costi organizzativi di implementazione del sistema sia di ridurre i tempi necessari per estrapolare tutte le informazioni necessarie alla sua implementazione.

5. Analizzare il flusso dei costi in relazione ai driver di costo identificati

Il calcolo dei costi e la loro giusta attribuzione svolgono un ruolo centrale all'interno di questo processo. Il tema di questo step è legato alle difficoltà e alle criticità che un sistema basato sulle attività può generare; infatti, sarà necessario implementare uno strumento in grado di allocare i costi in relazione al driver/attività predefinito anche qualora le risorse siano gestite da parti diverse dell'organizzazione e allo stesso tempo in grado di scorporare risorse inserite nello stesso calderone ed assegnarle alle differenti attività che le hanno consumate. Anche qui ovviamente si pone il tema

della difficoltà ad allocare alcune tipologie di costo alle varie attività; infatti se l'attività di assegnazione delle risorse alla singola attività risulta semplice per quanto concerne i costi diretti, per quanto riguarda i costi generali o indiretti è necessario identificare un driver di costo che permetta una loro ripartizione tra le varie attività interessate.

#### 6. Formare lo staff sul modello ABC

L'organizzazione deve puntare sul coinvolgimento di tutti i propri professionisti clinici e amministrativi per garantire una corretta implementazione del modello. La corretta comunicazione delle caratteristiche, dei punti di forza e di debolezza del sistema e delle modalità della sua implementazione sono un elemento fondamentale affinché chi vive giorno per giorno l'organizzazione non percepisca questo modello come un mero elemento burocratico ma ne possa apprezzare i benefici che porta all'organizzazione.

#### 7. Valutare ed analizzare dati e risultati

Il modello ABC insieme con gli altri strumenti di governo clinico presenti nell'organizzazione permette di effettuare analisi sulla efficienza, efficacia ed economicità dell'organizzazione. Risulta evidente che non essendo il settore sanitario caratterizzato da alti tassi di standardizzabilità delle prestazioni sarà necessario valutare i tassi di varianza ed analizzarli in funzione delle loro cause. Si possono infatti già identificare alcuni elementi che influenzano la varianza dei risultati emersi dalle analisi: varianza dei pazienti, varianza dei caregiver, varianza dell'ambiente esterno, varianza dei prezzi e varianza dell'efficienza della gestione.

L'ABC, come anticipato precedentemente, presenta alcune criticità nella sua applicazione che vengono messe ancora maggiormente in evidenza in un settore, quale quello sanitario, dove l'assorbimento di risorse è già di per sé molto alto e che spesso denuncia una carenza di risorse da investire nel sistema che pur presenta inefficienze organizzative e nella costruzione dei processi operativi (Chan 1993; Ramsey 1994; Canby 1995; Udpa 1996; Arnaboldi & Lapsley 2005; Cannavacciuolo et al. 2015). In particolare si possono evidenziare alcuni elementi di criticità legati al ABC quali la necessità di un commitment molto forte da parte dell'organizzazione sia in termini di tempo che di risorse da impiegare, l'impossibilità di implementarlo in maniera modulare, la lunghezza del processo di raccolta e analisi dei dati, la complessità nel definire e aggiornare l'elenco di attività attraverso interviste continue con il personale, la necessità di immagazzinare e conservare quantità di

dati notevoli e il fatto che alla fine di tutto i risultati emersi non possano definirsi oggettivamente validi ma debbano in ogni caso subire un processo di interpretazione che ne può pregiudicare la validità e l'accuratezza (Chan 1993; Pineno 2002).

### 3.2.2. *Time Driven Activity Based Costing*

Alla luce delle criticità evidenziate nell'implementazione di un sistema di ABC nelle aziende sanitarie molti studiosi si sono concentrati nel cercare di trovare un modello più semplice da implementare ma che permetta di misurare i costi delle attività focalizzandosi sulla variabile tempo come elemento di misurazione dei costi; il modello TDABC (Demeere et al. 2009; Kaplan et al. 2011; Albright et al. 2013; Donovan et al. 2014; Kaplan 2014).

Il processo di implementazione di un modello di TDABC all'interno di un'organizzazione sanitaria ricalca più o meno a grandi linee quello del ABC ma rispetto a quest'ultimo risulta più semplice e meno impegnativo dal punto di vista delle risorse da mettere in campo per il suo sviluppo (Akhavan et al. 2015).

Si possono identificare, in letteratura, molteplici modalità di implementazione di un modello di TDABC in un'organizzazione (Akhavan et al. 2015), in questa analisi si è preso in considerazione il modello con 7 step principali (Kaplan et al. 2011):

1. Scegliere la patologia e/o la popolazione di pazienti oggetto di analisi

Il primo step è la scelta della patologia da analizzare prendendo in considerazione tutte le possibili complicazioni che possano generare un consumo di risorse per l'organizzazione. Così facendo per ogni patologia sarà definito il percorso di cura dal momento dell'ammissione a quello della dimissione.

2. Definire la catena del valore del percorso di cura

Step successivo è la definizione della catena del valore del percorso di cura che rappresenta tutte le attività cui il paziente deve sottoporsi durante il percorso di cura e il luogo fisico dell'organizzazione dove questo accade. Così facendo si ha una chiara fotografia degli attori coinvolti nel processo di cura e si possono iniziare a valutare i possibili outcome del processo.

3. Sviluppare la mappa delle attività del processo di cura, identificare le risorse utilizzate e qualsiasi bene usato dal paziente durante il percorso di cura

Una volta disegnata la mappa del processo di cura ci si focalizzerà dettagliatamente su ogni singolo step e attività del processo identificando per ogni momento del percorso le risorse utilizzate sia in termini di personale, strutture e beni di consumo



sanitario e non sia tutte quelle che sono ricollegate alle attività dirette di cura ma che fanno parte dell'attività di supporto (amministrativo, ...). Durante questa fase è possibile coinvolgere o meno figure professionali diverse per avere una fotografia del percorso il più definita e vicina alla realtà possibile e che possa prendere in considerazione tutti gli aspetti che hanno un impatto sul percorso di cura e non solamente quelli prettamente più clinici.

#### 4. Calcolare il tempo di ogni step del processo

Con la mappa delle attività dettagliate è possibile stimare il tempo che ognuna di queste attività richiede. Il calcolo del tempo può essere effettuato sia misurando direttamente le singole attività sia stimando per quelle minori un tempo standard predefinito. Calcolando i tempi delle singole attività si semplifica anche il processo di customizzazione legato alla variabilità dei singoli pazienti in quanto avendo in mano i dati di tempo "consumato" sulla singola procedura è possibile aggiungerla o toglierla dal calcolo del costo in funzione delle necessità del paziente. Ovvio è che la presenza di strumenti informatizzati permette di calcolare in maniera molto semplice e poco dispendiosa i tempi e i costi collegati al singolo paziente.

#### 5. Stimare il costo dei beni disponibili per il percorso di cura

Passando adesso allo step successivo nel quale ci si occupa di stimare il valore di tutte le risorse che l'unità operativa mette a disposizione per svolgere le attività di cura. All'interno si possono includere: personale, strumenti, beni di consumo sanitario e non. Questi costi costituiranno il numeratore nell'equazione per il calcolo del capacity cost rate. Il passo successivo sarà calcolare i costi legati a tutte le attività non direttamente legate al processo di cura ma che hanno comunque una relazione con esso (spazi, ruoli direzionali, ...). Infine si allocano i costi indiretti legati ai dipartimenti e altri organi di staff aziendali.

#### 6. Stimare la capacità potenziale di tutte le risorse e calcolare il capacity cost rate

Si può adesso calcolare il denominatore dell'equazione del capacity cost rate. Per fare ciò è necessario calcolare 3 diversi elementi:

- a) Il numero di giorni lavorativi annui per ogni dipendente
- b) Il numero di ore giornaliere di lavoro
- c) Il numero medio di ore giornaliere non dedicate al lavoro ma impiegate per altre attività quali: formazione, meeting, pause, ...

$$\text{Capacità potenziale di risorse} = a \times (b-c)$$

Per calcolare a questo punto il capacity cost rate basta dividere le risorse disponibili (calcolate nello step 5) con la risorse potenziali (step 6).

$$\text{Capacity Cost Rate} = \frac{\text{Risorse disponibili (€)}}{\text{Capacità potenziale di risorse (tempo)}}$$

#### 7. Allocare i costi per ogni percorso di cura di ogni paziente

L'ultimo step è in realtà il momento in cui il team calcola il costo totale del processo di cura. Per farlo basta moltiplicare il capacity cost rate (calcolato nello step 6) per il tempo delle attività del processo di cura (calcolate nello step 4) e sommando poi tutte le attività parte del processo di cura si ottiene il costo totale dello stesso.

Alcune prime esperienze di TDABC applicata alla sanità hanno mostrato impatti diversi sull'organizzazione.

Uno studio (Akhavan et al. 2015) ha comparato due modelli di analisi dei costi (TDABC vs Traditional Accounting) per misurare i costi in una chirurgia e in particolare comparando 3 diversi chirurghi con entrambi i modelli, l'analisi ha mostrato che la TDABC nelle diverse voci di costo per ogni chirurgo identifica costi minori rispetto ai sistemi tradizionali di misurazione dei costi; questo risultato ha sicuramente un impatto positivo sui clinici che vedono allocati ai loro processi solo i costi realmente legati alla loro attività.

Una seconda analisi (Au & Rudmik 2013) prende in considerazione i costi relativi alla chirurgia endoscopica sinusale ambulatoriale, presentando uno studio effettuato in Canada; l'analisi, che si è rivelata efficace nell'identificazione delle voci di costo relative ai vari step del processo, le limitazioni che son emerse fanno riferimento alla necessità per alcune categorie di costo di utilizzare strumenti di approssimazione, i ricercatori però sottolineano che le voci di costo approssimate sono marginali e non dovrebbero aver modificato in maniera importante i risultati.

Una ulteriore analisi (Donovan et al. 2014) mostra l'impatto dell'implementazione del TDABC in una clinica americana; lo studio mostra la comparazione tra il modello di misurazione dei costi utilizzato dalla clinica in quel momento (Relative Value Unit Cost Accounting) e il TDABC. Lo studio ha mostrato che con la TDABC è stato possibile identificare alcune aree di possibile risparmio prima non note, il costo dell'implementazione del TDABC è leggermente più basso rispetto al precedente metodo, la TDABC ha permesso di identificare alcune aree che possono essere oggetto di miglioramento e infine ha

consentito di sviluppare un sistema capace di identificare i costi per singola procedura. In conclusione però, l'organizzazione, pur riconoscendo i vantaggi scaturiti dall'applicazione del TDABC, ha valutato non sufficienti i vantaggi generati dalla TDABC per sostituirla al metodo attualmente utilizzato.

Le esperienze sopra descritte e le molte altre presenti in letteratura permettono di identificare alcuni vantaggi e criticità legate all'applicazione del TDABC (Kaplan & Anderson 2007; Demeere et al. 2009; Gervais et al. 2010; Dejnega 2011; Campanale et al. 2014; Donovan et al. 2014; McLaughlin et al. 2014).

Ecco di seguito alcuni vantaggi legati all'applicazione del TDABC:

- ✓ È un sistema veloce e facile da costruire
- ✓ Si integra in maniera più semplice con i dati provenienti dai sistemi aziendali ERP e di CRM così da ridurre l'impatto in termini di risorse umane per l'organizzazione
- ✓ Semplifica il processo di collegamento dei costi alle transazioni e agli ordini
- ✓ Può essere utilizzato con cadenza mensile per mantenere un controllo anche sulle operazioni più recenti
- ✓ Fornisce un quadro chiaro e completo dell'efficienza dei processi implementati e della capacità residua dell'organizzazione
- ✓ Prevede la necessità di risorse, consentendo di effettuare stime di budget sulla base dello storico degli ordini effettuati sia in relazione alla quantità degli stessi che al grado di complessità
- ✓ È possibile modularlo in relazione alle dimensioni dell'organizzazione e costruire dei software e degli strumenti che si adattano alle caratteristiche dell'organizzazione
- ✓ Ha costi e tempi di manutenzione bassi
- ✓ Genera una competizione positiva tra i dipartimenti
- ✓ Fornisce informazioni dettagliate in grado di aiutare gli operatori ad identificare le cause dei problemi
- ✓ Può essere utilizzato in organizzazioni con livelli di complessità molto diversi tra loro (clienti, prodotti, processi, spese, ...)

L'applicazione di un modello TDABC nelle organizzazioni sanitarie però non ha solo aspetti positivi, si possono identificare alcune criticità:

- ✓ Fa fatica ad essere implementato in sistemi che non hanno un alto tasso di standardizzazione delle Azioni
- ✓ La valutazione del consumo dei tempi per le singole attività è spesso lasciato alla valutazione personale di un professionista o viene stimato in maniera generale
- ✓ La valutazione dell'ammontare di ore effettivamente disponibili per svolgere le attività non può essere generalizzata ma anzi cambia non solo da dipartimento a dipartimento ma anche da professionista a professionista
- ✓ La generalizzazione sull'ammontare di risorse necessarie per implementare un processo in organizzazioni diverse
- ✓ La costruzione, se non presente, di un sistema di mappatura delle attività per poter allocare i costi può essere impegnativo in termini di risorse da impegnare sia finanziarie che di personale da formare

#### 4. La leadership per la qualità<sup>1</sup>

Negli ospedali, sia a livello di struttura che di processi, le persone giocano un ruolo chiave nel generare servizi sanitari di qualità e quindi migliori outcome. Avere una struttura valida per l'ospedale vuol dire fare affidamento su un gruppo qualificato di persone con chiare deleghe, ruoli e responsabilità. In particolare, risulta fondamentale lo stile di leadership nel creare le condizioni favorevoli e guidare i collaboratori verso il raggiungimento degli outcome desiderati (McNeese-Smith 1995; Khaliq et al. 2007; Carmeli et al. 2009).

Le organizzazioni sanitarie, infatti, sono tra le più complesse da gestire (Drucker 2012) e, di conseguenza, la crescente difficoltà nel mandare avanti queste aziende ha portato i manager a sviluppare sempre più capacità (Robbins et al. 2001; Griffith 2007). Tra queste capacità, la leadership, intesa come “*the ability to inspire individual and organizational excellence, to create and attain a shared vision, and to successfully manage change to attain the organization's strategic ends and successful performance*” (Stefl 2003), sta assumendo sempre maggiore rilievo e, recentemente, si sono moltiplicati gli studi in letteratura che indagano questa variabile manageriale (Uhl-Bien & Marion 2009; Hanson & Ford 2010; Martin & Learmonth 2012; Lega et al. 2013).

I termini management e leadership quindi, anche se spesso vengono utilizzati come sinonimi, fanno riferimento a concetti diversi: il management si riferisce al “come”, mentre la leadership definisce il “cosa” e il “perché” un'azione viene implementata. Se il management tende a focalizzarsi sullo status quo dell'organizzazione, enfatizzando i sistemi, i controlli e le procedure impiegati nei processi, la leadership è dinamica, si modifica ed è alla continua ricerca di nuovi processi per garantire il futuro dell'organizzazione (Manion 2005). Di conseguenza, se il management deve possedere capacità di leadership per gestire al meglio l'organizzazione, un membro dell'organizzazione può essere leader anche senza avere una posizione manageriale formalizzata (Bolman & Deal 2003).

Il recente spostamento dell'attenzione dal tema generale del management a quello più specifico della leadership è un segno dell'evoluzione nelle aziende sanitarie che ricercano migliori livelli di performance. Storicamente, le aziende che operano nel settore sanitario sono state caratterizzate da un approccio burocratico della gestione, con un forte potere dell'autorità gerarchica più attenta alla programmazione e alla allocazione degli input che a controllare i risultati (Kubica 2007).

---

<sup>1</sup> Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo: Fanelli, S., Lanza, G., & Zangrandi, A. (2017). Management Tools for Quality Performance Improvement in Italian Hospitals. *International Journal of Public Administration*, (in press), doi: 10.1080/01900692.2017.1280821

Questo approccio tuttavia ha portato solo ad un aumento della spesa e non ad un miglioramento degli outcome; così molti sistemi sanitari in tutto il mondo hanno avviato un processo di “managerialization” delle loro organizzazioni sanitarie introducendo misure di output e spostando il focus sui risultati effettivamente raggiunti (Kirkpatrick et al. 2009; Kaplan et al. 2011).

Questo processo ha interessato anche l’Italia che, a partire dai primi anni ‘90 (Decreto legislativo, 502/1992), ha introdotto strumenti manageriali per la programmazione, sviluppo e raggiungimento di migliori performance (sistemi di budget, bilanci, controllo di gestione e dei costi, indicatori di performance, etc.) (Borgonovi 2004).

Tuttavia, sebbene le prassi manageriali, che comprendono le attività di pianificazione, budgeting, organizzazione, staffing e controllo (Kotter 1996), sono sicuramente importanti per raggiungere buone performance cliniche (Ham 2008; Bloom et al. 2009), una buona leadership è una condizione essenziale affinché queste pratiche siano percepite come attività davvero utili nel guidare i comportamenti delle persone nello svolgimento delle attività quotidiane, nel creare consenso e commitment, e quindi generare il successo dell’organizzazione (Kotter 2001; VanVactor 2012).

La leadership rappresenta quindi oggi il fattore critico di successo nel costruire e sviluppare processi effettivamente orientati al raggiungimento della performance qualitativa e gli strumenti manageriali appaiono come gli elementi di supporto all’attività dei leader (Bierman & Clark 2007).

A questo scopo è necessario che la leadership sia una condizione presente in tutti coloro che sono coinvolti nel processo di creazione di salute, dal vertice strategico, al middle management fino al singolo professionista. Così come è importante che gli strumenti manageriali siano presenti e implementati nei processi operativi a supporto delle attività cliniche. In quest’ottica, anche il ruolo del professionista clinico si è evoluto. In passato, l’autonomia professionale e culturale dei medici rendeva i processi clinici un qualcosa all’interno del quale i manager non potevano intervenire (Davies & Harrison 2003).

Oggi, strumenti per la gestione dei percorsi clinici, approcci orientati alla reingegnerizzazione dei processi, strumenti per la valutazione delle performance e modelli orientati al Lean management fanno parte della realtà lavorativa dei professionisti sanitari; pertanto, sono i professionisti stessi che devono sviluppare, accanto alle competenze mediche, anche capacità di tipo manageriale e di leadership (Maddux et al. 2008; Lin et al. 2011).

Alla luce di tutto questo pare evidente che la leadership gioca un ruolo decisivo nella creazione di buone performance qualitative. In quest'ottica gli ospedali devono quindi generare le condizioni favorevoli affinché la leadership si possa opportunamente sviluppare ed affermare, ponendo particolare attenzione a quattro temi rilevanti: strumenti manageriali di supporto, definizione di obiettivi e processi, condivisione e partecipazione, individuazione delle criticità.

Con riferimento al primo tema, i leader necessitano di strumenti adeguati per facilitare il coordinamento del lavoro delle persone, guidare i comportamenti verso il raggiungimento del risultato atteso, monitorare e valutare le performance. Tali strumenti devono quindi consentire una migliore collaborazione tra i professionisti, fornire una maggiore comprensione delle attività e delle pratiche messe in atto nell'erogazione dei servizi, e dare un feedback sulla qualità e l'appropriatezza dei processi clinici (Eddy 1991).

Manager e professionisti che prendono decisioni sulla base di informazioni rilevate dagli strumenti di misurazione riescono a sviluppare un processo continuo di miglioramento delle performance; esistono infatti evidenze negli ospedali che l'utilizzo di strumenti manageriali di supporto per i leader è correlato a migliori risultati in termini di efficienza, efficacia e qualità (Ham 2008; Bloom et al. 2009; Mazzocato et al. 2010).

Per quanto concerne il secondo tema, lo sviluppo e l'implementazione di questi strumenti manageriali deve avvenire partendo dagli obiettivi e prevedendo processi chiari e condivisi. Infatti, il processo di creazione di elevati livelli di performance è complesso, per questo motivo è necessario porre particolare attenzione alla definizione degli obiettivi e all'assegnazione delle responsabilità. Nelle organizzazioni articolate, come gli ospedali, la condivisione di obiettivi tra i diversi livelli organizzativi è cruciale per il conseguimento di risultati positivi (Thompson et al. 1981). I leader devono definire le priorità in modo chiaro, comunicarle efficacemente e garantire che gli sforzi di tutti siano orientati al loro raggiungimento (Manion 2005; Duarte et al. 2013).

Il terzo tema fa riferimento al fatto che l'efficacia degli strumenti manageriali è direttamente legata alla loro accettazione all'interno dell'organizzazione e non alla natura burocratica dello strumento (Veillard et al. 2005; Purbey et al. 2007). La sola presenza degli strumenti, infatti, non è una condizione sufficiente per il raggiungimento di buone performance. È necessario che questi strumenti siano conosciuti, condivisi e che entrino a far parte dell'agire quotidiano dei professionisti.

Le competenze cliniche restano il valore aggiunto in queste organizzazioni per ottenere risultati di qualità, ma lo sviluppo di una cultura manageriale per i professionisti sanitari vuol dire prendere coscienza del valore di questi strumenti di supporto per ottenere migliori outcome (Emanuel & Pearson 2012; Numerato et al. 2012).

Infine, l'ultimo tema pone in evidenza la necessità di verificare l'eventuale presenza di difficoltà nel processo manageriale di sviluppo delle performance. Questo tema è fortemente connesso agli altri temi già indagati. Diverse infatti possono essere le ragioni che rallentano o ostacolano questo processo: l'inadeguatezza degli strumenti manageriali individuati, l'incoerenza tra obiettivi-strumenti-risultati, visione burocratica del sistema manageriale, etc. L'ospedale deve rilevare queste criticità e mettere in campo opportune azioni correttive.

#### 4.1. Una ricerca in Italia<sup>2</sup>

Nel corso dell'anno 2015 l'Università degli Studi di Parma su mandato nel Network Joint Commission Italia<sup>3</sup> ha sviluppato una ricerca per studiare come gli ospedali italiani utilizzano gli strumenti di valutazione in loro possesso per supportare i processi di miglioramento della qualità sia un'ottica direzionale (Direzioni Strategiche) che operativa (Dipartimenti e Unità Operative). La ricerca mira a valutare quanto i leader sia clinici che aziendali reputano che gli strumenti per la valutazione e il miglioramento della qualità possano influenzare i comportamenti dei professionisti.

Per la ricerca sono state invitate a partecipare 30 organizzazioni sanitarie italiane, di queste 21 hanno accettato l'invito. I questionari, validati dai responsabili qualità delle organizzazioni italiane accreditate JCI, sono stati inviati a 428 potenziali intervistati (359 professionals e 69 manager).

Le risposte al questionario sono state raccolte in un periodo di 4 mesi, dal giugno all'ottobre 2015. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando software statistici e eventuali relazioni tra le variabili (correlazioni ed associazioni) sono state studiate utilizzando indicatori e test (Pearson's index; Phy index; Test-F; Anova) in funzione della tipologia di variabili utilizzando un livello di significatività del 5%.

Il campione, utilizzato per l'analisi, in virtù della scelta di prendere in considerazione solo le organizzazioni per le quali ci sono pervenute almeno due risposte dal top management e

---

<sup>2</sup> Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo: "Fanelli, S., Lanza, G., & Zangrandi, A. (2017). Management Tools for Quality Performance Improvement in Italian Hospitals. *International Journal of Public Administration*, (in press), doi: 10.1080/01900692.2017.1280821"

<sup>3</sup> Il Network JCI raccoglie le strutture accreditate e quelle che hanno scelto JCI come punto di riferimento per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti. Lo spirito del Network è la condivisione delle conoscenze e delle esperienze, per migliorarsi e per crescere. Ad oggi sono oltre 30 le organizzazioni che hanno aderito al Network JCI. (Fonte: [www.networkjci.it](http://www.networkjci.it))



quattro risposte dai professionisti si è ridotto da 21 organizzazioni a 18. Il campione preso in esame resta comunque un campione molto rappresentativo, rappresentando il 60% delle organizzazioni iscritte al Network Joint Commission International. In virtù della tipologia della ricerca e dello stretto collegamento tra i meccanismi di valutazione e gli standard del manuale per l'accREDITAMENTO degli ospedali di Joint Commission International il nostro potenziale target di riferimento è costituito dalla totalità delle organizzazioni accreditate Joint Commission International in Italia e dalle organizzazioni non accreditate ma che riconoscono e implementano almeno in parte la metodologia di lavoro di Joint Commission.

Questa particolare condizione permette di identificare il campione preso in esame per l'analisi e composto da 18 organizzazioni come rappresentativo per lo svolgimento delle nostre ricerche. Le 18 organizzazioni prese in considerazione sono diverse per natura, 10 di esse sono pubbliche e 8 private, e anche con riferimento all'accREDITAMENTO Joint Commission in quanto 13 sono accreditate con il modello JCI e 5 invece non lo sono.

Ogni organizzazione ci ha concesso la disponibilità di contattare tutto il vertice strategico (management) e una decina dei propri leader clinici, sia infermieristici che medici che altro personale sanitario (professionals). Sono stati inviati i questionari a 273 potenziali intervistati (210 professionals e 63 management) di 21 organizzazioni. Scartate 3 organizzazioni per le quali non si sono ricevute le risposte minime definite (vedi sopra), dalle 18 organizzazioni rimanenti si sono ricevute 147 risposte, pari al 62% del campione, suddivisi tra 43 risposte dal management (79%) e 104 dai professionals (57%).

Scomponendo il campione delle risposte in relazione alla natura dell'organizzazione si ottengono 94 risposte dalle organizzazioni pubbliche (25 managers and 69 professionals) e 53 da quelle private (18 managers and 35 professionals). In relazione all'accREDITAMENTO dell'organizzazione invece 99 risposte provengono da organizzazioni accreditate Joint Commission International (32 managers and 67 professionals) e 48 da organizzazioni non accreditati JCI (11 managers and 37 professionals). Vedi Tabella 2.

Tabella 2 Composizione del Campione

	<b>Ospedali</b>	<b>Popolazione</b>	<b>Manager</b>	<b>Professionisti</b>
<i>Pubblico</i>	10	94	25	69
<i>Privato</i>	8	53	18	35
<i>Accreditato JCI</i>	13	99	32	67
<i>Non Accreditato JCI</i>	5	48	11	37
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>147</b>	<b>43</b>	<b>104</b>

La ricerca ha previsto la costruzione di due questionari<sup>4</sup> per la raccolta delle informazioni e dei dati, questi indagavano elementi e aspetti simili e correlati ma rivolgendosi in un caso al management aziendale e nel secondo caso ai leader clinic. I dati raccolti sono stati analizzati seguendo due schemi diversi.

#### 4.1.1. *Pattern e cluster dei rispondenti*

Il primo modello ha descritto da un lato i dati raccolti, cercando di evidenziare eventuali pattern o cluster legati alle caratteristiche degli intervistati e/o delle aziende di provenienza, e dall'altro ha studiato il grado di variabilità delle risposte tra intervistati della stessa organizzazione, ovvero quanto differenza c'è tra le risposte fornite da manager e leader clinici appartenenti alla stessa organizzazione.

L'utilizzo degli indicatori per la valutazione dei risultati è molto diffuso. Anche altri strumenti sono ovviamente utilizzati sia dal management che dai professionisti come ad esempio i report e gli audit. È sicuramente più forte negli ospedali privati e nei manager ospedalieri la propensione ad usare numerosi strumenti. Altri strumenti molto utilizzati sono le relazioni (report sulla gestione) e le segnalazioni di specifiche incoerenze da parte degli operatori ai vari livelli gerarchici.

Gli ospedali privati usano tutti gli strumenti, compreso l'audit in modo più intenso degli ospedali pubblici. I responsabili di unità organizzativa clinica sono anch'essi utilizzatori di questi strumenti ma ad esempio, come atteso, sono maggiormente propensi ad usare indicazioni non formalizzate.

Le organizzazioni intervistate hanno generalmente mostrato un utilizzo diffuso di strumenti per la valutazione dei risultati. A livello generale almeno 3 strumenti diversi (relazioni, indicatori e segnalazioni) sono riconosciuti presenti da oltre il 50% degli intervistati.

<sup>4</sup> Vedi allegati 1 e 2

Gli indicatori sono in assoluto lo strumento più utilizzato (circa il 75% degli intervistati lo ha riconosciuto come strumento in uso per la valutazione dei risultati); Audit e indicazioni verbali invece si attestano sotto il 50% ma comunque con una presenza non inconsistente (30% indicazioni verbali e 43% audit).

Analizzando le risposte utilizzando i cluster di classificazione delle organizzazioni ci si rende conto di come i manager hanno percezione di un utilizzo più consistente di questi strumenti rispetto ai professionisti, ad eccezione delle indicazioni verbali che invece i professionisti reputano più presenti (32% vs 25%).

Continuando l'analisi appare evidente che le organizzazioni private hanno un utilizzo maggiore di tali strumenti e lo stesso vale per le organizzazioni accreditate JCI. Tali differenze sono spesso molto significative in termini %: ad esempio l'audit tra professionisti di organizzazioni accreditate JCI e non accreditate varia dal 50% di utilizzo (JCI) al 19% (non JCI) oppure sempre l'audit tra professionisti di aziende private e pubbliche varia dal 68% (privato) al 24% (pubblico).

Un'interessante osservazione scaturisce dall'analisi dalla valutazione sulla presenza di difficoltà nel raggiungere gli obiettivi espressi dalle politiche. Infatti, in generale si nota un buon livello di soddisfazione, che significa che sia i manager, sia i professionisti hanno una buona capacità di ottenere i risultati e quindi di monitorarli.

Un'analisi puntuale mostra come questa soddisfazione non deriva (non sono evidenti correlazioni) né dagli strumenti di valutazione utilizzati e neppure dall'ampiezza degli stessi.

Da ciò deriva un'interessante considerazione: se l'utilizzo dei vari strumenti non condiziona la soddisfazione nella capacità di raggiungere i risultati, ne deriva che il mix di strumenti oggi impiegati appare sostanzialmente in grado di assicurare sia i manager che i professionisti. In altri termini con il set indicato di strumenti riescono a garantirsi una buona capacità di controllo delle loro attività.

Approfondendo la tematica delle difficoltà nel raggiungere i risultati desiderati dalle politiche, emerge che i manager si sentono molto più in grado di determinare i risultati (maggior controllo dell'organizzazione), valore che cresce per i manager privati e per i manager degli ospedali accreditati. Dall'altro lato i professionisti appaiono sempre più cauti e quindi appaiono meno in grado di controllare l'organizzazione.

In questa linea appare interessante considerare che il livello di valutazione sulle proprie capacità di governare questi processi sono sicuramente più basse nei professionisti privati. Cioè si ha un forte divario tra le capacità di controllo dei manager e i professionisti degli

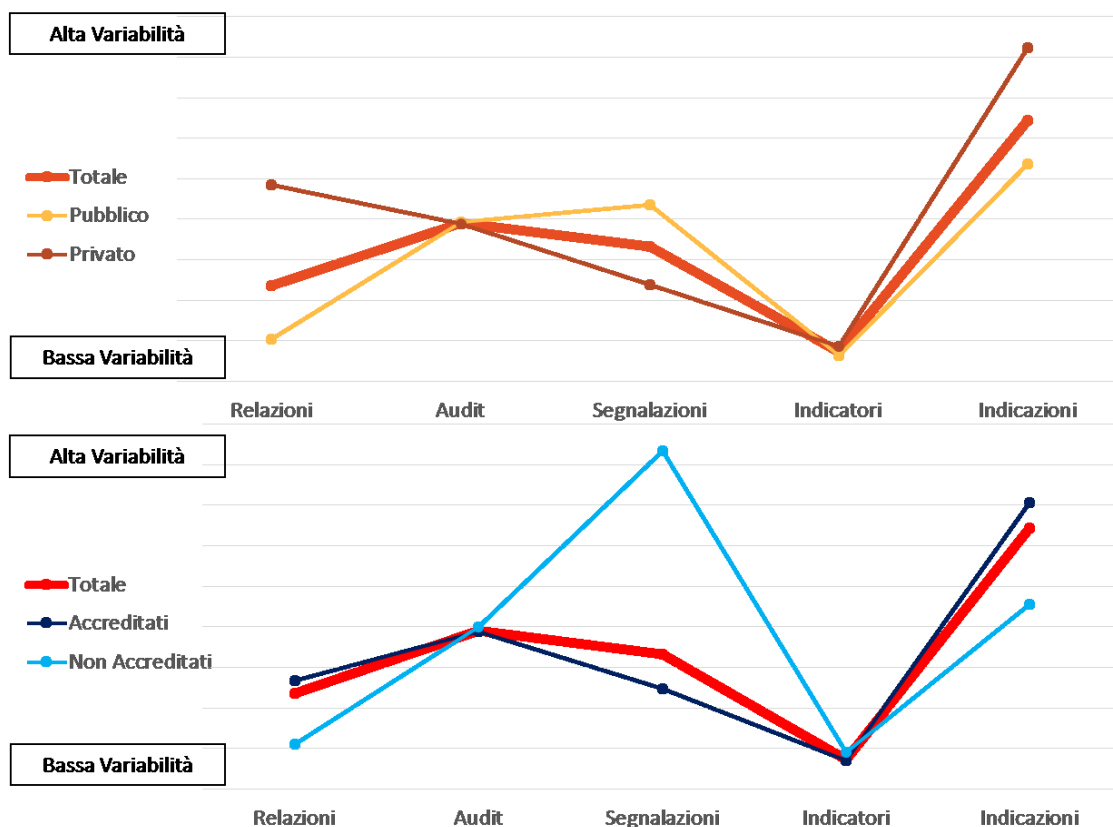
ospedali privati. I professionisti appaiono perciò soddisfatti di come si concretano le politiche e questo è probabilmente da collegare al loro ruolo, spesso vissuto limitato rispetto ai manager ospedalieri, ancora più forse evidente questo fenomeno negli ospedali privati.

Con riferimento alla richiesta di identificare all'interno della propria organizzazione le modalità utilizzate per garantire che le politiche si traducano in comportamenti e focalizzandoci questa volta sul grado di variabilità delle risposte all'interno della stessa organizzazione ci si può rendere conto che a livello generale il grado di variabilità è medio-basso per quattro delle cinque opzioni possibili (relazioni, audit, segnalazioni e indicatori) mentre invece la variabilità delle risposte è molto alta con riferimento alle indicazioni verbali.

Scomponendo il campione (Figura 1) nei due cluster principali (pubblico vs privato e accreditato JCI vs non accreditato JCI) ci si accorge di un andamento abbastanza simile con due importanti eccezioni:

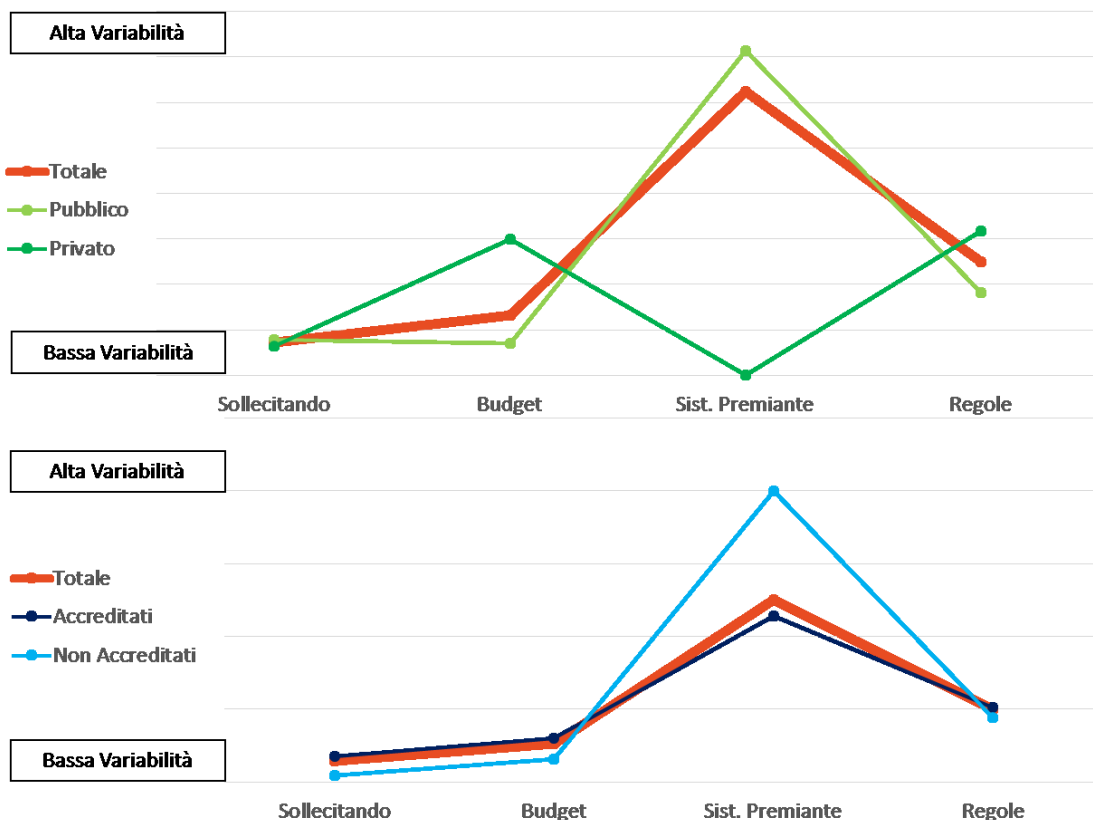
- L'utilizzo delle relazioni scritte vede una maggiore uniformità nelle risposte tra chi lavora nel settore pubblico e una grande variabilità tra chi lavora nel settore privato
- L'utilizzo delle segnalazioni di comportamenti non coerenti ha risposte molto simili tra chi lavora nelle organizzazioni accreditate JCI mentre in quelle non accreditate il grado di variabilità delle risposte è molto alto.

Figura 1 - Modalità per trasformare politiche in comportamenti



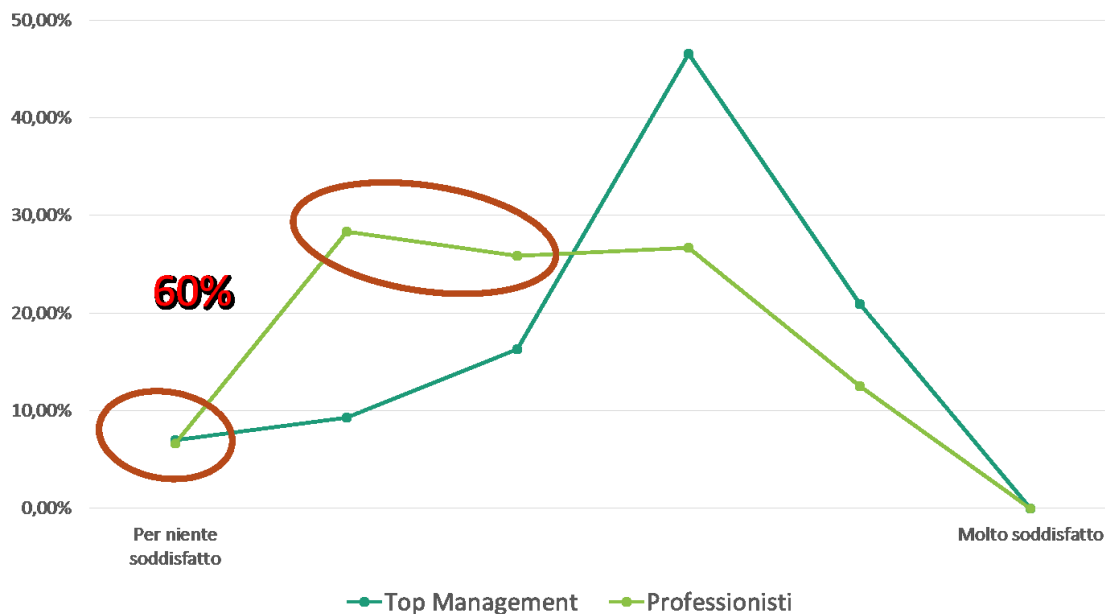
Alla domanda su come viene incoraggiata l'organizzazione a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli le risposte evidenziano una coerenza molto forte con una punta di variabilità abbastanza importante sul tema dell'utilizzo di un sistema premiante. In particolare questa alta variabilità è dovuta all'enorme differenza tra le risposte di chi lavora nelle organizzazioni private (variabilità molto bassa) e chi invece lavora nelle organizzazioni pubbliche che presentano una variabilità estremamente alta. Vedi Figura 2.

Figura 2 - Come incoraggi lo sviluppo di linee guida



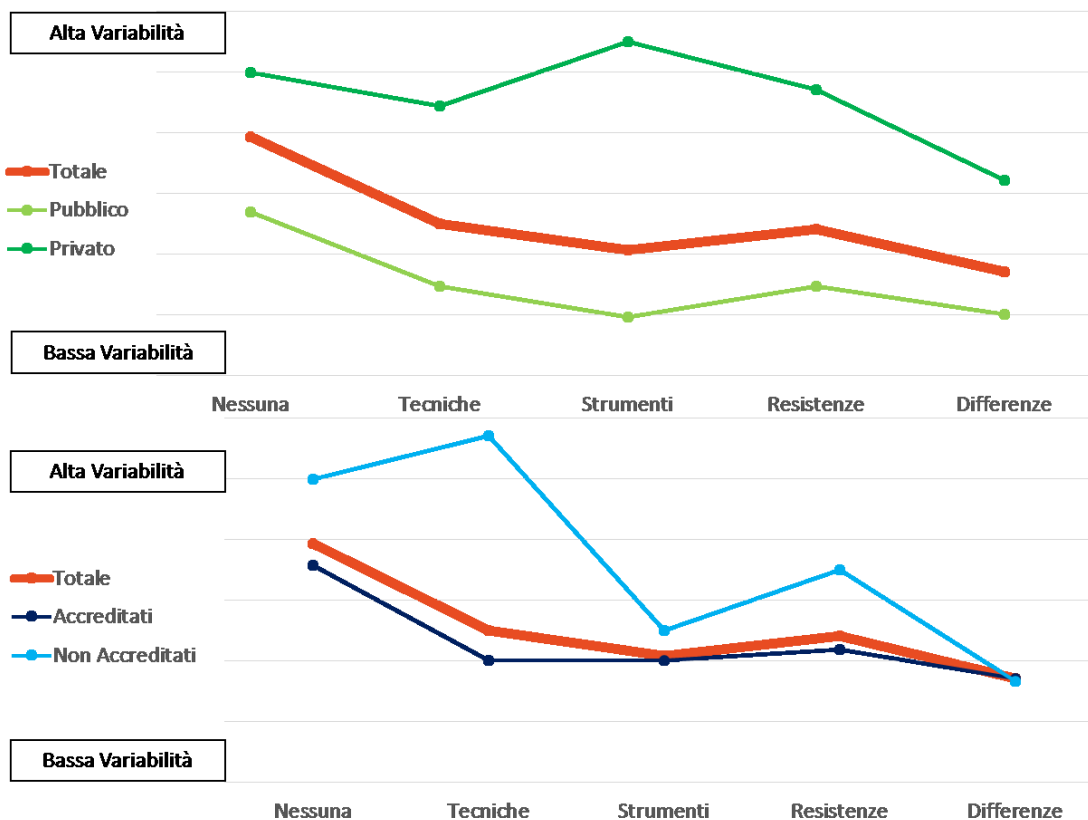
La valutazione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti sono un aspetto cruciale che emerge dall'analisi e che mostra alcune differenze nei cluster di analisi e nelle percezioni degli intervistati. Alla domanda relativa al grado di soddisfazione per gli strumenti utilizzati dalla propria organizzazione per valorizzare le risorse umane le risposte denotano una sostanziale differenze tra il management aziendale e i leader clinici. Il management aziendale risulta essere molto soddisfatto (oltre il 60% da un giudizio positivo) mentre i leader clinici risultano essere per lo più insoddisfatti (oltre il 60% da un giudizio negativo). Vedi Figura 3.

Figura 3 - Soddisfazione sugli strumenti di valorizzazione le risorse umane



Valutando le difficoltà nella valutazione delle competenze dei professionisti le risposte fornite mostrano alcune tendenze molto forti relativamente ai cluster identificati. Infatti a dispetto di una variabilità media delle risposte relativamente bassa si riscontrano importanti differenze in tutte le risposte possibili tra le aziende pubbliche e quelle private; infatti i rispondenti che lavorano in aziende private hanno un tasso di variabilità molto più alta di chi lavora nel pubblico per tutte e cinque le risposte possibili. Discorso analogo vale se si analizzano le organizzazioni accreditate e quelle non accreditate; è evidente infatti che le organizzazioni non accreditate JCI hanno un tasso di variabilità costantemente più alto di quelle che invece hanno raggiunto l'accREDITAMENTO JCI. Vedi Figura 4.

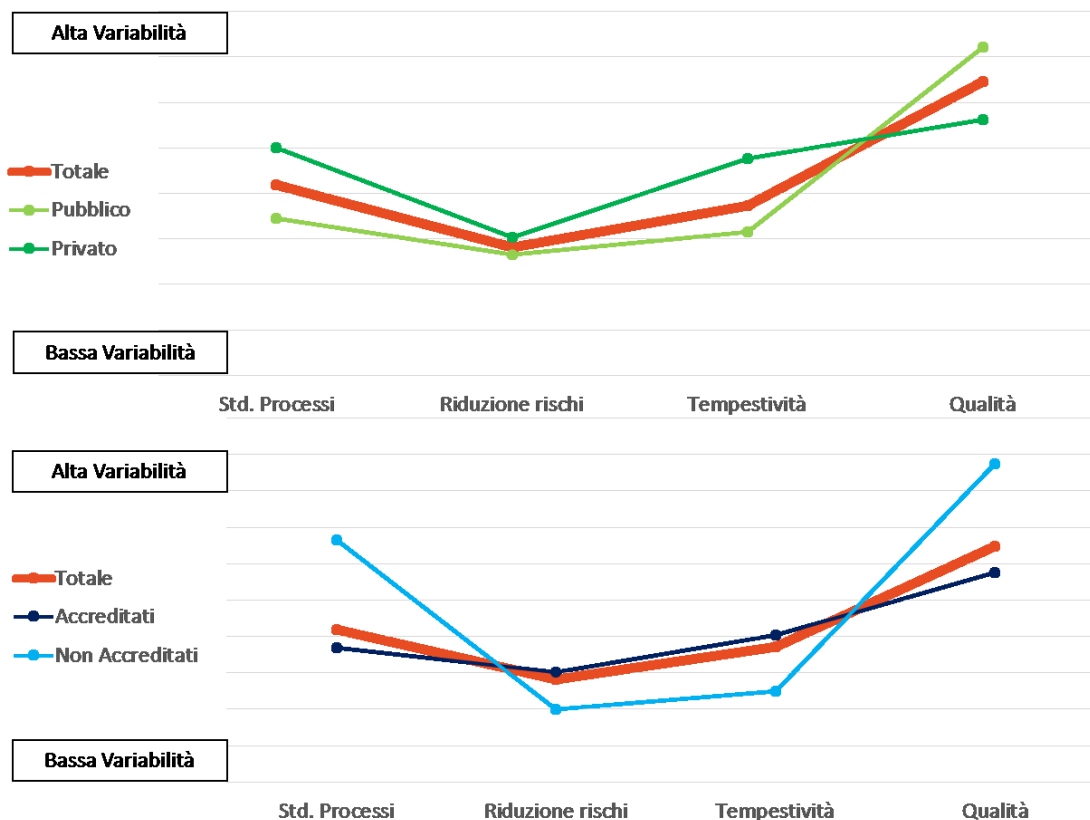
Figura 4 - Difficoltà nella valutazione delle competenze



Analizzando la domanda sulla presenza o meno di un report periodico per i diversi obiettivi che vengono richiesti all'organizzazione e focalizzandosi sulla variabilità delle risposte non si trovano evidenze di grandi differenze tra chi lavora in aziende pubbliche e chi invece lavora in aziende private; invece spostando l'analisi sulle differenze nelle risposte tra chi lavora in aziende accreditate JCI e chi invece lavora in aziende non accreditate si può riscontrare una coerenza per quanto riguarda gli obiettivi su rischi e tempestività mentre invece i rispondenti delle organizzazioni non accreditate evidenziano una maggiore variabilità nelle risposte con riferimento agli obiettivi sulla standardizzazione dei processi e sul miglioramento della qualità. Vedi Figura 5.

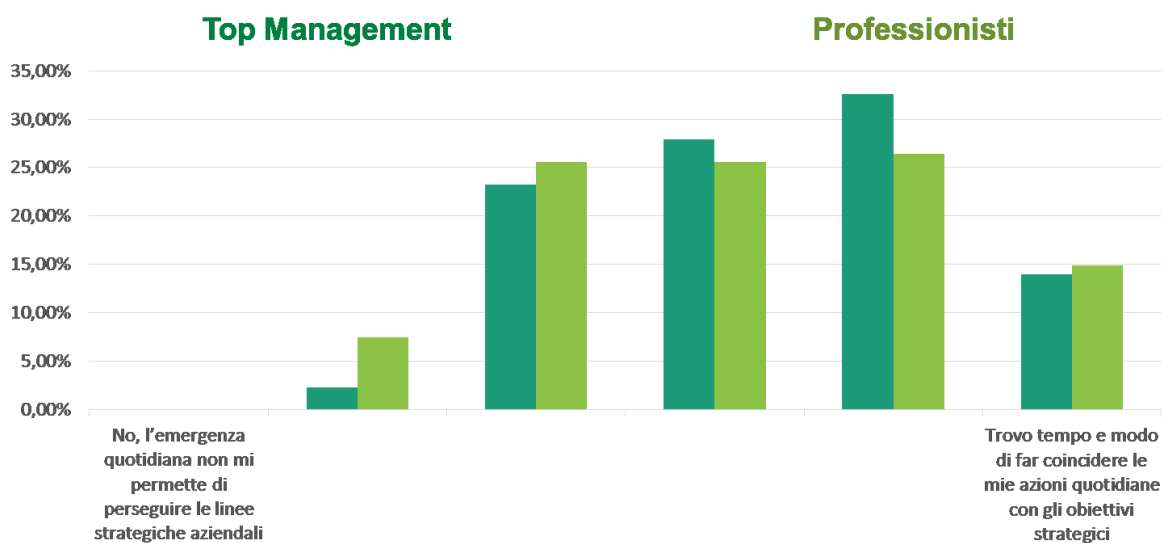


Figura 5 - Report periodici disponibili



Un ulteriore elemento che ha destato interesse analizzando i dati e che sotto certi punti di vista sembra non allinearsi alla percezione descritta dai professionisti e dal management è relativa alla domanda posta su come le attività quotidiane impattano con le linee strategiche dell'ospedale. Sia il management aziendale che i leader clinici affermano che l'attività quotidiana non impatta sulle linee strategiche aziendali; in particolare il tempo dedicato all'attività quotidiana permette in ogni caso di perseguire gli obiettivi generali dell'organizzazione. Vedi Figura 6.

Figura 6 - Le attività quotidiane impattano su obiettivi strategici



#### 4.1.2. Relazioni tra gruppi di risposte omogenee

Il secondo modello invece ha cercato di capire studiando le relazioni tra alcune specifiche risposte degli intervistati le seguenti aree di analisi:

1. Come fanno gli ospedali a misurare la performance qualitativa;

Quali elementi della performance sono di solito misurati nelle organizzazioni e quali strumenti gli ospedali utilizzano al loro interno per misurare la loro performance qualitativa, in particolare per quanto riguarda linee guida e indicatori.

2. Come definiscono gli ospedali gli obiettivi e i processi;

Come fanno gli ospedali a definire i propri obiettivi, come li assegnano ai propri professionisti, come fanno ad assicurarsi che le politiche definite vengano implementate e che tipologia di reportistica utilizzano per analizzare i risultati.

3. Qual è il livello di soddisfazione di manager e leader clinici degli strumenti di valutazione delle performance qualitativa implementati in azienda;

Qual è il grado di soddisfazione del management e dei leader clinici con riferimento agli strumenti utilizzati nella propria organizzazione e quali sono i driver che influenzano il livello di soddisfazione.

4. Difficoltà incontrate nell'implementazione di strumenti per il miglioramento della performance qualitativa;

Quali sono le difficoltà che management e leader clinici hanno identificato nel processo di implementazione di questi strumenti all'interno della propria organizzazione.

#### *Come fanno gli ospedali a misurare la performance qualitativa*

La valutazione della performance qualitativa è in primo piano negli ospedali del campione. Tutte le aziende misurano i fenomeni qualitativi, considerando molteplici aspetti. Le misurazioni possono riguardare aree diverse: la standardizzazione dei processi assistenziali, i processi con rischio, la tempestività nelle cure, l'alta qualità nelle cure.

I dati mostrano che all'interno delle organizzazioni sono presenti strumenti per la misurazione di ognuno di questi aspetti. In particolare, i report più presenti riguardano il tema del rischio (oltre il 50% degli intervistati afferma di avere a disposizione report che valutano questo aspetto). Il 40% degli intervistati ha report collegati alla tempestività, efficacia ed efficienza nelle cure. Attraverso un approfondimento dell'analisi a livello di cluster appare evidente che negli ospedali privati (45%) la reportistica è più presente rispetto agli ospedali pubblici (34%) e i manager (41%) paiono avere una maggiore disponibilità di report rispetto ai professionisti (37%).

Un primo elemento indicativo è che la valutazione della qualità è presente in modo significativo e quindi la valutazione delle performance qualitative è al centro dell'attenzione nei sistemi gestionali, che vedono nel report uno strumento di riferimento.

Se i report esprimono le modalità attraverso cui il management e i professionisti monitorano specifici fenomeni il passo successivo è comprendere quali strumenti sono posti in essere per effettuare tali monitoraggi all'interno delle aziende. Molteplici strumenti per la valutazione dei risultati sono presi in considerazione nelle aziende e in particolare:

- Relazioni descrittive (dipartimenti, unità operative e valutazione degli staff) sul raggiungimento degli obiettivi delle politiche;
- Audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati;
- Segnalazioni di problemi di comportamenti incoerenti rispetto alle politiche attraverso varie modalità (es. segnalazioni all'ufficio relazioni con il pubblico, customer satisfaction, etc.);
- Individuazione e raccolta sistematica di indicatori che permettano di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Moltissime organizzazioni utilizzano gli indicatori come strumento di valutazione (quasi il 75% del campione intervistato sostiene che vengano utilizzati all'interno della propria azienda); sia la gran parte dei manager (81%) che dei professionisti (71%) affermano di utilizzare gli indicatori. Interessante risulta poi evidenziare che anche i "rapporti" scritti sono una modalità di valutazione dei risultati impiegati soprattutto dai manager pubblici (76%).

Viceversa i manager privati paiono preferire gli audit (66%). Per quanto riguarda i professionisti, soprattutto tra i privati, appare molto utilizzata la segnalazione (82%), cioè l'individuazione di comportamenti non coerenti con l'atteso. Quest'ultimo aspetto è coerente con il fatto che i professionisti hanno una conoscenza maggiore di uno strumento di natura prettamente operativa, più vicino quindi alla loro realtà quotidiana.

In generale emerge un forte orientamento a misurare i risultati con tutti gli strumenti e questo è un elemento molto positivo che esprime lo sforzo organizzativo in atto per generare comportamenti allineati con le attese, e risultati coerenti con gli obiettivi pianificati. Circa l'80% degli intervistati indica il concreto utilizzo di almeno due strumenti e questo dice di una diffusa volontà, in queste organizzazioni, di mettere in primo piano la coerenza tra i risultati e le politiche perseguite.

Sempre in tema di misurazioni emerge una certa criticità riguardo la presenza di report sulla compliance dei comportamenti alle linee guida e protocolli. Qui la situazione appare problematica e solamente poco più del 35% considera la reportistica adeguata. Questo tema critico, in seguito approfondito, evidenzia una certa difficoltà di rendere usuale l'utilizzo delle linee guida e dei protocolli, probabilmente per una cultura professionale fortemente ancorata ad un processo clinico tutto concentrato sulle competenze professionali e sull'equipe. Anche in questo caso appare sensibile la differenza tra ospedali pubblici e privati: il 49% degli intervistati di ospedali privati ritiene adeguata la presenza di report orientati alla misurazione della compliance con le linee guida e i protocolli contro il solo 29% di quelli provenienti da ospedali pubblici.

In generale per quanto riguarda la misurazione della performance si può sintetizzare che gli ospedali sono fortemente orientati alla misura e che le misure sono utilizzate all'interno dell'ospedale sia dai professionisti che dai manager. Gli indicatori sono strumenti impiegati per misurare obiettivi e risultati in modo ampio, mentre appare ancora non sufficientemente diffusa la valutazione sulla coerenza di applicazione delle linee guida.

*Come definiscono gli ospedali gli obiettivi e i processi*

I processi di misurazione dei risultati trovano fondamento nelle politiche perseguite e dagli obiettivi individuati. Le modalità di individuazione degli obiettivi e i processi messi in atto per la definizione degli obiettivi permettono di valutare il processo gestionale e il livello di collaborazione nella valutazione delle performance. Per approfondire questa cruciale tematica appare opportuno distinguere il processo di assegnazione degli obiettivi utilizzato dal management aziendale nei confronti dei direttori del dipartimento o dell'unità operativa e successivamente da parte di questi nei confronti dei propri collaboratori.

Iniziando ad approfondire il comportamento dei manager è importante riconoscere che gli obiettivi sono praticamente sempre formalizzati (93%) e che tali obiettivi sono ben esplicitati; questo dice di un buon radicamento dei processi di controllo di gestione nel campione. Un secondo elemento che si evidenzia è la presenza di molteplici dimensioni degli obiettivi:

- La standardizzazione dei processi;
- La riduzione dei rischi nei processi maggiormente critici;
- L'erogazione di assistenza clinica in modo tempestivo ed efficace utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente;
- L'erogazione di assistenza di alta qualità utilizzando pratiche basate sull'evidenza.

La multidimensionalità degli obiettivi è un indicatore di forte consapevolezza manageriale sulla necessità di concentrarsi sui molteplici aspetti della qualità. Questa consapevolezza ha però un punto di debolezza: agli obiettivi non sempre corrispondono sistemi di valutazione sistematici. Infatti i report non sono disponibili in molti casi (60%). In particolare:

- Per gli obiettivi di standardizzazione sono presenti i report nel 25 % dei casi;
- Per gli obiettivi di riduzione dei rischi sono presenti i report nel 72 % dei casi;
- Per gli obiettivi di assistenza efficace sono presenti i report nel 44 % dei casi
- Per gli obiettivi di alta qualità delle cure sono presenti i report nel 23% dei casi

Questo mette in luce una potenziale area di miglioramento: realizzare un sistema di reporting coerente con il sistema di definizione degli obiettivi. In realtà sembra emergere un sistema in progress in cui il sistema di obiettivi genera aspettative di comportamenti che poi non sempre possono essere concretamente valutati per l'assenza di adeguati report.

Si pensi ad esempio agli obiettivi collegati alla standardizzazione dei processi, ritenuto sicuramente molto rilevante, ma che trova un sistema di reporting molto modesto. Ciò

comporta che le organizzazioni se da un lato adottano un orientamento alla modificazione di comportamenti, dall'altro non sono poi in grado di misurare tali comportamenti in modo sistematico. È possibile affermare che definire obiettivi che non vengano poi sistematicamente misurati generi una "cauta" tensione operativa al raggiungimento delle performance.

Per quanto riguarda le modalità di assegnazione degli obiettivi da parte dei leader clinici all'interno dei dipartimenti, si osserva la seguente situazione: il 75% identifica in modo formalizzato gli obiettivi e questo è un dato significativo che esprime un orientamento a valorizzare i meccanismi organizzativi e non solo quelli di natura professionale (comunque il 17% assegna obiettivi in modo informale, che dice di una cultura informale ancora comunque presente).

Per quanto riguarda gli obiettivi una parte consistente degli intervistati (45%) esprime gli obiettivi con riferimento a più contenuti (livelli assistenziali da raggiungere e rischio clinico) e questo conferma che la formalizzazione degli obiettivi è divenuto patrimonio delle organizzazioni.

Per quando riguarda il sistema di reporting, come richiamato, si riscontra che la disponibilità di report non è ancora soddisfacente. Il report periodico rappresenta una stabilità del sistema di monitoraggio: circa il 70% del campione riceve solo un report e il contenuto più diffuso (circa il 50% del campione) è sul tema del rischio, mentre il restante 30% afferma di ricevere più di un report periodico; solo un intervistato afferma di non ricevere neppure un report.

Qui si evidenzia sicuramente una debolezza del sistema per una visione concentrata sul rischio e non ad altri fenomeni significativi del monitoraggio della qualità; ad esempio solo il 23% dei professionisti intervistati afferma di ricevere un report inerente la qualità dei processi assistenziali basati sull'evidenza.

Per approfondire il tema delle modalità di definizione degli obiettivi, soprattutto con riferimento ai leader clinici, è necessario focalizzarsi su due distinti fenomeni. Innanzi tutto l'insoddisfazione sulla presenza di linee guida: poco più del 50% dei professionisti si dice soddisfatto della presenza di linee guida, ma solo il 33% valuta il sistema di reporting adeguato.

Questo conferma quanto già analizzato circa la necessità di promuovere una maggiore attenzione al sistema di reporting. Per inciso la situazione tra i manager è in gran parte sovrapponibile: infatti poco più del 60% reputa la presenza di protocolli e linee guida adeguati, mentre poco più del 40% valuta adeguate le linee guida

Il tema fondamentale, per poter avere un'analisi dei risultati completa, è legato al sistema che sostiene i processi di definizione degli obiettivi. Si è indagato in particolare il tema del sostegno ai protocolli e alle linee guida e il monitoraggio dei comportamenti in linea con i protocolli.

Tre elementi paiono del tutto evidenti: non si sostengono questi obiettivi con il sistema premiante e in generale il sostegno appare tutto sommato modesto sia da parte dei manager, il 14% afferma che il sistema premiante è utilizzato come elemento di incentivazione allo sviluppo di linee guida e al monitoraggio dei comportamenti ad esse correlati, che dai professionisti ove tale percentuale scende al 2%.

Concretamente gli intervistati affermano che per incentivare lo sviluppo di linee guida e il monitoraggio dei comportamenti sono definite poche regole organizzative (25% dei manager e 31% dei professionisti), quasi nessun sistema incentivante (come descritto sopra), mentre è posta una forte enfasi sulla sollecitazione diretta (60% dei manager e 67% dei professionisti).

Effettivamente questo appare un elemento alquanto problematico anche per quanto riguarda il management. Gli obiettivi sul tema della standardizzazione dei processi sono utilizzati da oltre l'80% dei manager, ma ben il 60% afferma di non ricevere un report periodico di raggiungimento dell'obiettivo; il 14% del campione afferma invece di non avere definito nessun obiettivo e di non ricevere alcun report periodico; quindi solo un quarto dei manager intervistati utilizza gli obiettivi e sviluppa una reportistica coerente (vedi tabella 2).

*Tabella 3 - Obiettivi e report in tema di standardizzazione dei processi*

		<b>Ha definito un obiettivo formalizzato di standardizzazione dei processi per i suoi collaboratori?</b>	
		Si	No
<b>Riceve un report periodico sui processi standardizzati?</b>	Si	23,26%	2,33%
	No	60,47%	13,95%

In sintesi in questo contesto per quanto concerne la valutazione della performance qualitativa si ha:

- Un livello buono di formalizzazione di obiettivi, soprattutto collegati alla qualità dell'assistenza e al rischio clinico;

- Un sistema reportistico non sempre adeguato al sistema di valutazione della performance;
- Solo una parziale attenzione ai protocolli e alle linee guida;
- L'utilizzo prevalente di meccanismi informali per sostenere l'uso dei protocolli.

*Qual è il livello di soddisfazione di manager e leader clinici degli strumenti di valutazione delle performance qualitative implementati in azienda*

Un primo aspetto analizzato fa riferimento al livello di soddisfazione sui sistemi di misurazione della performance qualitativa percepita dagli intervistati. I risultati mostrano una tendenziale insoddisfazione degli intervistati, infatti circa il 60% esprime una valutazione tendenzialmente insoddisfacente mentre solo il 40% si dice più o meno soddisfatto. Questi dati risultano essere coerenti in ognuno dei cluster successivamente analizzati, infatti non si hanno sostanziali differenze tra professionisti e leader e neppure tra aziende pubbliche e aziende private.

Approfondendo ulteriormente l'analisi si è ricercata la presenza di correlazioni tra il livello di soddisfazione e altre variabili oggetto di indagine (come si individuano gli obiettivi, le difficoltà percepite, la presenza di reporting adeguati) ma i risultati che emergono evidenziano correlazioni poco significative ad eccezione della soddisfazione delle azioni poste in essere nei confronti dei professionisti (indice di Pearson 0,570, p-value 0,000).

La soddisfazione sui sistemi di valutazione della performance parrebbe perciò dipendere da situazioni locali specifiche, ma sicuramente molto correlata alle modalità di valorizzazione dei professionisti. In altri termini se si è soddisfatti di come si valorizzano i professionisti si è anche soddisfatti di come vengono monitorate le performance qualitative.

Certamente questa è la conferma della correlazione tra ruolo dei professionisti e performance qualitativa, che appunto non dipende principalmente dagli strumenti, ma dalla capacità di integrarsi tra i professionisti, cioè valorizzando le loro competenze. Questo è un fenomeno di grande significato sotto il profilo della strategia di valutazione della performance: la capacità di controllare la qualità delle prestazioni è ritenuta direttamente correlata alla capacità di integrare i professionisti e di valorizzare il loro operato. Questa correlazione è sempre presente (0,570; 0,000), anche se nei leader clinici pare maggiormente significativa (0,593; 0,000).

Ma chi valuta negativamente la capacità di monitorare le performance quali cause individua? Da una analisi dei dati si hanno ovviamente differenti situazioni, cioè ciascuno evidenzia



specifiche debolezze e specifici problemi. Effettivamente da una analisi delle correlazioni non si notano evidenze che accomunano gli scontenti del sistema di valutazione delle performance (non si hanno cioè distribuzioni statistiche che permettono individuare specifiche e generalizzate cause).

Un'analisi, sull'insieme dell'ospedale (in prospettiva aziendale) che evidenzia i punti di debolezza in chiave di strumenti di misurazione, sistemi di valutazione, criteri di coordinamento, modalità di sviluppo di linee guida e protocolli, mette in luce che chi è insoddisfatto del sistema di valutazione della performance riscontra sicuramente un maggior numero di problemi e una carenza di strumenti rispetto a chi è soddisfatto del sistema. Da qui si deduce che effettivamente in ciascun caso esiste una specifica configurazione di problemi che permettono di individuare un gruppo di cause per ciascuna realtà specifica.

L'analisi ha messo in luce perciò che ci sono cause specifiche e non di natura generale che accomunano tutti gli ospedali. L'analisi mette in via di prima approssimazione tre gruppi di problematiche:

- Problematiche collegate agli strumenti (mancanza di report, di indicatori e in generale di supporti informativi)
- Problemi connessi ai comportamenti (scarsa collaborazione tipicamente tra unità organizzative tra colleghi)
- Problemi connessi a processi organizzativi (come ad esempio mancanza di sistemi premianti, formalizzazione degli obiettivi, ecc.)

L'analisi quindi sottolinea che le differenze tra chi è soddisfatto dei sistemi di performance e chi non è soddisfatto sono da collegare soprattutto all'assenza di strumenti e ai temi comportamentali. E' questa una particolare indicazione per il management, che così riesce ad avere indicazioni su dove focalizzare gli investimenti.

Dai dati emerge in maniera abbastanza evidente una correlazione tra il tasso di insoddisfazione degli intervistati e l'assenza di strumenti e/o l'insoddisfazione verso determinati comportamenti e politiche. Nella tabella seguente (Tabella 4) sono evidenziate le percentuali di insoddisfazione e assenza di strumenti e comportamenti in ciascuna area (strumenti, comportamenti e organizzativi) in relazione alla soddisfazione o meno espressa dagli intervistati sul monitoraggio delle performance qualitative dei professionisti; la tabella mette anche in evidenza la classificazione delle risposte basandosi sulla differenziazione delle figure intervistate (manager e professionisti).

Tabella 4 - Relazione tra tasso di soddisfazione degli intervistati e assenza di strumenti e/o comportamenti

	Soddisfatto			Insoddisfatto		
	Manager	Professionisti	Totale	Manager	Professionisti	Totale
<b>Strumenti</b>	50,46%	53,15%	52,09%	63,16%	61,69%	62,02%
<b>Comportamenti</b>	50,76%	49,39%	49,93%	59,33%	64,86%	63,64%
<b>Organizzazione</b>	63,10%	58,69%	60,42%	65,41%	64,18%	64,45%
<b>Totale</b>	55,09%	53,45%	54,10%	65,11%	65,17%	65,16%

Un ulteriore elemento in questa prospettiva concerne invece il tema della collaborazione. La collaborazione è stata indagata sotto due punti di vista diversi:

- Collaborazione tra unità organizzative;
- Collaborazione tra colleghi e professionisti,

Per quanto riguarda le unità organizzative si è rilevato un buon livello di collaborazione (media 3,75 in una scala da 1, collaborazione minima, a 6, massima collaborazione): si riscontra una comunanza di punti di vista tra i vari ruoli organizzativi (manager 3,93 - professionisti 3,67) e tra le varie organizzazioni (aziende pubbliche 3,60 – aziende private 4,02). Il fatto di non avere differenze marcate nei cluster analizzati con un risultato positivo comune è sicuramente un aspetto molto positivo soprattutto se si ritiene che la collaborazione sia un valore importante affinché l'azienda possa ottenere risultati positivi.

La valutazione connessa alla collaborazione tra professionisti è in linea generale ancora più positiva (media 4,18), anche se emerge un fenomeno specifico a livello di cluster; infatti la valutazione è molto positiva se si guarda alle opinioni dei professionisti (4,40) mentre emergono delle criticità nelle risposte dei manager (3,63) (p-value t-test 0,000). In altri termini si evidenzia che i professionisti tendono a rappresentarsi maggiormente come una squadra dove la collaborazione è un valore significativo. Questa cultura presente in via generale in tutti gli ospedali (aziende pubbliche 4,01 – aziende private 4,47) esprime evidentemente un punto di vista fortemente collegato al ruolo e alle specifiche caratteristiche professionali.

Molto positivo anche il giudizio sulle modalità di verifica della qualità (media 3,86). La gran parte di risposte esprime una certa soddisfazione e le valutazioni sono sicuramente più positive tra i professionisti (4,05) che tra i manager (3,42) (p-value t-test 0,003). I manager paiono sostanzialmente meno soddisfatti, così come si è osservato per il tema della collaborazione.

Molto interessante notare che non esiste nessun correlazione tra la soddisfazione e il tempo

dedicato alla qualità: quindi non è la risorsa tempo che può spiegare questa alta soddisfazione, ma viceversa si può ritenere che questo sia legato al livello di collaborazione, elemento questo assolutamente significativo (indice di Pearson 0,421; p-value: 0,000).

In sintesi quindi ci si trova in una situazione in cui si evidenzia una buona collaborazione tra le unità organizzative e tra professionisti e dove anche la collaborazione nella valutazione della qualità è soddisfacente.

#### *Difficoltà incontrate nell'implementazione di strumenti per il miglioramento della performance qualitativa*

L'ultima area analizzata fa riferimento alle difficoltà nel processo di valutazione e sviluppo delle performance qualitative.

La percezione degli intervistati è che la traduzione delle politiche in comportamenti non sia un elemento critico, infatti in una scala di complessità da 1 a 6 (dove 1 è la complessità massima di traduzione) la media tra gli intervistati è 3,84. Questo dato, molto positivo, è però diversamente distribuito nei cluster analizzati, infatti per i manager è più semplice (4,28) tradurre le politiche in comportamenti rispetto ai professionisti (3,65); lo stesso vale per gli intervistati che lavorano in aziende private che reputano più semplice (4,17) il processo di implementazione delle politiche rispetto a chi lavora nelle aziende pubbliche (3,65).

L'analisi ha inoltre approfondito il tema delle competenze dei professionisti che operano nell'organizzazione chiedendosi quali siano le difficoltà che si incontrano nel processo di valutazione e sviluppo di tali competenze.

Andando ad approfondire le motivazioni riscontrate nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti il quadro appare però più complesso e peculiare; in particolare da una prima analisi emerge che “solo” il 20% circa degli intervistati non riscontra nessuna difficoltà particolare nella traduzione delle politiche in comportamenti, il dato è simile tra professionisti e manager mentre una percentuale più ampia di chi lavora nelle organizzazioni private (28%) non riscontra nessuna difficoltà rispetto a chi lavora nel settore pubblico (13%).

Soffermandoci invece sulle difficoltà incontrate, queste sono state raggruppate in quattro tipologie: difficoltà di tipo tecnico nella misurazione, inadeguatezza degli strumenti a disposizione, resistenze alla valutazione da parte dei professionisti e differenze tra le diverse realtà presenti in azienda. Le difficoltà di tipo tecnico sono riscontrate dal 35% del campione, i manager più dei professionisti ritengono questa una difficoltà (46% vs 30%) mentre invece

non una differenza significativa tra chi lavora nel settore pubblico e chi lavora nel privato.

L'inadeguatezza degli strumenti a disposizione è una difficoltà per il 28% degli intervistati e anche qui sono più i manager dei professionisti a ritenerla una difficoltà (32% vs 26%) e chi lavora nel pubblico ritiene questa una difficoltà più di chi lavora nel privato (33% vs 19%). La resistenza alla valutazione invece è una difficoltà per il 40% circa degli intervistati, non vi è differenza tra le opinioni dei manager e quello dei professionisti mentre invece chi lavora nel settore pubblico lo reputa una difficoltà più di chi lavora nel settore privato (43% vs 32%).

La diversità tra le realtà aziendali è una difficoltà per il 30% degli intervistati, un po' più per i professionisti che per i manager questa è una difficoltà (32% vs 26%) e anche per chi lavora nel settore pubblico questa difficoltà è maggiormente percepita rispetto a chi lavora nel privato (32% vs 26%). In aggiunta a quanto sopra descritto quasi la metà degli intervistati (44%) ha identificato più di una tra le difficoltà sopra indicate; sono più i manager dei professionisti a riscontrare più di una difficoltà (56% vs 40%) e questo è anche vero più per chi lavora nel settore pubblico che nel settore privato (47% vs 40%).

In conclusione la valutazione delle performance qualitative è per questi manager e leader clinici una esperienza positiva. Si realizzano report, si utilizzano strumenti come indicatori per la tenere sotto controllo i risultati qualitativi. Le organizzazioni appaiono quindi strutturate e mature.

Manager e leader clinici, come ci si aspettava, hanno una visione del sistema di valutazione della performance non così diversa: soprattutto i leader clinici vedono nella collaborazione un elemento caratterizzante la loro azione. I manager che utilizzano maggiormente strumenti formalizzati ritengono però che sia necessario investire su relazioni dirette, mentre, al contrario i leader clinici che hanno minori strumenti di controllo formale in uso sono maggiormente propensi alla formalizzazione.

Il manager e i leader clinici guidano queste organizzazioni con un buon grado di sicurezza. La valutazione sulla capacità di perseguire giorno per giorno le linee strategiche è molto elevata e questo esprime una forte consapevolezza manageriale e una capacità di definire le priorità. Questo fenomeno risulta particolarmente significativo per i manager, che quindi hanno di sé una valutazione molto positiva: di perseguire gli obiettivi strategici in modo costante.

Uno dei temi cruciali del sistema di valutazione delle performance qualitative (ma non solo quelle qualitative) è sicuramente la capacità di tradurre le politiche in comportamenti

concreti. Si riscontra un buon livello di soddisfazione che è fortemente correlato con la collaborazione soprattutto per i manager.

Che la collaborazione tra dipartimenti sia un elemento determinante era atteso e questa conferma che la generazione di efficacia all'azione manageriale è determinata dalla capacità di collaborare tra i dipartimenti. Un primo suggerimento quindi emerge chiaramente dai risultati della ricerca: instaurare relazioni positive tra dipartimenti è un elemento che favorisce una buona performance qualitativa.

Altro tema significativo è la valorizzazione della professionalità clinica. Evidentemente è elemento da tutti considerato determinante, come ci si poteva aspettare, ma appare particolarmente significativa la correlazione con la valutazione del sistema della performance. Chi ha una valutazione positiva del sistema della performance nell'ospedale è anche soddisfatto delle azioni che si stanno implementando per valorizzare i professionisti.

Questo aspetto, così come la collaborazione tra dipartimenti, è sicuramente un fattore che favorisce un clima organizzativo positivo, elemento questo determinante per ottenere i risultati pianificati. Il punto di vista dei manager è molto forte e suggerisce perciò di accompagnare azioni di valutazione della performance con politiche di valorizzazione dei professionisti.

In via sintetica, l'utilizzazione di strumenti formalizzati, comportamento segnalato più presente tra i manager, deve essere sviluppato, soprattutto attraverso un sistema di reportistica più profondo e più accurato. Ci si aspetta da questa azione non solo una maggiore capacità di reazione, ma anche una maggiore collaborazione tra le unità organizzative.

In secondo luogo è risultato evidente che manager e leader clinici hanno un livello di soddisfazione del sistema di performance collegato alle peculiarità organizzative. Da qui deriva la necessità di comprendere in profondità gli specifici problemi. È risultato evidente dall'analisi che i fattori determinanti un adeguato o inadeguato sistema di valutazione della performance sono riconducibili alle specifiche condizioni aziendali.

Manager e leader clinici devono perciò collaborare per ricercare gli specifici fattori di successo. Questa "personalizzazione" dei sistemi di performance è comunque caratterizzata da gli elementi ricordati in questa ricerca:

- La collaborazione tra dipartimenti;
- Azioni per la valorizzazione delle competenze professionali;

- Uno sviluppo di sistema di report formalizzati, accompagnati da una maggiore interazione informale tra i manager e i leader clinici.

In conclusione l'impatto del sistema di valutazione della performance sul comportamento dei professionisti è determinato dall'utilizzo di strumenti di valutazione formalizzati, accompagnati da una capacità di generare collaborazione e attenta alla valorizzazione della professionalità. Valorizzazione della professionalità clinica e attenzione ai processi di qualità sono elementi fortemente correlati che impongono al management di orientare il sistema di performance su queste due variabili chiave.

## 5. Le competenze per la qualità

### 5.1. Le competenze come valore aggiunto in sanità

I professionisti ricoprono un ruolo fondamentale nei sistemi sanitari. Nelle strutture ospedaliere, infatti, la qualità delle prestazioni erogate è fortemente legata alle conoscenze, competenze, esperienze e comportamenti degli individui che vi operano, oltre che dall'adeguatezza delle tecnologie e dalla propensione all'innovazione e alla ricerca.

Le aziende sanitarie devono quindi introdurre un modello di creazione del valore che si fondi sui professionisti e che abbia come fattore guida il vantaggio competitivo basato sulle competenze. In questo contesto, la valutazione, la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze sono obiettivi strategici importanti per produrre risultati eccellenti e duraturi; gli imperativi per l'organizzazione sanitaria diventano quindi (Filannino et al. 2011):

1. Definire una strategia in grado di capire le abilità presenti in azienda e il loro valore;
2. Individuare le diverse capacità dei vari professionisti, in quanto *asset* di valore per l'organizzazione e la gestione delle attività aziendali;
3. Costruire programmi di sviluppo per le competenze specifiche necessarie per il raggiungimento del successo aziendale.

I vantaggi di un processo di valutazione professionale sono molteplici, e interessano i diversi stakeholder (Nardi et al. 2011). L'azienda raggiunge una maggiore efficienza ed efficacia nei processi di selezione e incentivazione, può definire interventi formativi personalizzati e ottimizza la gestione delle carriere. Il singolo professionista migliora l'identificazione e lo sviluppo delle proprie competenze professionali, supera l'autoreferenzialità e aumenta la propria motivazione. Il paziente, infine, accresce il suo livello di fiducia nei confronti della struttura in quanto consapevole che l'organizzazione è in grado di individuare al suo interno il professionista più qualificato per affrontare il suo problema di salute.

Nella realtà, tuttavia, l'orientamento strategico delle aziende sanitarie rispetto alle risorse umane raramente ha generato politiche in grado di riconoscere e valorizzare il merito e la professionalità. Nel settore pubblico in generale, manca una cultura "delle persone", intesa come orientamento a mettere a punto regole gestionali che valorizzino la diversità e la meritocrazia. L'assenza di meccanismi di valutazione del personale impedisce di fatto la possibilità di far emergere il contributo e le potenzialità dei singoli, e costruire così percorsi di crescita e di responsabilizzazione sui risultati. La valutazione professionale, soprattutto in sanità, rappresenta un cambiamento "culturale" significativo.

Chi lavora nel sistema sanitario, infatti, è poco incline ad essere osservato e valutato, anche se in maniera costruttiva, rispetto al ruolo che esercita, a ciò che fa e a ciò che dovrebbe fare. Lo sviluppo e la diffusione di strumenti di valutazione dei professionisti non possono prescindere quindi dal supporto della direzione generale aziendale e dal coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'organizzazione; è necessario che in tutta l'azienda siano radicate e sostenute *best practice* e una mentalità orientata alla competenze (Filannino et al. 2011).

Ad oggi, sono poche le aziende che dispongono degli strumenti adatti ad affrontare questa nuova sfida: i metodi, l'approccio di base al tema delle capacità, l'infrastruttura di supporto e il focus della dirigenza sono inadeguati. Molto spesso le prestazioni che ogni professionista è autorizzato a fornire non sono esplicitate in modo scritto in un documento formale aziendale, ma sono decise dal responsabile gerarchico superiore senza che abbia a disposizione un solido sistema informativo che lo supporti nelle scelte.

D'altro canto, anche la normativa nazionale poco insiste sulla necessità di implementare concreti processi atti a riconoscere e sviluppare le competenze. L'art. 8 della Legge 229/1999, che introduce i due livelli di accreditamento delle aziende per l'erogazione dei servizi sanitari e dei professionisti che operano nel sistema, seppur riconosce il ruolo delle persone come elemento determinante la qualità dei servizi erogati, nella sostanza è stato percepito più un obbligo burocratico che un effettivo strumento manageriale.

A livello aziendale, l'organizzazione che si accinge ad ottenere l'accreditamento istituzionale, nella maggior parte dei casi, si limita a dimostrare una buona gestione amministrativa dei dati del personale, sufficiente per soddisfare i requisiti di accreditamento, anziché dare evidenza di una adeguata gestione delle *clinical competence*. A livello di sistema di accreditamento dei professionisti, invece, poco o nulla è stato fatto a livello nazionale, ma anche locale, se si esclude l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Attualmente quindi, nel nostro Paese, il tema dello sviluppo professionale è lasciato alla sensibilità delle singole direzioni aziendali che, consapevoli dei potenziali vantaggi in termini di migliore organizzazione del lavoro e di raggiungimento di migliori performance, investono in sistemi di valutazione delle competenze e del potenziale dei propri professionisti.

A livello internazionale, invece, esistono esperienze molto più avanzate, che riguardano non solo il personale medico ma anche quello non medico (psicologi, ostetrici, infermieri, etc.) (Litwin, Boswell, & Kraft, 1991; Brassard & Smolenski, 2011). In questo ambito vale la



pena sottolineare l'impegno della Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) che, fin dal 1953, in fase di accreditamento delle strutture sanitarie, impone che ogni organizzazione definisca i “*privileges*” dei singoli professionisti, ossia le prestazioni che sono autorizzati a erogare in funzione della loro posizione ed esperienza (Kristeller 1995).

Il processo di definizione dei *privileges* si articola in quattro fasi:

- a) Valutazione del background personale e professionale di ciascuno;
- b) Assegnazione dei *privileges* appropriati che tengano conto della formazione e dell'esperienza;
- c) Monitoraggio delle attività professionali svolte da ogni membro dello staff clinico dell'ospedale;
- d) rivalutazione periodica delle competenze (almeno ogni 2 anni) sulla base di oggettive misure di performance (O'Connor 2002).

Anche nel nostro Paese, dunque, la sistematica definizione e sviluppo delle *clinical competence* diventa una sfida non più procrastinabile. Valutare le competenze in Sanità, infatti, è ormai un elemento cruciale non solo per l'accreditamento, la valutazione e la formazione dei medici, ma anche per assicurare una maggiore qualità delle cure erogate (Wimmers 2006).

Nell'attuale contesto sanitario, il medico si trova ad operare in un ambito in cui la rapida obsolescenza delle conoscenze tecniche-scientifiche e la sempre maggiore specializzazione impone una continua revisione delle proprie abilità e capacità sotto il profilo clinico; così come i frequenti cambiamenti organizzativi e gestionali richiedono una pronta adesione ai modelli innovativi da parte del professionista sotto il profilo comportamentale (Nardi et al. 2011).

In letteratura non esiste una definizione ed interpretazione univoca del concetto di competenza (Boyatzis, 1982; Le Deist & Winterton, 2005; Spencer & Spencer, 2008). Può essere definito “competente” colui che ha conoscenza, giudizio, capacità ed esperienza sufficienti per svolgere un'attività o raggiungere uno scopo. Di conseguenza, la competenza clinica è legata al medico che ha le caratteristiche appropriate (conoscenze, giudizio, etc.) per effettuare diagnosi corrette e prescrivere adeguate terapie di cura (Burg & Lloyd 1983).

Tuttavia, al di là della mera definizione che è possibile ritrovare in letteratura, le *clinical competence* sono qualcosa di complesso e ampio, che non possono essere garantite solo dal possesso di titoli accademici o da autoreferenzialità professionali (Stern 2006). Oltre le

conoscenze, le abilità tecniche e i requisiti professionali, le *clinical competence* richiedono anche qualità di tipo manageriale, relazionale e operativo che il singolo specialista deve avere nel contesto sanitario di riferimento (Epstein & Hundert, 2002; Marvin, 2007; Kirk, 2007).

Così, dopo un primo approccio al tema, focalizzato sulla capacità di *problem solving* esclusivamente di tipo diagnostico e clinico (Benson, Bollet, & Farber, 1979), diverse società scientifiche hanno ampliato il concetto. L'American Board of Internal Medicine aggiunge elementi quali le abilità di comunicazione, la professionalità (es. etica) e la capacità di comprendere il sistema sanitario per migliorare e ottimizzare le cure erogate (ABIM 2002).

L'Institute of Medicine of the National Academies definisce cinque competenze fondamentali che vanno oltre le sole capacità cliniche: fornire cure centrate sul paziente, impiegare l'*evidence-based medicine*, applicare processi di miglioramento della qualità, utilizzare strumenti informatici, lavorare in gruppi interdisciplinari (Greiner & Knebel 2003).

Il Canadian Medical Education Directions for Specialists identifica sette competenze chiave, di cui solo la prima relativa alle capacità cliniche. Il medico, infatti, oltre a sapere prendere decisioni di tipo clinico, deve essere un buon comunicatore, collaboratore, manager, sostenitore della salute, studioso e professionista (Frank & Langer 2003).

La competenza clinica è dunque il bilanciamento di tre principali elementi: il *sapere*, il *saper fare* e il *saper essere*. Il primo elemento fa riferimento ai concetti e le conoscenze scientifiche, generalmente acquisiti durante il percorso di studi; il secondo comprende tutto ciò che il professionista dovrebbe essere in grado di eseguire in un determinato contesto di lavoro; il terzo, infine, definisce il come comportarsi in una specifica situazione, ed è frutto di un processo che si fonda soprattutto sulla capacità di interagire con gli altri professionisti.

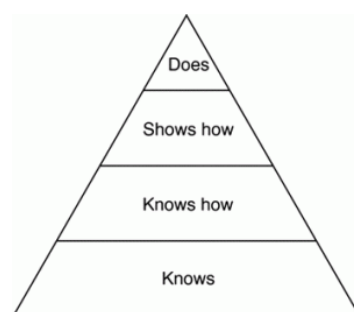
Alla luce di tutto questo, è evidente che la valutazione delle competenze è una attività aziendale tanto utile quanto complessa. La complessità deriva dalla necessità di definire con esattezza ciò che si deve valutare, in relazione alle caratteristiche intellettuali e ai compiti specifici richiesti (Mathieu et al. 2011); inoltre non è semplice elaborare strumenti, validati e riproducibili, utili all'*assessment* delle competenze.

In fase di valutazione le scelte devono riguardare principalmente tre aree: che cosa si valuta (conoscenze, abilità, etc.); come si valuta (test di conoscenza, test di abilità, osservazione sul

campo, etc.); chi valuta (eterovalutazione, autovalutazione, valutazione tra pari) (Husser 2003).

Con riferimento al *cosa si valuta*, Miller (Miller 1990) propone un modello che stratifica la multidimensionalità delle *clinical competence* in una piramide a quattro livelli (Figura 7).

Figura 7 - La valutazione delle clinical competence



Fonte: Miller, 1990 – p. S63

Alla base della piramide, il “sa” (Knows) e il “sa come” (Knows how) fanno riferimento all’ambito cognitivo del professionista. Il “sa” è legato alle conoscenze che sono il presupposto al “sa come”, ossia alla capacità. Al vertice della piramide, invece, si trova il “mostra come” (Shows how) e il “fa” (Does), che si riferiscono ai comportamenti, alle azioni e al processo decisionale.

Questi elementi si intersecano continuamente nella attività quotidiana dei singoli professionisti, e pertanto vanno tutti monitorati, valutati e sviluppati. Infatti, vale la pena ricordare che le sole conoscenze non sono sufficienti a generare buone performance da parte del professionista in un contesto altamente complesso e multidisciplinare quale quello delle attuali aziende sanitarie. Le *hard skills*, intese come le competenze e le abilità tecniche in senso stretto, devono integrarsi con le *soft skills* correlate ai comportamenti organizzativi, cioè con le capacità di comunicazione, leadership, management, gestione delle risorse umane, *customer service*, lavoro di gruppo, etc.

Nelle aziende sanitarie, dunque, pare più opportuno parlare di mappatura delle competenze, ossia della rilevazione e rappresentazione sia delle conoscenze e abilità tecniche (di natura specialistica-professionale) e sia delle capacità comportamentali (di ordine organizzativo-gestionale), necessarie per garantire l’efficacia e l’efficienza delle performance nello specifico contesto organizzativo (Wass et al. 2001).

Per quanto concerne il *come si valuta*, la letteratura di riferimento sul tema è concorde nel definire che la competenza professionale è contesto-dipendente; ciò significa che il sistema

di valutazione deve essere necessariamente costruito sulle caratteristiche dell'azienda sanitaria e del contesto clinico in cui il professionista si trova ad operare (O'Connor, 2002; Brassard & Smolenski, 2011; Nardi et al., 2011).

L'azienda infatti richiede obiettivi di efficienza operativa, cambiamenti comportamentali e risultati d'efficacia che tengano conto del proprio ambiente organizzativo. Di conseguenza, spetta al singolo ospedale definire i criteri e gli strumenti di valutazione, valutare i propri professionisti, assegnare loro i *privileges* e, eventualmente, revocarli. Tuttavia, a livello generale, i metodi e gli strumenti di misurazione possono essere differenti, e variano in base all'elemento che si intende valutare: i risultati (outcome), i processi, i volumi di attività (Norcini et al. 2003).

La valutazione degli outcome è la più problematica perché gli esiti delle cure sono influenzati da molti fattori, alcuni dei quali spesso non direttamente collegabili al processo di cura o troppo complessi e onerosi da misurare. Nella maggior parte dei casi, quindi, si valutano i processi, ossia l'aderenza del medico alle linee guida e ai percorsi diagnostico-terapeutici definiti come standard di assistenza nei percorsi di cura del paziente. Infine, per i volumi di attività si misurano le procedure effettuate.

Quest'ultimo aspetto è importante perché studi dimostrano che le competenze riferite ad alcune procedure migliorano con la pratica (Hannan, Racz, Kavey, Quaegebeur, & Williams, 1998; Eisen et al., 2001), così come esiste una relazione diretta tra il miglioramento degli outcome di una singola procedura e il numero di volte che il professionista ha eseguito la medesima procedura (Jenkins et al. 1995). Gli strumenti a disposizione dell'azienda per monitorare questi elementi sono molteplici: cartelle cliniche, dati amministrativi, diari/registri, osservazione diretta, audit clinico-organizzativi.

Il processo di valutazione, invece, dovrebbe basarsi su cinque criteri considerati essenziali (McKinley et al. 2001): affidabilità, ossia la capacità di rilevare le differenze in modo corretto e valutare le stesse performance in modo uniforme; validità, cioè se valuta esattamente l'oggetto di riferimento; accettabilità, da parte di tutti gli stakeholder interessati (valutato, valutatore, azienda, comunità professionale); fattibilità, cioè accessibile a tutti coloro che lo richiedono; educativo, ossia fornire un contributo al medico per migliorare la propria performance. Infine, i criteri di valutazione dovrebbero essere scritti, conosciuti e applicati in modo equo a tutti i professionisti.

Un buon sistema di misurazione e valutazione dovrebbe quindi essere in grado di definire: che cosa ci si attende da ogni specifico ruolo organizzativo (attività – standard di

riferimento); come misurare i risultati attesi (indicatori di performance); quali esperienze e conoscenze sono necessarie per ottenere i risultati; quali comportamenti adottare per eccellere. L'obiettivo ultimo è quello di assegnare a ciascun individuo un livello di professionalità variabile (di base, ottimale, eccellente) in base alle sue caratteristiche personali e alle sue capacità più significative.

Anche con riferimento al terzo elemento, il *chi valuta*, le opzioni possono essere molteplici, ognuna con aspetti positivi e criticità. È possibile suddividere i valutatori in due grandi categorie: interni ed esterni all'azienda. Internamente il compito di valutare può essere assegnato al livello gerarchico superiore, al direttore di struttura complessa, a colleghi di pari livello, ai subordinati, ad un nucleo di valutazione interno, o al valutato stesso (autovalutazione).

I valutatori esterni invece possono essere i clienti dell'azienda, la comunità locale, o un nucleo di valutazione esterno. Si rimanda ad altri Autori l'approfondimento dei vantaggi e degli svantaggi di ogni categoria di valutatore (Mathieu et al. 2011), sicuramente risulta però cruciale la figura di un supervisore clinico che sia responsabile del monitoraggio, del supporto e della valutazione del lavoro clinico svolto, e dei progressi raggiunti dal professionista in un determinato arco temporale.

Concludendo la valutazione delle competenze è un importante strategia di management che può fornire validi risultati sia a livello di motivazione dei professionisti che di miglioramento della qualità del servizio erogato. Permette di valutare l'assolvimento delle responsabilità cliniche e gestionali connesse ad ogni incarico, nonché il contenuto delle prestazioni lavorative e l'aderenza rispetto a standard definiti.

## 5.2. Quali competenze manageriali: una ricerca tra gli esperti

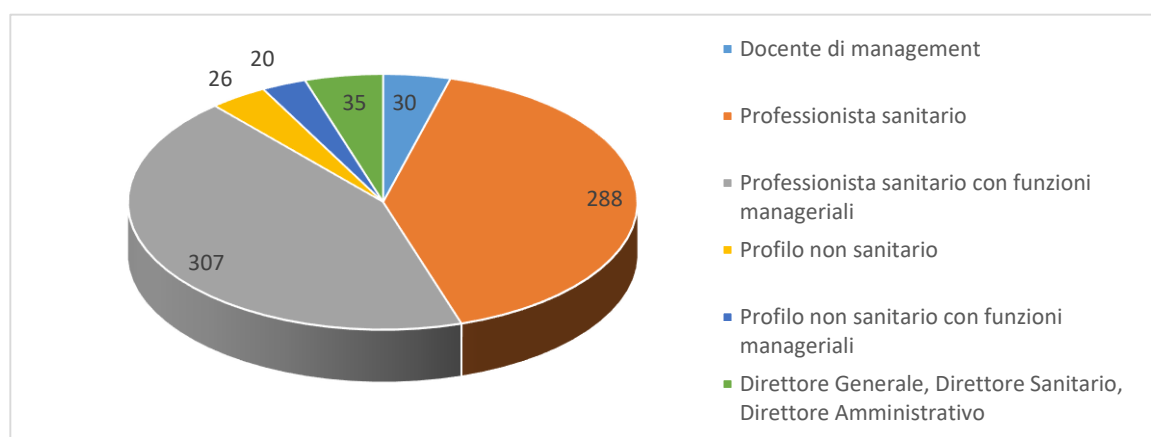
La ricerca nasce dall'esigenza di capire, a quasi 25 anni dalla 502/92, come i professionisti che vivono nella quotidianità il sistema sanitario italiano interpretano il ruolo manageriale. Ciò viene fatto chiedendo loro di scegliere tra un gruppo di affermazioni che sono riconducibili ai temi manageriali (organizzazione, coordinamento, comunicazione, ...) le prime due in ordine di importanza: la più importante sarà identificata come "Max rilevanza", la seconda come "Media rilevanza".

La survey si compone di 12 gruppi di domande, ognuno composto in modo variabile da 4, 5 o 6 affermazioni riconducibili allo stesso tema manageriale o comunque a temi tra loro simili.

La survey è stata inviata a circa 2.000 tra esperti del sistema sanitario italiano, dove la parola esperti fa riferimento a persone che in un modo o in un altro conoscono e vivono il sistema sanitario italiano (professionisti sanitari, formatori in temi di sanità, direzioni, ...).

La survey è stata completata da poco più di 700 persone suddivise tra i vari profili (Figura 8) con una maggioranza di professionisti sanitari che da soli rappresentano circa l'85% del campione suddivisi equamente tra coloro che hanno anche funzioni manageriali (307) e chi invece non ne ha (288). Le restanti 4 categorie sono anch'esse molto simili distribuzione con percentuali che variano dal 2,83% dei profili non sanitari con competenze manageriali al 4,96% delle direzioni strategiche.

*Figura 8 - Composizione del campione di intervistati*



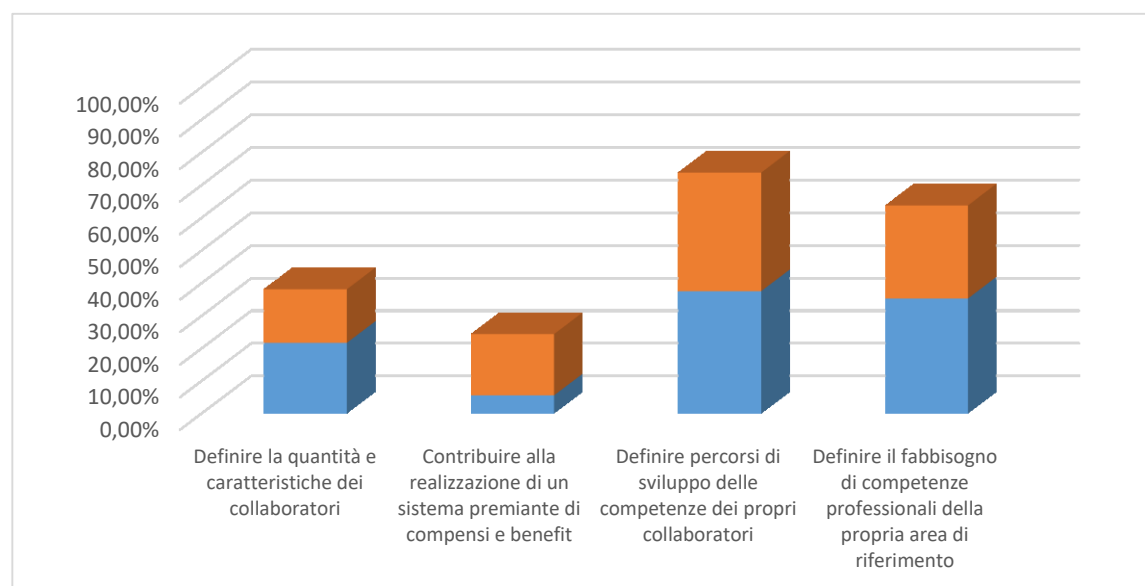
Raccolti tutti i dati, essi sono stati analizzati focalizzandosi in particolare su due aspetti principali: in primo luogo quale o quali sono le affermazioni ritenute maggiormente importanti dagli intervistati e in secondo luogo analizzando gli scostamenti tra le risposte date dai singoli gruppi e il resto del campione.

Il primo gruppo di affermazioni fa riferimento in particolare all'area di organizzazione e leadership con particolare riferimento alla gestione del personale.

I risultati (Figura 9) mostrano che gli intervistati sono confluiti in maniera importante su due affermazioni inerenti una i percorsi di sviluppo, identificata come max o media rilevanza dal 73% del campione, e l'altra la definizione del fabbisogno di competenze professionali, 63% del campione.

Analizzando le risposte in relazione al ruolo organizzativo non si notano grandissime differenze (>10%) nelle risposte tra i singoli gruppi che invece sono abbastanza coerenti tra loro nell'identificazione delle affermazioni più rilevanti (Dev. St. 0,034).

Figura 9 - Gruppo 1

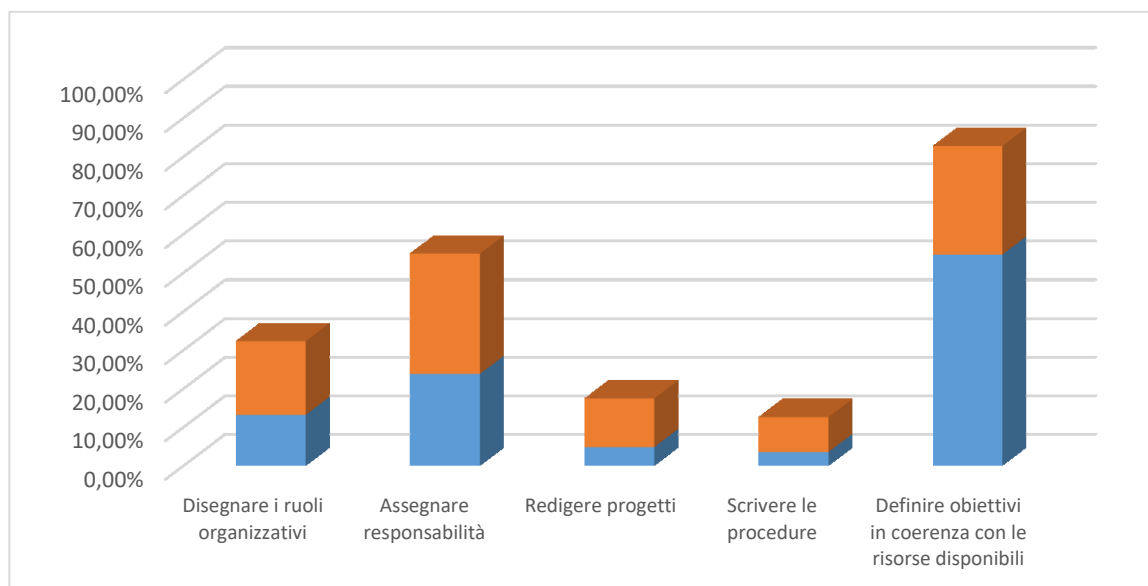


Il secondo gruppo (Figura 10) affronta sempre il tema dell'organizzazione e della leadership con riferimento alle modalità di definizione della struttura organizzativa.

Il campione mostra una forte convergenza (82%) sulla definizione di obiettivi collegati alle risorse disponibili quale maggiore responsabilità di chi ricopre ruoli manageriali, mentre il 54% del campione indica l'assegnazione delle responsabilità come un elemento chiave.

Analizzando le risposte clusterizzate per ruolo organizzativo appare evidente che i profili non sanitari con competenze manageriali hanno un andamento delle risposte un po' più diverso dal campione (Dev. St. di 0,080 contro una Dev. St. del resto del campione di 0,038); in particolare sono i più orientati ad identificare le due affermazioni come cruciali (+10,31% rispetto al resto del campione sulle responsabilità e +8,89% su obiettivi e risorse) e sono anche quelli meno orientati ad identificare i ruoli organizzativi come importanti (-8,90%).

Figura 10 - Gruppo 2



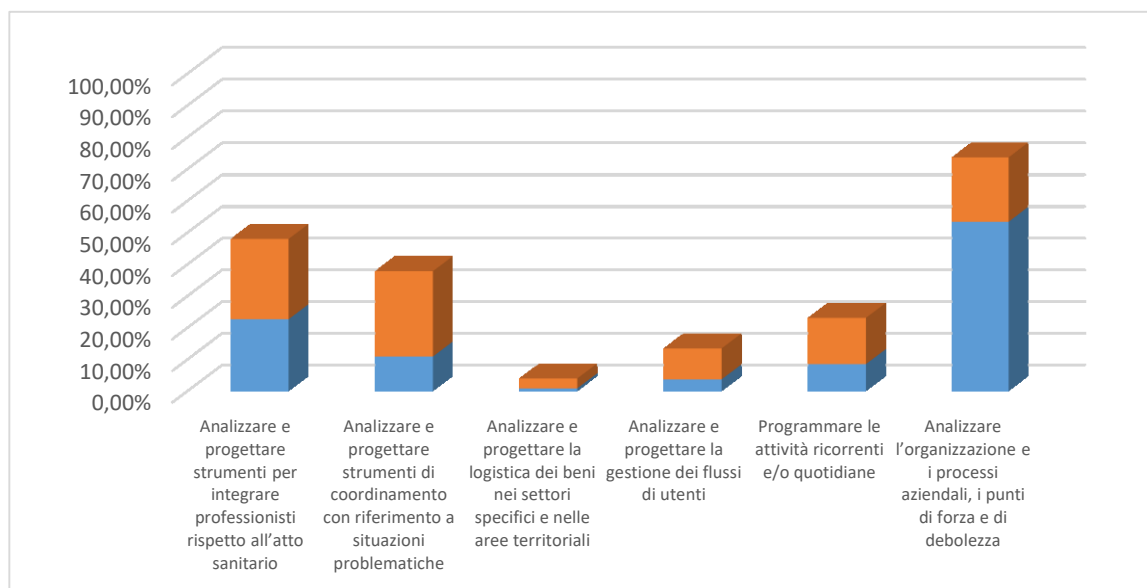
Il terzo gruppo (Figura 11) fa riferimento al coordinamento all'interno dell'organizzazione.

I dati mostrano che circa il 73% del campione ritiene che sia cruciale essere in grado di effettuare analisi organizzative e dei processi evidenziandone punti di forza e di debolezza; mentre quasi nessuno (4%) ritiene importante l'analisi della logistica.

I dati clusterizzati mostrano una sostanziale coerenza nelle risposte (Dev. St. 0,035) con qualche comportamento lievemente disomogeneo dei profili non sanitari con ruoli manageriali (entro il 6% di scostamento) e una sola differenza più evidente relativa ai profili non sanitari, senza ruoli manageriali, che reputano meno importante del resto del campione (-8,95%) la definizione di strumenti per integrare i professionisti.



Figura 11 - Gruppo 3

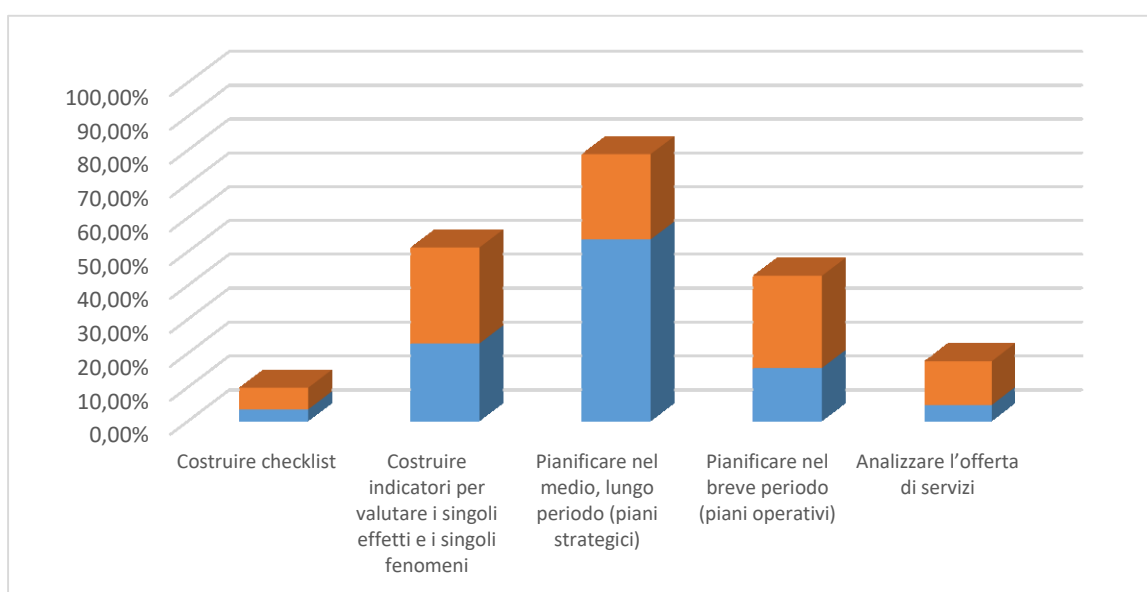


Il quarto gruppo (Figura 12) tratta il tema della pianificazione all'interno dell'organizzazione.

Le risposte evidenziano una grande convergenza sull'importanza della pianificazione a medio-lungo periodo (78,75%) e la scarsa importanza assegnata ai processi di costruzione di checklist (9,77%).

L'analisi dei cluster non mostra andamenti particolarmente disomogenei (Dev. St. 0,031) eccezion fatta per i profili non sanitari che sono meno orientati degli altri a riconoscere importanza alla costruzione di indicatori (-8,57%).

Figura 12 - Gruppo 4

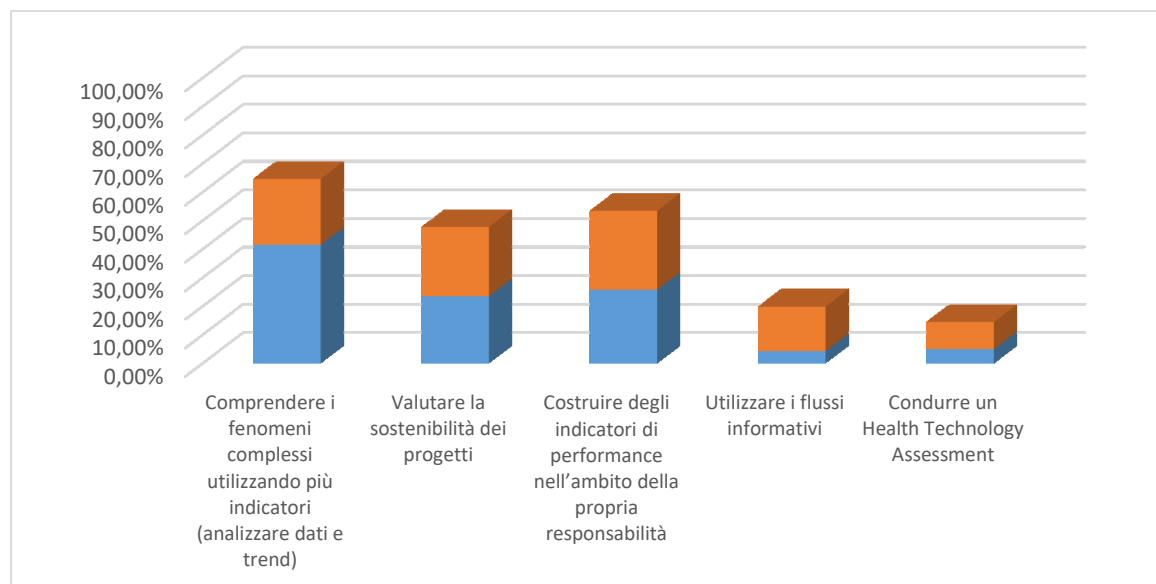


Il quinto gruppo (Figura 13) affronta il tema delle risorse economiche.

L'analisi mostra una buona convergenza delle risposte su tre affermazioni: comprensione dei fenomeni attraverso gli indicatori (64,59%), valutazione della sostenibilità dei progetti (47,73%) e costruzione di indicatori di performance nella propria area di responsabilità (53,40%).

I cluster mostrano una sostanziale disomogeneità nelle risposte (Dev. St. 0,060). Le principali differenze riguardano i profili non sanitari che riconoscono maggiore importanza alla comprensione dei fenomeni attraverso più indicatori (+14,39%) e meno alla valutazione della sostenibilità dei progetti (-10,80%). Anche le direzioni strategiche si differenziano in maniera sostanziale dal resto del campione poiché ritengono meno importante (-14,56%) costruire indicatori per la propria area di responsabilità.

Figura 13 - Gruppo 5

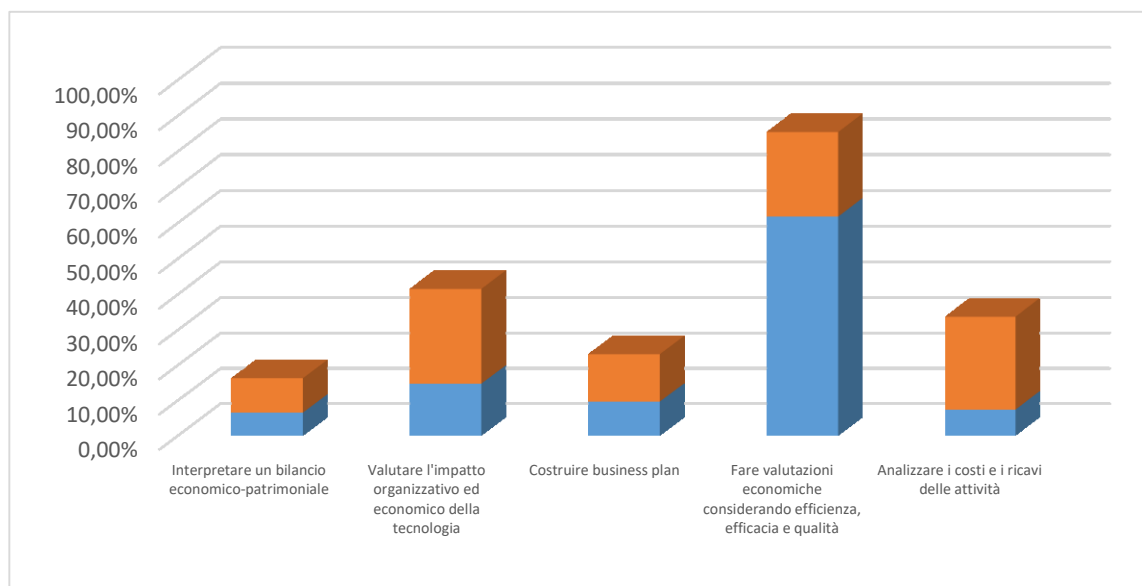


Anche il sesto gruppo (Figura 14) si concentra sul tema delle risorse.

Si Nota che il campione trova una sostanziale convergenza sull'importanza delle valutazioni economiche con riferimento a efficienza, efficacia e qualità (85%), le restanti opzioni invece non arrivano a raggiungere la convergenza di almeno metà del campione.

I cluster mostrano anche qui una sostanziale disomogeneità (Dev. St. 0,053) data in particolare dal comportamento dei docenti che assegnano molta più importanza all'analisi di costi e ricavi delle attività (+13,73%) e molta meno importanza alla valutazione dell'impatto organizzativo ed economico della tecnologia (-11,23%). Interessante anche le risposte dei profili non sanitari che assegnano maggiore importanza all'interpretazione del bilancio (+9,51%) e alla costruzione di business plan (+9,98%) e anche loro meno importanza alla valutazione dell'impatto organizzativo ed economico della tecnologia (-9,56%).

Figura 14 - Gruppo 6

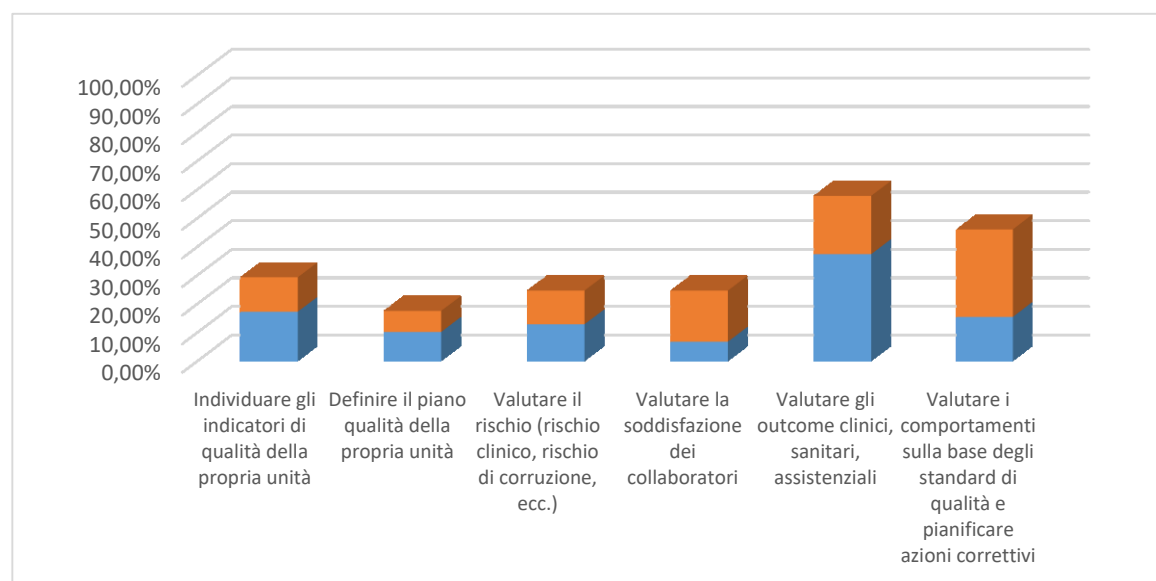


Il settimo gruppo (Figura 15) tratta il tema della qualità.

Il campione evidenzia due delle sei affermazione come maggiormente importanti: valutare outcome clinici, sanitari e assistenziali (57,79%) e valutare i comportamenti sulla base di standard di qualità e pianificare azioni correttive (46,03%).

L'analisi cluster non evidenzia andamenti generali disomogenei (Dev. St. 0,039) anche se meritano menzione i profili non sanitari con competenze manageriali che non ritengono la valutazione dei comportamenti basati su standard di qualità così importante (-8,25%) e le direzioni strategiche che danno molta più importanza degli altri gruppi alla valutazione dei outcome clinici (+10,18%).

Figura 15 - Gruppo 7

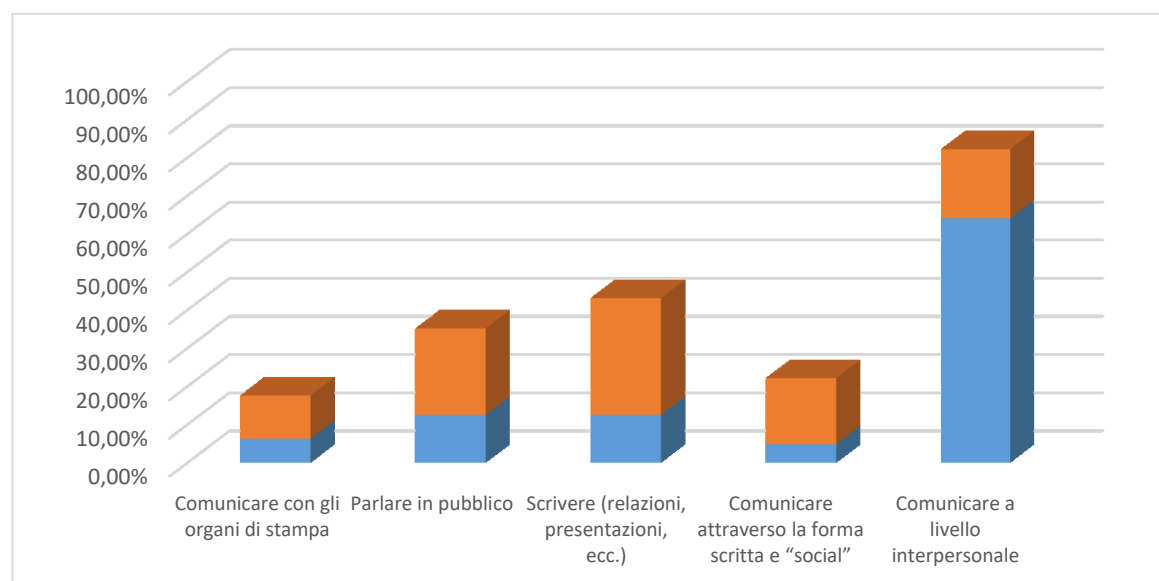


L'ottavo gruppo (Figura 16) di affermazioni si focalizza sul tema della comunicazione.

Il campione dei rispondenti ha identificato la comunicazione a livello interpersonale come l'elemento con maggiore rilevanza per chi ricopre un ruolo manageriale (82,15%).

Analizzando le risposte clusterizzate per ruolo organizzativo appare evidente che i docenti hanno un andamento delle risposte diverso dal campione (Dev. St. di 0,068 contro una Dev. St. del resto del campione di 0,030). Essi infatti danno molta più importanza del resto del campione alla comunicazione con la stampa (+9,98%) e molta meno alla redazione di relazione e presentazioni (-8,56%).

Figura 16 - Gruppo 8

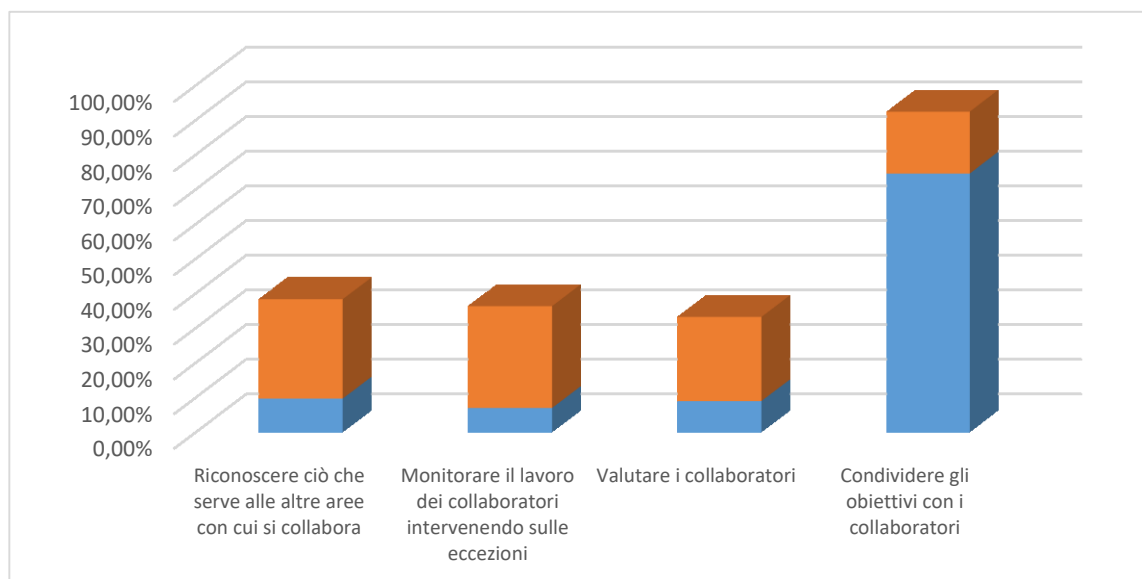


Il nono gruppo (Figura 17) ritorna sul tema dell'organizzazione e della leadership affrontando il tema dal punto di vista delle relazioni personali.

Il campione quasi unanimemente (92,35%) indica la condivisione degli obiettivi con i collaboratori come elemento estremamente importante (per il 75% ha massima rilevanza).

Analizzando le risposte clusterizzate per ruolo organizzativo emerge che i profili non sanitari con competenze manageriali hanno un andamento delle risposte diverso dal campione (Dev. St. di 0,072 contro una Dev. St. del resto del campione di 0,036). Essi infatti danno più importanza del resto del campione al monitoraggio del lavoro dei collaboratori intervenendo solo in caso di eccezioni (+10,94%) e meno a riconoscere cosa serve alle altre aree con cui si collabora (-8,62%).

Figura 17 - Gruppo 9

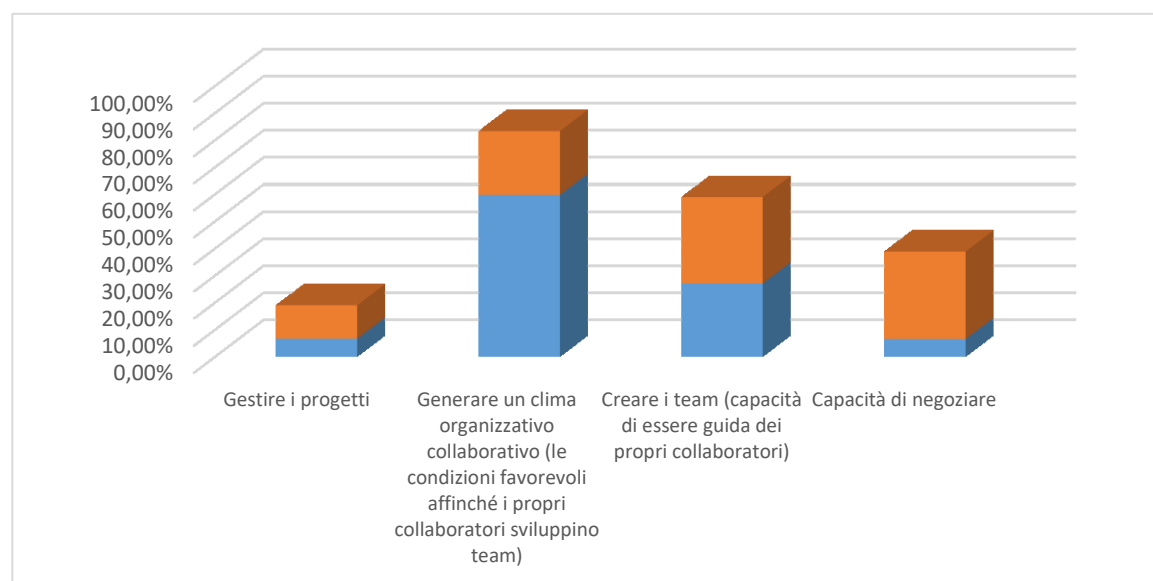


Anche il decimo gruppo (Figura 18) torna sul tema dell'organizzazione e della leadership affrontando il tema dal punto di vista delle relazioni organizzative.

Il campione degli intervistati ritiene in gran parte un elemento cruciale il generare un clima organizzativo positivo (83,29%) e una buona parte dà importanza anche alla capacità di creare team di lavoro (58,92%).

Le risposte fornite dai diversi cluster sono abbastanza disomogenee (Dev. St. 0,049); in particolare i profili non sanitari reputano più importante degli altri la capacità di gestire progetti (+10,11%) mentre le direzioni strategiche reputano meno importante la capacità di creare team di lavoro (-12,96%).

Figura 18 - Gruppo 10

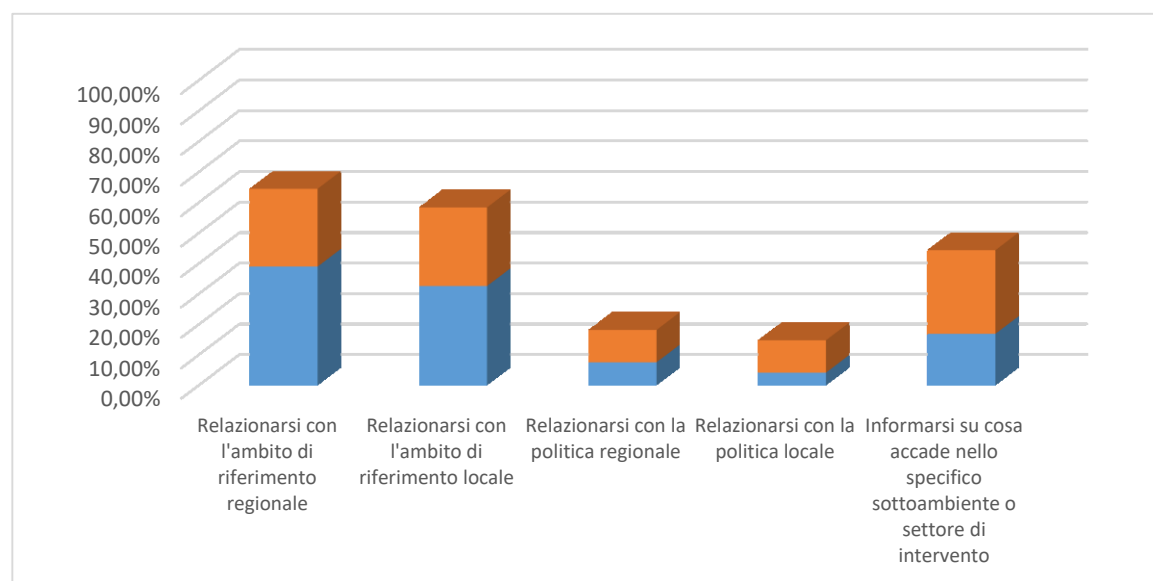


L'undicesimo gruppo (Figura 19) affronta nuovamente il tema della pianificazione dal punto di vista delle relazioni con l'ambiente esterno.

Il campione identifica come elementi importanti la relazione con l'ambiente regionale di riferimento (64,45%) e la relazione con l'ambiente locale di riferimento (58,36%).

Anche qui i cluster sono abbastanza disomogenei nelle risposte (Dev. St. 0,046). Le differenze più evidenti le si possono riscontrare su due aspetti: la capacità di relazionarsi con l'ambiente regionale è ritenuto dai profili non sanitari con competenze manageriali più importante che dagli altri gruppi (+13,15%); informarsi su cosa accade nel sotto-ambiente di riferimento è ritenuto più importante dai docenti (+8,18%) e meno importante dalle direzioni strategiche (-8,29%).

Figura 19 - Gruppo 11



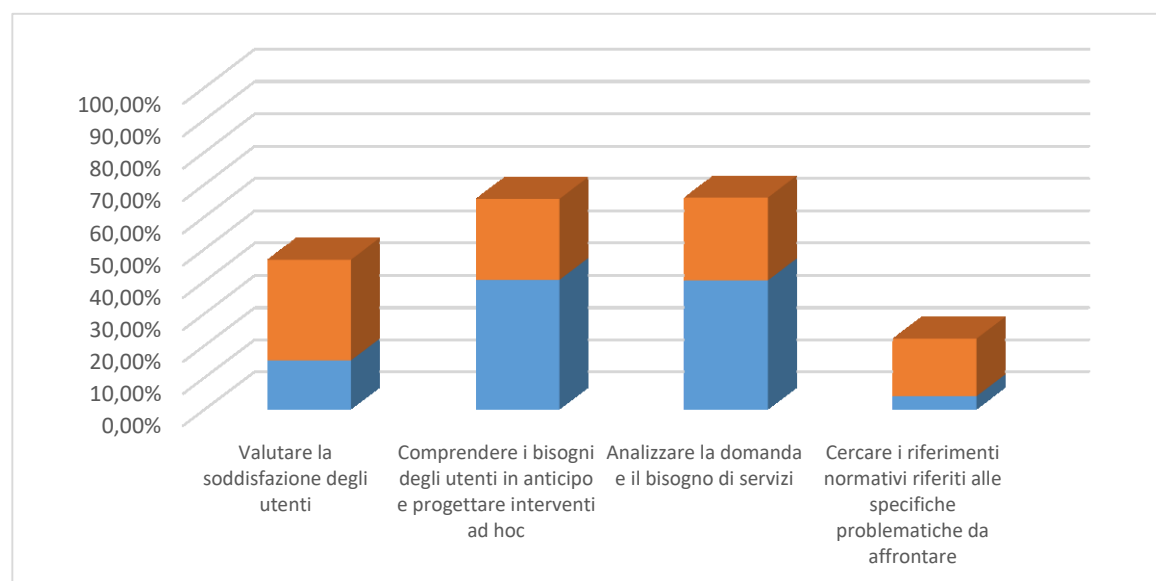
L'ultimo gruppo (Figura 20) continua sul tema delle relazioni esterne senza però identificare un ambito organizzativo specifico.

Emergono dall'analisi del campione due capacità principali: la comprensione dei bisogni degli utenti in anticipo (65,44%) e l'analisi della domanda e dei bisogni (65,86%).

Anche qui i cluster sono abbastanza disomogenei nelle risposte (Dev. St. 0,047). Le differenze più evidenti le si possono riscontrare su due aspetti: comprensione in anticipo dei bisogni degli utenti è ritenuto dalle direzioni strategiche più importante che dagli altri gruppi (+9,16%); la valutazione della soddisfazione degli utenti è ritenuto meno importante sia dai docenti (+8,67%) che dalle direzioni strategiche (-9,48%).



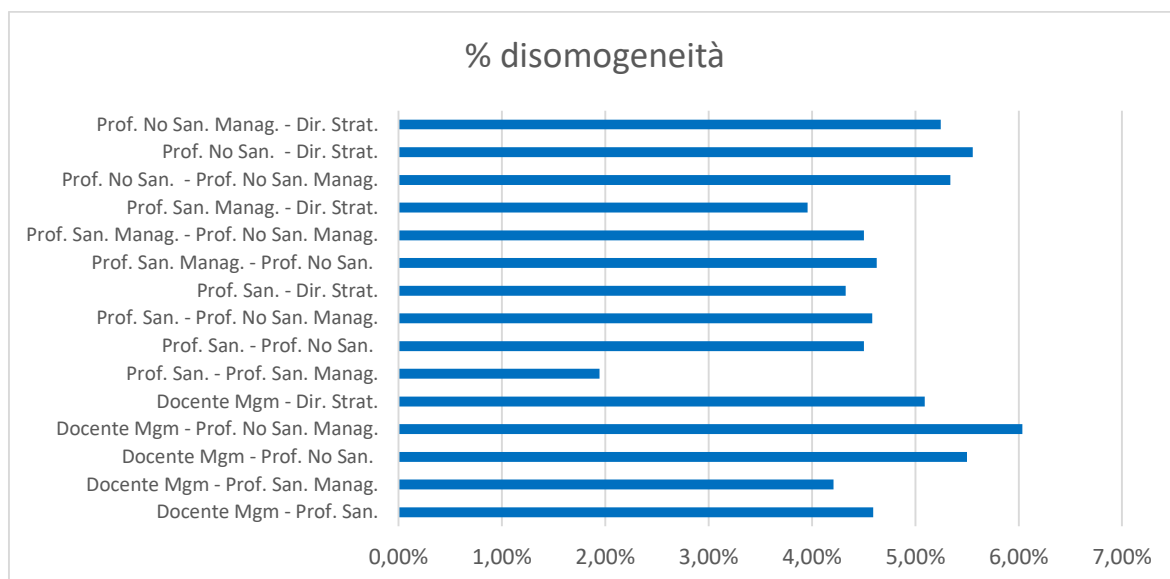
Figura 20 - Gruppo 12



Concludendo i profili sanitari, sia con competenze manageriali (Dev. St. 0,021) che senza (Dev. St. 0,024), sono quelli più coerenti rispetto al resto del campione e dati i numeri questo dimostra che a prescindere dall'aver o meno competenze manageriali sono molto coerenti tra loro nelle risposte. Gli altri ruoli invece mostrano una disomogeneità delle risposte simili (Dev. St. intorno allo 0,050).

Mettendo in relazione le risposte date dai singoli ruoli tra loro (Figura 21) si riesce ad avere conferma di quanto sopra ipotizzato, infatti, la disomogeneità più bassa la si riscontra tra le risposte date dai professionisti sanitari e i professionisti sanitari con ruoli manageriali con uno scostamento medio percentuale del 1,94%. Interessante d'altro canto analizzare il dato relativo ai profili non sanitari con e senza ruoli manageriali, si può vedere infatti che lo scostamento medio percentuale tra i due gruppi è abbastanza alto, il 5,34%. In assoluto emerge che i due ruoli con uno scostamento maggiore nelle risposte sono i docenti di management con i profili sanitari con un ruolo manageriale, il cui scostamento medio percentuale è del 6,03%.

Figura 21 - Disomogeneità tra gruppi di rispondenti



### 5.3. Come integrare le competenze professionali: Case della Salute e Clinical Commissioning Groups<sup>5</sup>

Il settore sanitario rappresenta un esempio di contesto con un alto livello di complessità per diverse ragioni:

- ✓ Presenza di un'asimmetria informativa tra chi fornisce il servizio di cura (professionista sanitario) e il paziente che riceve le cure;
- ✓ Presenza di professionisti con competenze diverse tra loro che devono interagire per poter ottenere un risultato positivo;
- ✓ Impossibilità di gestire la maggior parte dei processi di cura all'interno della stessa struttura da parte degli stessi professionisti.

Nelle organizzazioni sanitarie il concetto di valore differisce da molte delle altre organizzazioni ed è fortemente collegato alle conoscenze e alle competenze dei professionisti che vi operano all'interno; ogni professionista clinico (medico, infermiere, ...) fa parte dell'organizzazione e mette a disposizione di essa le sue conoscenze, quindi alla fine l'organizzazione non è altro che un insieme di professionisti, ruoli e organi di governo che si interfacciano e relazionano tra di loro come un team (Senge 2006).

L'importanza delle competenze in sanità è legata anche al fatto che esse sono un elemento decisivo per ottenere un risultato clinico positivo per l'organizzazione. Questo porta le

<sup>5</sup> Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo "Lanza, G., & Fanelli, S. (2015). A comparison of integration models for professionals with different skills in healthcare, *Journal of US-China Public Administration*, 12(9), pp. 714-722, doi: 10.17265/1548-6591/2015.09.006"

organizzazioni ad investire nella costruzione di strumenti che permettano di raccogliere, monitorare e diffondere competenze e conoscenze all'interno dell'organizzazione trasformandole da patrimonio individuale del professionista a patrimonio dell'organizzazione. (Guptill 2005).

Le competenze in sanità possono essere legate alla ricerca clinica o a quella sul campo. Il fatto che sia possibile definire e formalizzare le competenze attraverso strumenti e software ci porta a definirle come “explicit knowledge” (Polanyi 1966). La definizione delle competenze sanitarie come “esplicite” le rende facilmente conservabili e disponibili per essere consultate (Wellman 2009) per mezzo di strumenti presenti nelle nostre organizzazioni come ad esempio documenti, database, ecc... (Botha et al. 2014).

La complessità del settore sanitario incide anche per il fatto che le competenze hanno un alto grado di obsolescenza, necessitano infatti di continuo aggiornamento. Questo impatta anche su come condividerle all'interno dell'organizzazione, infatti un problema cruciale nelle nostre organizzazioni è riuscire a identificare modalità e strumenti che permettano l'accesso e la diffusione di tali competenze tra tutti i livelli dell'organizzazione. Riuscire ad implementare un processo fruttuoso di diffusione delle competenze all'interno dell'organizzazione è legato a differenti criteri (Williams & Bukowitz 1999):

- ✓ Articolazione: abilità dell'utente di definire quali sono i bisogni;
- ✓ Conoscenza: conoscenza delle competenze presenti;
- ✓ Accesso: accesso alle competenze;
- ✓ Guida: il management è spesso considerato un attore chiave per la costruzione di un sistema di condivisione delle competenze (Davenport & Prusak 1998; Gamble & Blackwell 2001). I manager svolgono un ruolo importante nella definizione delle aree nelle quali sviluppare le competenze, seguirne il processo, supportare gli utenti nel processo di accesso e garantire l'utilizzo di modalità e strumenti accessibili a tutti. Sono inoltre responsabili affinché non si generino sovrapposizioni di competenze;
- ✓ Completezza: garantire completezza delle informazioni sia pubblicate a livello centrale dell'organizzazione che direttamente dai professionisti. Il tema è legato da un lato ai tempi lunghi legati ai processi di pubblicazione che seguono un iter centralistico e dall'altro al controllo sulla validità delle informazioni caricate direttamente dai singoli professionisti.

Una strategia che mira alla diffusione delle competenze all'interno dell'organizzazione può seguire due diversi approcci: da un lato la diffusione delle best practice esistenti affinché queste impattino positivamente sull'organizzazione e dall'altra sviluppare nuove competenze per migliorare la qualità dei processi all'interno dell'organizzazione (Skyrme 1998).

La necessità dell'organizzazione di gestire le competenze al suo interno non riguarda solo le competenze cliniche sviluppate dai professionisti tra di loro ma bensì diffonderle tra tutti i livelli dell'organizzazione. In letteratura si evidenziano tre differenti modi per valutare le modalità di implementazione e diffusione delle competenze all'interno dell'organizzazione (Guptill 2005):

- ✓ Indicatori di Outcome: indicatori di misurazione delle performance qualitative;
- ✓ Indicatori di Processo: indicatori sulla diffusione delle attività;
- ✓ Indicatori di Soddisfazione: indicatori di miglioramento e soddisfazione dei processi di cura.

Prendendo in esame due modelli di integrazione delle competenze tra professionisti sanitari in due sistemi diversi ma simili per la struttura di base: le Case della Salute (da ora in poi CdS) istituite nella Regione Emilia Romagna e i Clinical Commissioning Groups (da ora in poi CCG) presente nel Regno Unito.

L'analisi metterà in luce punti di forza e di debolezza dei due modelli, in un'ottica di integrazione delle cure mirata al miglioramento della performance clinica e organizzativa, al fine di:

- ✓ Identificare se esistono elementi che si possono definire critici per il loro impatto sul processo di implementazione
- ✓ Capire quali elementi sono utili nei processi di condivisione delle competenze cliniche al fine di migliorare la performance qualitativa dell'organizzazione.

La scelta delle esperienze da mettere a confronto è stata fatta alla luce della necessità di mettere in comparazione elementi appartenenti a sistemi sanitari quantomeno simili nella loro strutturazione architettonica e sia il sistema sanitario italiano che quello inglese nascono sull'idea di un modello Beveridge. Il modello Beveridge, prende il nome dal suo ideatore, William Beveridge, che lo disegnò per ripensare il National Health Service (NHS) inglese.

Il modello Beveridge assegna al governo centrale la responsabilità in materia sanitaria, in particolare prevede che esso si occupi della raccolta delle risorse finanziarie necessarie a

mandare avanti il sistema attraverso il meccanismo della raccolta proveniente dalla tassazione generale, in maniera simile alle altre attività collegate al sistema di welfare dello Stato.

Il modello Beveridge prevede una forte presenza del settore pubblico in un ruolo di proprietà e controllo della maggior parte degli ospedali e delle cliniche che erogano servizi di cura, lasciando al privato la possibilità di competere a condizione di aderire ad un sistema di accreditamento istituzionale in un regime di semi-competizione. Queste tipologie di sistemi sanitari mostrano alcuni aspetti critici legati al processo di evoluzione del settore sanitario, in particolare essi sono caratterizzati dal costo pro-capite più basso tra tutti i sistemi sanitari e dalla necessità di affrontare una criticità emergente nel contesto sanitario ovvero la necessità di ricercare integrazione tra l'ospedale e il territorio.

L'evoluzione dei bisogni sanitari e in particolare l'incremento delle patologie croniche a scapito delle acuzie hanno forzato i governi a ripensare i propri obiettivi cercando di tenere quanto più possibile i pazienti fuori dalle strutture per acuti offrendo servizi territoriali sempre più adeguati e rispondenti alle esigenze dei pazienti.

CdS e CCG sono, a prescindere dalle loro differenze, due diversi modelli di offerta di servizi sanitari territoriali; le differenze tra i due modelli sono ovviamente in maniera preponderante legati alla diversità delle modalità organizzative dei due sistemi sanitari, alle modalità di implementazione diverse in tempi e modi e alle differenti tipologie di attori coinvolte nel processo.

Clinical Commissioning Groups: i CCG hanno preso il posto dei Primary Care Trusts (PCTs) nell'aprile del 2013; sono, in linea con lo statuto che li rende formalmente parte del NHS, clinicamente responsabili per la pianificazione e il controllo dei servizi sanitari della propria area di competenza. I CCG sono composti dai General Practitioners (Medici di Medicina Generale nel modello anglosassone) e altri professionisti sanitari quali infermieri e altri consulenti.

I CCG sono responsabili di circa il 60% del budget del NHS e la maggior parte dei servizi di cura indiretti quali:

- ✓ Pianificazione ospedaliera
- ✓ Cure riabilitative
- ✓ Cure in urgenza e emergenza
- ✓ Maggior parte dei servizi sanitari della comunità

- ✓ Cure psichiatriche e per i disabili.

Oggi in Inghilterra sono presenti 211 CCG, che non sono molto omogenei tra loro ma hanno altri gradi di disomogeneità in relazione al numero dei General Practitioners (GP) coinvolti e dal numero di cittadini presenti nella loro area di competenza (Tabella 5). In relazione al numero di GP i dati del NHS mostrano una media di 38 GP in ogni CCG con una punta massima di 127 e una minima di 6. Più del 20% dei CCG sono composti da 50 o più GP e il 15% dei CCG ha 20 o meno GP. In relazione alla popolazione di riferimento la media è di circa 270.000 pazienti per ogni CCG con una punta massima di 910.000 e un minimo di 73.000 pazienti.

*Tabella 5 - Composizione dei CCG*

<b>Popolazione</b>	<b>N° di CCG</b>
< 100.000	6
100000 – 200.000	76
200.001 – 500.000	113
> 500000	16

Case della Salute: le CdS sono un punto di riferimento per rispondere ai bisogni dei cittadini in materia di problemi di salute. Come gli ospedali queste strutture possono avere caratteristiche e complessità assai diverse le une dalle altre e in relazione alle caratteristiche del territorio e alla densità della popolazione. Le CdS sono responsabili (DGR 291/2010 – Emilia Romagna) per quanto riguarda:

- Fornire un unico punto di accesso alle cure ai cittadini
- Assicurare la continuità delle cure 24/7
- Organizzare e coordinare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedali in particolare in relazione alle strutture protette
- Migliorare la gestione dei pazienti con problemi mentali
- Sviluppare programmi di prevenzione per singoli individui, l'intera comunità e specifici target della popolazione
- Promuovere e rafforzare la partecipazione dei cittadini

- Fornire formazione continua agli operatori

Al momento in cui la ricerca è stata sviluppata, la Regione Emilia Romagna ha definito 120 CdS, 63 di queste 120 sono già operative mentre 57 sono ancora in fase di attivazione. Le CdS possono essere divise in 3 categorie in relazione alla tipologia di servizi che offrono: grandi, medie e piccole. Tutti i differenti tipi di CdS al loro interno prevedono l'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG). I servizi che possono essere offerti all'interno delle CdS sono:

- Infermieri, ostetriche e assistenti sociali (CdS piccole)
- Consulenze mediche (CdS medie)
- Centri di salute mentale, servizi di sanità pubblica, residenze diurne per tipologie di pazienti diverse (CdS grandi)

Al momento in Regione Emilia Romagna sono operative 63 CdS: 26 piccole, 22 medie e 15 grandi. Le CdS sono responsabili per i bisogni di salute di un numero di cittadini/pazienti in relazione a tre diverse caratteristiche: complessità della CdS, servizi offerti e orografia del territorio sul quale la CdS opera.

Analizzando i dati forniti dalla Regione Emilia Romagna, al momento il 61% delle CdS operative ha un bacino di utenza compreso tra le 10.000 e le 30.000 persone.

Come detto sopra quindi la dimensione della popolazione di riferimento per ogni singola CdS è legata ad alcune variabili particolari e non invece alla dimensione del bacino di riferimento; l'Assessorato alla Salute della Regione Emilia Romagna ha definito la collocazione geografica delle CdS in relazione ad un'analisi territoriale e di prossimità.

I risultati di quest'analisi ci portano ad incontrare CdS di dimensioni diverse responsabili di bacini di popolazione simili:

- I bacini di utenza delle CdS piccole vanno da un minimo di 3.503 abitanti (CdS Berceto, PR) ad un massimo di 54.789 abitanti (CdS Spallanzani, RE);
- I bacini di utenza delle CdS medie vanno da un minimo di 5.466 abitanti (CdS Bedonia, PR) ad un massimo di 79.361 abitanti (CdS S. Vitale - S. Donato, BO)
- I bacini di utenza delle CdS grandi vanno da un minimo di 5.990 abitanti (CdS Modigliana, FC) ad un massimo di 41.985 abitanti (CdS Città di Parma, PR).

Le differenze tra le diverse tipologie di CdS come detto prima dipendono dalla complessità dell'offerta di servizi socio-sanitari che offrono alla popolazione di riferimento<sup>6</sup>:

CdS Piccola: Ambulatorio infermieristico, Ambulatorio di medicina generale, Continuità Assistenziale H12, Ambulatorio specialistico, Assistenza sociale. Funzione di primo contatto con gli utenti che comprende l'accoglienza/punto informativo e il CUP.

CdS Media: Ambulatorio infermieristico, Ambulatorio di medicina generale, Continuità Assistenziale H12, Ambulatorio specialistico, Assistenza sociale, Ambulatori della Medicina di Gruppo, l'Ambulatorio pediatrico (PdLS), l'Ambulatorio ostetrico, il servizio di Guardia medica. Inoltre vengono garantiti tra i servizi sanitari, il Punto prelievi, attività specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale ecografica, il Coordinamento dell'Assistenza domiciliare (Punto unico d'accesso/Punto di accesso integrato), le Vaccinazioni e le Certificazioni monocratiche, nell'ambito della prevenzione. Funzione di primo contatto con gli utenti che comprende l'accoglienza/punto informativo e il CUP/Sportello Unico ed inoltre sala riunioni per gli operatori.

CdS Grande: Ambulatorio infermieristico, Ambulatorio di medicina generale, Continuità Assistenziale H12, Ambulatorio specialistico, Assistenza sociale, Ambulatori della Medicina di Gruppo, Ambulatorio pediatrico (PdLS), Ambulatorio ostetrico, servizio di Guardia medica. Inoltre vengono garantiti tra i servizi sanitari, il Punto prelievi, attività specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale ecografica e radiologica (non contrasto grafica), le attività di Recupero e rieducazione funzionale (Palestra polivalente), il Coordinamento dell'Assistenza domiciliare (Punto unico d'accesso/Punto di accesso integrato), il Consultorio familiare/Pediatria di comunità, il Centro di Salute Mentale, la Neuropsichiatria infantile ed età evolutiva, le Dipendenze Patologiche (Sert). Nell'ambito della prevenzione, attività di promozione della salute individuale e collettiva: vaccinazioni e certificazioni monocratiche, Programmi di screening: Pap-test, Mammografico, Colon retto. Funzione di primo contatto con gli utenti che comprende l'accoglienza/punto informativo e il CUP/Sportello Unico ed inoltre sala riunioni per gli operatori e sala polivalente, anche per incontri con la popolazione o gruppi di popolazione.

Per poter sviluppare un'analisi coerente tra i due modelli diversi e confrontare caratteristiche ed elementi di differenza è stata fatta una scelta di un CCG da raffrontare alle CdS della Regione Emilia Romagna; come vedremo più avanti questa scelta è legata al diverso grado di autonomia esistente tra i due modelli organizzativi. La scelta del CCG da analizzare è

---

<sup>6</sup> da Le "Case della Salute" in Emilia-Romagna: il monitoraggio regionale 2015



ricaduta su uno che avesse una popolazione in linea con la media ed in particolare la CCG di Milton Keynes che ha una popolazione di riferimento di 266.000 persone.

*Clinical Commissioning Groups*: Il Milton Keynes CCG ha definito i suoi obiettivi e i suoi target all'interno di un documento chiamato "Innovation Strategy". In particolare all'interno di questo documento ha ribadito il ruolo importante che i CCG possono svolgere nella ricerca del miglioramento delle pratiche cliniche e nello sviluppo delle competenze dei professionisti per ottenere outcome qualitativi sempre migliori<sup>7</sup>.

Il Milton Keynes CCG ha inoltre identificato alcuni obiettivi specifici collegati alla necessità di migliorare e diffondere le competenze presenti sia al suo interno sia emergenti dal settore sanitario:

*"Promote innovation to support delivery of the QIPP challenge within financial resources by promoting innovation and sharing best practice in commissioning, clinical practice and models of service delivery;*

*Manage the knowledge base for commissioning and innovation in healthcare and deliver high quality knowledge services that promote innovation in healthcare, and support the application of research evidence to address priorities;*

*Foster a learning culture and develop collaborative working environment across the CCG that supports learning from experience, innovation, best practice and awareness of research evidence;*

*Promote research and the use of research to improve healthcare services across Milton Keynes".*

L'impegno, che i CCG si sono posti, è di promuovere, al loro interno, le best practice cliniche; questa rappresenta una modalità di diffusione e condivisione di conoscenze cliniche mirate sia a garantire la qualità e sicurezza delle cure fornite ai propri pazienti sia a mantenere un programma di formazione continua per i professionisti così da garantire un alto livello di competenza tra i professionisti. In particolare il Milton Keynes CCG ha sviluppato una serie di percorsi e protocolli clinici che sono stati pubblicati sul proprio sito

---

<sup>7</sup> "CCG builds on local strengths to optimize new opportunities for innovation which are driven and supported by research, evidence - based practice, knowledge management, education and training, collaborative working and learning from experience. The Strategy identifies three key roles at Board level: GP Board member Education lead, GP Board member Research and Evidence Lead, Chief Knowledge Officer ..."

internet aperto così da permetterne sia la condivisione con i professionisti (sia interni al CCG che esterni) sia ai cittadini. I percorsi e protocolli pubblicati riguardano le seguenti aree:

- ✓ Servizi cardiovascolari
- ✓ Servizi per test endoscopici
- ✓ Servizi diabetologici
- ✓ Oculistica
- ✓ Servizi per stroke e TIA
- ✓ Servizi per BPCO e Asma
- ✓ Servizi di consulenza specialistica
- ✓ Cliniche ambulatoriali per le cure primarie

*Case della Salute:* l'Assessorato alla Salute della Regione Emilia Romagna, è ancora nella fase di definizione e implementazione dei documenti, protocolli e strumenti da implementare all'interno delle CdS. La struttura che la Regione Emilia Romagna ha ipotizzato per le CdS una volta a regime permetterà alle stesse di mantenere un'autonomia in termini di modalità operative sia manageriali che cliniche dalle altre CdS e in parte anche dalla Regione stessa.

Nell'analisi mostreremo due diversi strumenti implementati all'interno delle CdS per garantire la condivisione delle competenze, uno a livello di singola CdS, l'altro a livello regionale. Le difficoltà nell'implementazione di un modello integrato di cura in Regione Emilia Romagna sono legate anche al fatto che al momento non è stato implementato un sistema di cartelle cliniche elettroniche condivise ed integrate sul tutto il territorio regionale.

*Livello Regionale:* l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna ha identificato 12 progetti da sviluppare: 9 obbligatori e 3 consigliati. I 12 progetti, identificati dalla Regione nel DGR 221/2015, fanno riferimento alle cure primarie e sono:

Progetti Obbligatori:

Accesso all'attività dei servizi

1. *Punto unico di accesso*
2. *Dimissioni protette*

Attività

3. *Assistenza domiciliare integrata*

Percorsi clinico assistenziali validati in ambito regionale

4. *Gestione integrata diabete*
5. *Percorso scompenso cardiaco*
6. *Percorso nascita*
7. *Percorso Disturbi cognitivi*
8. *Percorso cure palliative*
9. *Percorso TAO*

Progetti Consigliati:

10. *Gestione dei pazienti con TAO*
11. *Gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica*
12. *Gestione dei pazienti con frattura di anca.*

Livello CdS: All'interno di ogni CdS saranno istituite due figure che avranno, fra gli altri, il compito di governare e gestire delle competenze cliniche dei professionisti della CdS: il Responsabile Clinico e il Responsabile Assistenziale.

Il responsabile clinico è un medico che si occupa del coordinamento dei professionisti attraverso la definizione di progetti; le modalità di lavoro utilizzate non comprendono un approccio gerarchico ma un modello di lavoro che si sviluppa attraverso la creazione o la condivisione di processi (tra cui quelli identificati come obbligatori dalla Regione Emilia Romagna) e ne segue tutta la fase di implementazione. Il responsabile clinico inoltre è responsabile, insieme con la AUSL di riferimento, per quanto concerne la formazione e la valutazione dei medici che operano all'interno della CdS.

Il responsabile assistenziale è un infermiere che ha sviluppato un percorso di studi o un background di natura manageriale. Egli coordina, in collaborazione con il responsabile clinico, tutti i professionisti sanitari che operano all'interno della CdS sempre utilizzando il metodo della creazione e condivisione di progetti e segue tutto il percorso fino all'implementazione degli stessi. Come il responsabile clinico, anch'egli è responsabile, insieme con la AUSL di riferimento, della formazione e della valutazione dei professionisti sanitari all'interno della CdS.

Dall'analisi sopra esposta dei due differenti modelli di integrazione si possono evincere alcune elementi utili per riflettere su come la continua crescita della complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti porti i regolatori a sviluppare nuovi modelli organizzativi che per

fornire cure qualitativamente più elevate e rispondenti a tali bisogni superino i confini fino ad oggi chiari tra ospedale e territorio, acuto e cronico, sanitario e socio-sanitario.

Analizzando per primi i CCG si nota come la loro maggiore maturità, legata soprattutto al fatto che hanno già acquisito un po' di esperienza, ne permette una maggiore autonomia nelle scelte e nelle modalità di organizzazione dell'offerta sia dal punto di vista della strutturazione clinica della stessa che dal punto di vista manageriale. Infatti i CCG gestiscono direttamente un budget di cui sono responsabili, definiscono le priorità di risposta ai bisogni sanitari in accordo con i livelli di governo nei quali operano e controllano la domanda ospedaliera.

La necessità di gestire e mappare una tale quantità di processi ha portato alla creazione di sistemi manageriali atti a governare tali responsabilità. Tale autonomia si rispecchia anche nel governo delle competenze cliniche che gestiscono, partendo dalla possibilità di definire percorsi clinici, progetti e protocolli e di dividerli grazie al supporto delle Health Authority, che mette a disposizione una piattaforma propria, non solo all'interno del proprio CCG ma anche con altri CCG all'interno del paese.

Le CdS sono più giovani e quindi ancora un po' più acerbe dal punto di vista operativo e manageriale, basti pensare che appena metà delle CdS definite sono già operative. Questa minore esperienza si riflette attualmente in una guida più forte da parte della Regione che al momento entra sia in aspetti organizzativi che in aspetti clinici. La Regione infatti partecipa in maniera preponderante ancora nella definizione di strumenti e strategie e questo si riflette operativamente nella presenza delle diverse CdS di strumenti, progetti, processi e competenze simili.

Concludendo si può affermare che l'integrazione tra le competenze professionali sembra diventare sempre di più un elemento cruciale per lo sviluppo di un'offerta sanitaria che sia in grado di fornire una risposta soddisfacente sia in termini quantitativi che qualitativi ai bisogni dei cittadini. La condivisione delle competenze e la necessità di trovare luoghi dove farle coesistere sta facendo decrescere il ruolo centrale che l'ospedale, come centro fisico di risposta ai bisogni acuti, ha svolto fino a poco tempo fa.

Meccanismi di gestione delle competenze sono quindi elemento cruciale per organizzazioni, come quelle sanitarie, altamente professionalizzate e che richiedono sempre meno approcci gerarchici e sempre più coordinamento attraverso modelli meno formalizzati (processi, progetti, ...) al fine di ridurre sempre di più la variabilità delle prestazioni e di conseguenza mirare al miglioramento degli outcome clinici prodotti.

#### 5.4. Come gestire le clinical competence: il caso Niguarda

Il presente lavoro è stato definito con un duplice obiettivo: da un lato descrivere il processo di costruzione del sistema di mappatura delle competenze cliniche e organizzative del personale medico sviluppato dall'ospedale Niguarda di Milano; dall'altro portare in evidenza le considerazioni dei leader clinici dell'ospedale sul modello implementato nel proprio contesto aziendale e sul sistema di misurazione delle *clinical competence* in generale.

Il Niguarda è un grande ospedale pubblico generalista di Milano ma punto di riferimento, per volumi e specialità, per tutto il territorio nazionale. L'ospedale è dotato di circa 1.300 posti letto, 60 unità operative, 200 ambulatori, 70 strutture cliniche e una dotazione organica tra personale medico e infermieristico di oltre 4.000 unità. Ogni anno l'azienda effettua oltre 40.000 ricoveri e 6 milioni di prestazioni ambulatoriali, è dotata di un pronto soccorso che registra oltre 90.000 accessi, e un peso medio dei DRG trattati di 1,421. Nel 2014 il valore della produzione ha superato i 543 milioni di euro (Fonte dati: [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)).

Un progetto di valutazione delle performance del personale medico, in particolare orientato alla valorizzazione delle competenze clinico-assistenziali, rappresenta per il management un modo per governare la complessità e per generare il riconoscimento della professionalità, individuando incarichi professionali coerenti con le attività sviluppate nei vari ambiti (unità organizzative complesse - UOC) e in grado di supportare l'introduzione di innovazioni sotto il profilo dei percorsi assistenziali o di innovazioni sulle tecniche di cura (si consideri che all'ospedale di Niguarda vi sono 87 trials clinici in corso attualmente).

Nel settembre del 2014 la Direzione Strategica del Niguarda ha così identificato proprio in questo fattore un obiettivo strategico. Anticipando anche le richieste che sarebbero potute essere imposte da future iniziative di accreditamento, a livello regionale o nazionale, la Direzione ha intrapreso un percorso atto a costruire un sistema di valutazione delle performance cliniche dei professionisti in grado di svolgere una triplice funzione: valutare e sostenere lo sviluppo professionale, attraverso gli incarichi ben identificati contribuire sia a generare una focalizzazione nei compiti e sia a differenziare le specifiche posizioni e infine supportare la crescita dei professionisti anche attraverso formazione.

I principali obiettivi perseguiti dalla Direzione aziendale possono essere perciò così sintetizzabili:

1. Definire una nuova modalità di incarichi professionali che tenga conto della reale complessità delle attività svolte e del livello di competenza necessaria;

2. Collegare agli incarichi un sistema remunerativo differenziato;
3. Collegare le responsabilità cliniche alle responsabilità organizzative (ove presenti).

Il progetto quindi aveva come scopo, attraverso la ridefinizione e la ponderazione degli incarichi dei professionisti, migliorare la performance complessiva dell'azienda. Un sistema che misura e valuta in maniera diretta le competenze, e in maniera indiretta le performance dei professionisti, può avere un impatto sia sulle risorse utilizzate dall'azienda, in particolare sui costi di produzione, che sui risultati dell'azienda.

Da un lato, infatti, l'implementazione di tale sistema ha permesso una migliore allocazione delle risorse, sia economiche che umane, all'interno del ciclo di produzione dell'ospedale; dall'altro la conoscenza delle competenze consente al management di organizzare il lavoro in modo migliore per soddisfare il bisogno dei pazienti, generando tutte le condizioni per un incremento della qualità delle prestazioni erogate e degli outcome clinici.

*Gli attori coinvolti:* Il management aziendale ha ritenuto che per raggiungere gli scopi del progetto fosse necessario il coinvolgimento attivo di tutti i membri dell'organizzazione. Il management ha ritenuto proprio compito definire una strategia specifica che puntasse alla valorizzazione delle competenze come fonte di vantaggio competitivo.

Ai singoli leader clinici è stato affidato il compito di implementare i processi nella quotidianità utilizzando gli strumenti messi a disposizione. E' quindi necessario fare un focus sul ruolo svolto dalla Direzione Sanitaria e dai Leader Clinici (Responsabili di Unità Operativa Complessa).

La Direzione Sanitaria dell'Azienda ha svolto un compito cruciale di *commitment* e guida del processo di implementazione degli strumenti di mappatura dei *privileges* all'interno dell'azienda. Infatti, il suo ruolo è stato quello di braccio operativo della Direzione Strategica in fase di coordinamento del processo e di identificazione degli attori chiave da coinvolgere per la costruzione e l'implementazione del modello.

Lo staff della Direzione Sanitaria ha seguito ogni fase del progetto rappresentando il collegamento diretto tra l'operatività e la strategia (di cui è parte), facendo percepire in ogni momento a tutti gli stakeholder coinvolti, la grande fiducia che la Direzione Strategica riponeva nel progetto.

I Leader Clinici hanno svolto poi una funzione determinante all'interno del processo di implementazione e di utilizzo dei *privileges*. Ad essi infatti è stata demandata in fase di progettazione la definizione delle attività e degli indicatori per valutare il grado di autonomia

dei singoli professionisti medici oltre a supervisionare la parte di *testing* dello strumento nella propria unità operativa.

I Leader Clinici, inoltre, hanno svolto il ruolo di collegamento tra l'unità operativa e il team aziendale di implementazione del progetto per riportare eventuali criticità riscontrate nelle varie fasi e suggerire eventuali modifiche e aggiustamenti in corso d'opera.

L'Iter del progetto: Il progetto di costruzione del modello di valutazione delle performance cliniche è stato strutturato nelle seguenti fasi:

1. Identificazione di un gruppo di progetto per l'ospedale che integri le funzioni di guida del progetto nelle sue fasi di pianificazione e implementazione (Direzione sanitaria, Risorse Umane e Relazioni Sindacali, Qualità, Privacy e Rischio Clinico, Direzione Medica di Presidio).
2. Identificazione di un gruppo di unità operative con le quali costruire lo schema di raccolta delle specifiche competenze sia cliniche che organizzative. Ciascuna unità operativa è stata responsabilizzata di selezionare le attività specialistiche di alto livello, svolte al proprio interno, che possono contraddistinguere la divisione del lavoro dal punto di vista clinico/specialistico. Inoltre per ogni attività individuata sono stati concordati i criteri e gli indicatori di attribuzione dei diversi livelli di autonomia professionale.
3. Attività di simulazione con le unità operative selezionate attraverso la prima attribuzione dei *privileges* ai medici hanno verificato sia gli aspetti di contenuto che di processo (ovvero verificando in simulazione la possibilità di attivare gli specifici flussi informativi necessari al funzionamento del sistema operativo).
4. Definizione analitica delle modalità di diffusione del modello testato a tutte le unità operative del Niguarda con la progettazione del necessario piano formativo conseguente.

Le attività di identificazione degli elementi chiave e di costruzione delle schede e degli strumenti, utili alla mappatura dei *privileges*, sono state pianificate attraverso dei momenti formativi di incontro e di condivisione delle esperienze e delle competenze tra il team di lavoro della direzione strategica e i referenti delle unità operative coinvolte.

Il modello strutturato rispondeva alla necessità di definire e quantificare degli incarichi di tutto il personale medico presente in azienda (Incarichi di base 0-5 anni; Incarichi professionali; Incarichi di Alta Specializzazione).

La valutazione dei professionisti è stata realizzata individuando due distinti livelli: a) *Clinical competences*, ossia competenze tecnico specialistiche legate all'attività professionale del medico; b) Comportamenti organizzativi, cioè le attività da svolgere in team e la partecipazione attiva alla vita della propria unità operativa legate alla funzione di natura organizzativa della posizione ricoperta.

I due livelli sono stati così identificati in una scheda su due distinti assi (ascisse e ordinate) e graduati su una scala composta da 13 gradazioni (Figura 22).

Figura 22 - Scheda di quantificazione degli incarichi delle posizioni

<b>Clinical competence</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Comportamenti</b>													
<b>A</b>													
<b>B</b>													
<b>C</b>													
<b>D</b>													
<b>E</b>													
<b>F</b>													
<b>G</b>													
<b>H</b>													
<b>I</b>													
<b>J</b>													
<b>K</b>													
<b>L</b>													
<b>M</b>													

Per quanto riguarda le clinical competences i 13 livelli descrivono il grado diverso di autonomia e complessità della posizione. I livelli da 0-3 riguardano le competenze cliniche fondamentali; da 4-8 si fa riferimento alle competenze avanzate; da 9-13 sono associate le competenze distintive e innovative.

Le competenze cliniche fondamentali, che coprono i primi quattro livelli (da 0 a 3) fanno riferimento ad una serie di attività di base che ci si aspetta il professionista sia in grado di svolgere in maniera autonoma o sotto supervisione. In particolare i livelli a cui si fa riferimento sono:

0. Si colloca all'inizio di un percorso formativo professionale
1. Svolge attività professionali di base con tutoraggio
2. Svolge attività professionali di base senza tutoraggio
3. È coinvolto in un percorso formativo professionale per attività più complesse



Le competenze avanzate invece, che fanno riferimento ai livelli da 4 a 8, includono attività complesse che possono essere svolte in autonomia o sotto supervisione ma anche attività multi-disciplinari o multi-professionali cui il professionista deve prendere parte o deve coordinare. I livelli nel dettaglio sono:

4. Esegue attività più complesse con tutoraggio
5. Esegue attività più complesse senza tutoraggio
6. Esegue attività complesse con una autonomia decisionale
7. Esegue attività complesse con un buon livello di autonomia decisionale
8. Esegue attività complesse ed è integrato in percorsi multidisciplinari e multi-professionali

Infine le competenze innovative o distintive, livelli da 9 a 13, sono aree di attività caratteristiche dell'incarico con indicazione dettagliata su cosa ci si aspetta dal professionista in termini di fornire un contributo specifico di innovazione e/o di approfondimento scientifico. I livelli sono:

9. È il professionista di riferimento per alcune competenze nel contesto clinico, diagnostico terapeutico della propria struttura complessa
10. Segue percorsi formativi specifici per l'apprendimento di tecniche non presenti all'interno della struttura
11. Introduce e applica tecniche innovative apprese nel percorso formativo
12. Ha consolidato le tecniche innovative
13. È il professionista di riferimento per competenze specifiche nel contesto clinico, diagnostico terapeutico del proprio incarico a valenza sovra-aziendale

Per quanto riguarda la parte con riferimento ai comportamenti organizzativi, il modello di classificazione è molto simile. Infatti si evidenziano 13 livelli di autonomia raggruppate in 3 macro-aree. Comportamenti di natura esecutiva (da 0 a C), comportamenti inerenti il planning e l'attività di ricerca (da D a H) e infine i comportamenti che riguardano il teaching della ricerca avanzata e la leadership (da I a M).

I comportamenti esecutivi fanno riferimento alle attività che il professionista svolge all'interno della pianificazione e delle procedure previste dal direttore della struttura, con graduale assunzione di autonomia nelle decisioni cliniche. I livelli sono:

0. Nessuna autonomia esecutiva
- A. Livello di base nell'autonomia esecutiva
- B. Partecipa alle attività di équipe in maniera collaborativa

C. Partecipa alle attività di équipe in maniera propositiva e costruttiva

Il planning e l'attività di ricerca prevedono attività pianificate di ricerca scientifica riguardo alle specifiche attività oggetto dell'incarico del professionista oltre a collaborare attivamente all'implementazione organizzativa delle specifiche attività affiancando il direttore della struttura di riferimento. I livelli sono:

D. Esegue attività di pianificazione sotto supervisione

E. Svolge attività di pianificazione in modo autonomo

F. Collabora ad attività di ricerca

G. È referente tra i colleghi per l'attività di ricerca

H. Propone attività di ricerca

Infine il teaching della ricerca avanzata e la leadership comprendono le attività che il professionista deve svolgere come attività pianificata di ricerca scientifica avanzata riguardo alle specifiche attività oggetto del suo incarico. Include inoltre le attività pianificate di addestramento attivo riguardo alle specifiche attività oggetto dell'incarico. Tali attività possono essere oggetto di tutoraggio nella formazione specialistica svolta in ospedale. I livelli sono:

I. Svolge attività di formazione interna sulle sue competenze specifiche

J. Svolge attività di formazione interna sulle sue competenze specifiche e partecipa a programmi di ricerca

K. Svolge attività di formazione interna ed esterna sulle sue competenze specifiche e progetta/coordina programmi di ricerca multicentrica

L. È il leader di riferimento all'interno dell'organizzazione

M. È il leader di riferimento sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione

Attraverso la condivisione delle conoscenze e la discussione tra i professionisti delle diverse unità operative, l'obiettivo dell'azienda è stato duplice: da un lato quello di generare uno strumento che sia costruito sulle caratteristiche dell'azienda e che quindi tenga conto delle proprie specificità; dall'altro quello aumentare il livello di *commitment* da parte dei professionisti nel progetto, affinché questo non sia percepito come un semplice strumento burocratico imposto dal top management ma il frutto di un lavoro condiviso e accettato da tutti.

Gli output: Il gruppo di lavoro al termine del progetto, durato 12 mesi, ha prodotto diversi output resi poi disponibili alla Direzione Strategica dell'azienda. In primo luogo sono state definite le schede di valutazione per ognuna delle unità operative selezionate, nonché gli

indicatori capaci di assegnare il corretto livello di autonomia professionale a tutti i collaboratori. Le schede definite sono state testate simulando la loro applicazione in alcune delle Unità Operative coinvolte identificando per ognuno dei professionisti che vi lavorano all'interno il livello di autonomia sia clinico che organizzativo.

È stato poi redatto un documento descrittivo del processo di gestione dei *privileges* che ha identificato la politica aziendale, i ruoli e responsabilità, e i tempi e i livelli di diffusione della comunicazione; e ha inoltre esplicitato: il collegamento tra *privileges* e programmazione dello sviluppo del *know how* clinico diagnostico e terapeutico e delle unità operative e piani formativi (ruolo del Dossier Formativo); il collegamento tra *privileges* e posizioni (*job description*) e sistema di valutazione; il collegamento tra *privileges* e medici specializzandi; il collegamento tra *privileges* e sistemi informativi di attività (quantitativi e qualitativi, numero prestazioni e esiti).

I risultati ottenuti sono sostanzialmente i seguenti:

- ✓ Il Sistema di valutazione è ufficialmente entrato in vigore all'interno dell'azienda (Deliberazione del Direttore Generale n° 654 del 11/08/2015).
- ✓ La valutazione alla scadenza dei primi incarichi è stata realizzata attraverso il nuovo sistema approvato.

Per comprendere meglio come questo strumento è stato accolto dai leader clinici si è messa a punto una rilevazione ad hoc con lo scopo di comprendere non solo il livello di accettazione dello strumento, ma anche l'uso che i leader ritenevano di maggiore impatto. Infatti, l'utilizzo di questi metodi di gestione avanzati sono sicuramente collegati alla maturità organizzativa aziendale, alla rilevanza attribuita ai sistemi di valutazione e alla reale comprensione di utilità che i leader clinici hanno degli strumenti stessi.

Il questionario: Per raccogliere l'opinione dei Leader Clinici, coinvolti nelle fasi di pianificazione, costruzione e implementazione del progetto, è stato predisposto un questionario che è stato somministrato a tutto il personale medico responsabile della definizione delle competenze dei propri collaboratori (N=60).

Nel processo di definizione del questionario hanno preso parte esperti nel campo del management sanitario, consulenti esterni che stanno aiutando l'ospedale nell'avvio del progetto, nonché il Direttore Sanitario della struttura stessa.

Il questionario si compone di due sezioni principali. La prima sezione è volta a rilevare le caratteristiche generali del professionista in termini di età, anni di attività presso la struttura, anni di attività presso altre strutture, numero di anni in cui ricopre una carica dirigenziale,

etc. L'obiettivo di questa prima sezione è quello innanzi tutto di descrivere le caratteristiche del personale medico dirigenziale attualmente presente nella struttura, e in secondo luogo quello di ricercare eventuali legami tra le caratteristiche generali del professionista e le sue considerazioni sul tema della mappatura delle competenze.

La seconda sezione, invece, mira a rilevare le opinioni e le aspettative del rispondente circa il progetto aziendale e lo strumento definito per mappare le competenze. A questo scopo sono presentate 25 affermazioni legate ai processi di mappatura delle competenze e per ciascuna di esse è stata data opportunità al medico di scegliere una valutazione su una scala *Likert* a 6 punti (1 massimo disaccordo; 6 massimo accordo). Le affermazioni proposte sono riconducibili a 4 grandi aree all'interno delle quali la valutazione delle competenze può generare un impatto positivo: a livello di intera organizzazione, a livello di gestione e stile manageriale, a livello di lavoro di gruppo, a livello individuale.

La prima area concerne l'azienda nel complesso e la sua capacità di raggiungere migliori livelli di performance.

La seconda riguarda in generale la facilitazione del compito dei Leader Clinici e dei dirigenti medici nelle loro attività cliniche e gestionale, grazie ad una migliore programmazione e coordinamento delle attività.

La terza fa riferimento agli impatti sulle dinamiche di gruppo e sul lavoro svolto in team. La quarta area riguarda la possibilità del singolo di intraprendere un percorso di sviluppo professionale.

A queste aree, se ne affianca poi una quinta che invece rileva le percezioni negative da parte del rispondente, ossia coloro che non considerano tale strumento un elemento positivo per migliorare la gestione dell'unità operativa.

Il periodo di raccolta dati è stato di 4 mesi (aprile-luglio 2015) ed è stato garantito l'anonimato del rispondente attraverso una presentazione dei dati solo in forma aggregata.

I dati così raccolti sono stati elaborati attraverso un software statistico e l'analisi è stata svolta in due momenti: una prima fase legata alla descrizione dei risultati complessivi a livello di intero campione; una seconda fase in cui si sono ricercate relazioni tra le caratteristiche del professionista (età, esperienza, ecc.) e le sue percezioni e valutazioni sul progetto e sull'importanza degli strumenti di mappatura delle competenze cliniche come metodo di miglioramento e semplificazione della *governance*.

Hanno risposto al questionario 41 Responsabili di Struttura Complessa dell'Azienda Ospedaliera Niguarda di Milano che rappresentano oltre l'80% del totale dei responsabili delle unità operative complesse di natura clinica dell'organizzazione.

Dai risultati della survey risulta che i leader clinici dell'ospedale hanno consapevolezza della rilevanza dello strumento di valutazione delle competenze: solo in tre casi si ha un rifiuto totale dello strumento. Questo appare un primo risultato molto significativo. Infatti, proprio in considerazione della cultura professionale specifica di molti leader clinici era possibile aspettarsi una maggiore resistenza allo strumento, che potenzialmente avrebbe potuto essere ritenuto "burocratico", cioè inutile sotto il profilo della capacità di governo clinico dell'unità organizzativa.

L'approccio burocratico alla gestione si caratterizza infatti per una focalizzazione sulla forma, ma ancora di più su una sovrastruttura operativa e decisionale che assorbe tempo, ma sostanzialmente inutile per la gestione dei processi clinici e assistenziali o addirittura generatore di problemi che ostacolano la buona prassi clinica.

Proprio per la rilevanza di questo ospedale nel panorama italiano e per l'estesa condivisione nell'utilizzo di questo strumento da parte dei leader clinici di questo ospedale, si può sottolineare che l'approccio basato sulla clinical competence si sta radicando e le attese di un contributo positivo di questo approccio al miglioramento della performance clinica e assistenziale è significativamente presente nell'ospedale.

Da un'analisi puntuale del questionario emergono indicazioni di grande interesse. In particolare si può scomporre l'analisi in relazione alle 5 aree di ricerca sopra identificate:

- L'importanza attribuita alla valutazione delle competenze per lo sviluppo professionale;
- L'impatto delle clinical competence sull'organizzazione del lavoro e sui ruoli organizzativi;
- La capacità di questo strumento di favorire collaborazione tra i professionisti;
- La percezione dell'utilità dello strumento con riferimento all'ambito (ospedale o unità organizzativa) e al tempo (breve o lungo periodo);
- La possibilità di valutare l'attività clinica assistenziale.

Il primo aspetto indagato ha appunto lo scopo di focalizzare l'attenzione sul ruolo della formazione professionale. Interessante osservare che i clinici considerano la valutazione della competenze necessaria allo sviluppo professionale; inoltre è emerso che i professionisti

considerano la valutazione delle competenze un approccio utile sia per il leader clinico per pianificare lo sviluppo dei propri collaboratori, sia per l'azienda per le funzioni proprie manageriali generali dell'ospedale.

Quindi gli strumenti di clinical governance sono ritenuti fortemente utili per governare lo sviluppo professionale.

La seconda dimensione dell'analisi ha lo scopo di indagare la valutazione dei comportamenti clinici ai fini dei processi di organizzazione del lavoro e, in particolare, si vuole approfondire come i ruoli organizzativi sono investiti da questa nuova modalità di gestione del personale.

E' del tutto evidente che più del 90% dei leader clinici considera questo strumento utile per identificare meglio i ruoli e le responsabilità nell'equipe. Da qui ne deriva una considerazione evidente: il continuo monitoraggio delle competenze professionali è elemento considerato significativo per promuovere processi organizzativi efficaci.

Anche in questo caso emerge chiaramente che la valutazione delle competenze non determina "burocrazia", ma sostiene processi organizzativi innovativi collegati appunto alle competenze. Infatti la valorizzazione della professione è un elemento che è visto in maniera significativamente positiva, cioè l'organizzazione deve valorizzare la professione del medico.

La collaborazione tra professionisti è elemento significativo per ottenere buone performance cliniche e per generare un clima organizzativo positivo. Emerge dall'analisi che questo strumento è valutato da oltre il 90% dei leader clinici utile per consentire di riconoscere specifiche eccellenze professionali all'interno dell'ospedale. Mentre non hanno trovato riscontro altri aspetti come "Favorisce la collaborazione tra i professionisti dell'equipe" oppure "Agevola la collaborazione tra professionisti attraverso positive relazioni personali". Inoltre quasi il 70% dei leader clinici ha indicato che lo strumento "Facilita l'attività di coordinamento delle attività quotidiane da parte del Direttore di UO".

Ne emerge un quadro molto interessante. Innanzi tutto, chi dirige il gruppo di clinici ha uno strumento di coordinamento (questo conferma pienamente quanto già indicato per la definizione dei ruoli) che può utilizzare per favorire la programmazione operativa.

In secondo luogo, un'interpretazione della rilevanza assegnata dai leader clinici alla capacità di questo strumento di evidenziare le eccellenze è probabilmente collegato alla misurazione dei risultati clinici e assistenziali, cioè l'evidenza dei risultati che permette di assegnare un corretto valore alle performance clinico-assistenziali. Infine i leader clinici mettono in luce che per favorire la collaborazione tra professionisti occorre puntare su altri strumenti.

Quindi in sintesi, il sistema di valutazione delle competenze viene considerato un valido strumento manageriale che permette di evidenziare effettive eccellenze, utile per i responsabili delle unità operative per la programmazione operativa.

Con il quarto gruppo di domande si vuole focalizzare l'attenzione sia sul contesto organizzativo (ospedale e unità operativa) che sul tempo (breve o medio periodo). Le risposte dei leader clinici sono molto chiare. Si conferma l'utilità per l'unità organizzativa e per il breve periodo (una conferma di coerenza rispetto a tutte le altre serie di risposte). Inoltre, emerge la possibilità di utilizzare da parte della direzione strategica dell'ospedale questo strumento per la pianificazione del medio periodo.

Tutto ciò risulta da un lato molto coerente con tutte le indicazioni emerse e conferma l'utilità di questo strumento rispetto alle aspettative. Peraltro è molto significativo che si ritenga che lo strumento sappia discernere in modo coerente le effettive competenze (la risposta "Favorisce chi è maggiormente in grado di descrivere le proprie capacità" è considerata in modo del tutto marginale).

Infine il quinto gruppo di domande che ha lo scopo di indagare la reale possibilità di valutare l'attività clinica e assistenziale mette in luce un punto sostanzialmente omogeneo da parte dei leader clinici: i privilegati possono favorire una effettiva valutazione, la grandissima parte di clinici ritiene che assolve ad una funzione importante e non sia di natura burocratica.

I leader clinici quindi considerano le clinical competence utili sia all'intero ospedale perché permettono di affiancare alla valutazione sugli obiettivi anche valutazioni di natura professionale; e sia al professionista per valutarsi e quindi per poter programmare il proprio percorso formativo e in generale per sviluppare professionalità specifiche.

In linea generale è possibile definire alcuni elementi caratterizzanti. Innanzitutto le tre opzioni che hanno trovato scarsa condivisione sono le seguenti: "Focalizza l'attenzione su aspetti burocratici della professione del medico"; "Determina un orientamento dei professionisti alla forma e non alla sostanza"; "Genera una maggiore burocrazia per il professionista". Ciò evidenzia che un approccio di natura burocratico è escluso.

Gli statement invece maggiormente condivisi sono: "Il direttore di UOC può disegnare percorsi di sviluppo professionale"; "Consente di identificare meglio i ruoli e le responsabilità nell'equipe"; "Consente di riconoscere specifiche eccellenze professionali all'interno dell'ospedale"; "E' utile per migliorare la programmazione del personale nel lungo periodo".

Ciò mette in rilievo l'utilità dello strumento sotto il profilo manageriale a più livelli: a livello professionale, a livello organizzativo e anche a livello aziendale. Concludendo quindi l'utilizzo di questo strumento appare del tutto accettato all'interno dell'ospedale.

I sistemi di valutazione delle competenze sono solidi strumenti che il management può utilizzare per generare clinical governance. I leader clinici accolgono positivamente questo strumento perché li facilita nella guida delle équipe e nella programmazione delle attività.

L'introduzione di questi sistemi non è stata vissuta come burocratica (nuovi atti formali) dai professionisti, ma come uno strumento utile alla loro attività professionale. Sicuramente il processo messo in atto per l'introduzione delle clinical competence è stato un fattore facilitante: una fase sperimentale e il coinvolgimento dei leader clinici nella sua progettazione sono stati fattori di successo.

E' possibile quindi, seguendo le indicazioni emerse da questo caso, ipotizzare che questo strumento possa essere apprezzato anche in altri ospedali e che la sua introduzione possa avvenire attraverso un diretto coinvolgimento dei leader clinici. Certo che la proposizione (il primo passo) è certamente proprio del management aziendale.

La capacità della valutazione delle clinical competence di determinare un miglioramento delle performance qualitative degli ospedali dovrà essere valutata nei prossimi anni (e una ricerca sui risultati di medio periodo all'ospedale di Niguarda è una ricerca che gli Autori hanno in programma per il prossimo anno).



## 6. Le valutazione degli ospedali: il tentativo italiano

### 6.1. La valutazione degli Outcome: il PNE

Il Piano Nazionale Esiti (PNE) è un programma nazionale sviluppato, nel 2010, dal Ministero della Salute italiano attraverso una sua agenzia (Agenas), che si occupa di politiche del sistema sanitario italiano, per mappare e raccogliere dati di outcome da tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche, siano esse aziende ospedaliere che aziende sanitarie locali.

Gli obiettivi che sono alla base della costruzione di questo programma sono riconducibili alla volontà da parte dell'amministrazione centrale e del ministero di aver in mano uno strumento che permetta di comparare i dati di outcome delle organizzazioni erogatrici (Ospedali) di servizi sanitari e tra diverse aree territoriali per monitorare la tutela della salute dei cittadini (Aziende Sanitarie Locali) (Pinnarelli et al. 2015).

Il PNE è la naturale continuazione e integrazione di programma di analisi regionale dei dati di outcome già presenti in alcune regioni: Lazio, Lombardia e Toscana (Pinnarelli et al. 2012; Berta et al. 2013).

L'edizione del PNE 2015, che analizza i dati relativi all'anno 2014, prende in considerazione 146 indicatori<sup>8</sup> (63 di esito/processo, 57 di attività e 26 di ospedalizzazione) che sono riconducibili a 9 grandi aree cliniche: Cardiovascolare, Cerebrovascolare, Digerente, Malattie Infettive, Muscoloscheletrico, Ospedalizzazioni, Procedure Chirurgiche, Respiratorio e Urogenitale (Age.Na.S. 2015).

Sulla base dei dati disponibili si è provato ad effettuare un'analisi che prendesse in considerazione un set di indicatori di esito tra quelli proposti dal PNE e sono stati analizzati in relazione ad alcune organizzazioni che si può identificare come attente alle tematiche della qualità. In particolare le organizzazioni che sono state prese in considerazione sono quelle che hanno raggiunto un accreditamento all'eccellenza secondo una metodologia internazionale riconosciuta, in particolare l'accREDITAMENTO Joint Commission International.

All'interno dei dati del PNE si fa esplicitamente riferimento a 18 organizzazioni sanitarie accreditate secondo la metodologia Joint Commission International, sulla base dei principali 49 indicatori di esito identificati dal PNE sono state estrapolate le organizzazioni che avevano uno score presente in almeno 5 indicatori e il numero di organizzazioni si è così ridotto a 13.

---

<sup>8</sup> Vedi Allegato 3

Per poter effettuare un'analisi significativa sono stati estrapolati dai 49 indicatori tutti quelli per cui almeno il 40% delle 13 organizzazioni avevano uno score e riducendo il campione degli indicatori da 49 a 37.

Quindi 37 indicatori e 13 organizzazioni sono gli elementi alla base dell'analisi che seguirà. L'analisi consiste nel raffrontare i dati estrapolati sulla base di 6 item:

1. Andamento dell'organizzazione rispetto alla media delle organizzazioni italiane nell'anno 2013
2. Andamento dell'organizzazione rispetto alla media delle organizzazioni italiane nell'anno 2014
3. Andamento dell'organizzazione tra il 2013 e il 2014
4. Andamento della media degli indicatori delle organizzazioni accreditate rispetto alla media nazionale nell'anno 2013
5. Andamento della media degli indicatori delle organizzazioni accreditate rispetto alla media nazionale nell'anno 2014
6. Andamento degli indicatori delle organizzazioni accreditate tra il 2013 e il 2014

L'analisi ha preso in considerazione ognuno dei singoli indicatori e ha valutato il saldo tra indicatori con una performance migliore e indicatori con una performance peggiore sviluppando l'analisi per singola organizzazione e infine per singolo indicatore.

Nei primi 3 item, il cluster di riferimento è l'organizzazione, l'analisi quindi ha comparato gli indicatori per ogni singola organizzazione con la media nazionale per l'anno 2013, per l'anno 2014 e infine ha comparato le performance dell'organizzazione stessa tra il 2013 e il 2014.

Quello che emerge è un quadro abbastanza positivo (Tabella 6); infatti per quanto riguarda l'anno 2013 ben 9 organizzazioni hanno un numero maggiore di indicatori positivi rispetto alla media nazionale, 2 invece hanno una performance negativa, 2 organizzazioni hanno un saldo neutro rispetto alla media nazionale.

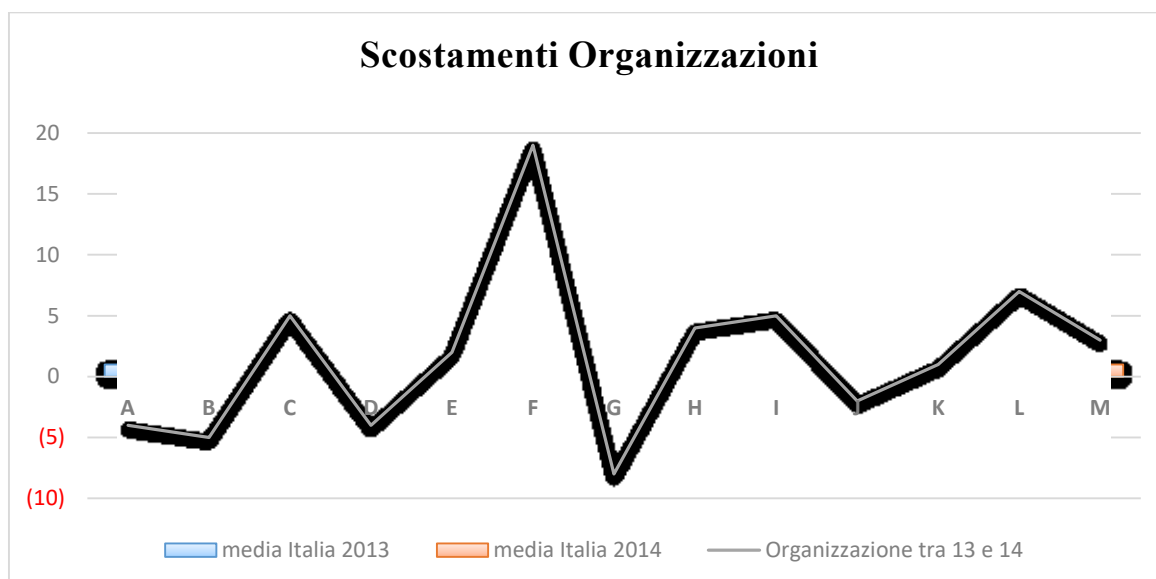
Nell'anno 2014 si nota un trend ancora più positivo, infatti ben 12 delle 13 organizzazioni accreditate hanno una performance più positiva della media nazionale, mentre 1 ha un andamento simile alla media nazionale.

Raffrontando le organizzazioni con se stesse nei due anni di riferimento ci si rende conto di come ben 8 delle 13 organizzazioni hanno avuto un miglioramento tra il 2013 e il 2014 mentre solo 5 hanno avuto un peggioramento.

Tabella 6 - Confronto tra organizzazioni

<b>Organizzazioni</b>	<b>Media Italia 2013</b>	<b>Media Italia 2014</b>	<b>Scostamento 13/14</b>
N° Organizz. positive	9	12	8
N° Organizz. negative	2	0	5
N° Organizz. uguali	2	1	0

Figura 23 - Scostamento tra organizzazioni



Un'analisi simile è stata effettuata prendendo come riferimento gli indicatori.

Per l'anno 2013 infatti sul totale dei 37 indicatori presi in considerazione ben 23 sono risultati nel complesso più performanti nelle organizzazioni accreditate rispetto alla media nazionale, 8 invece hanno avuto una performance peggiore e 6 sono, tra positivi e negativi, in linea con la media (Tabella 7).

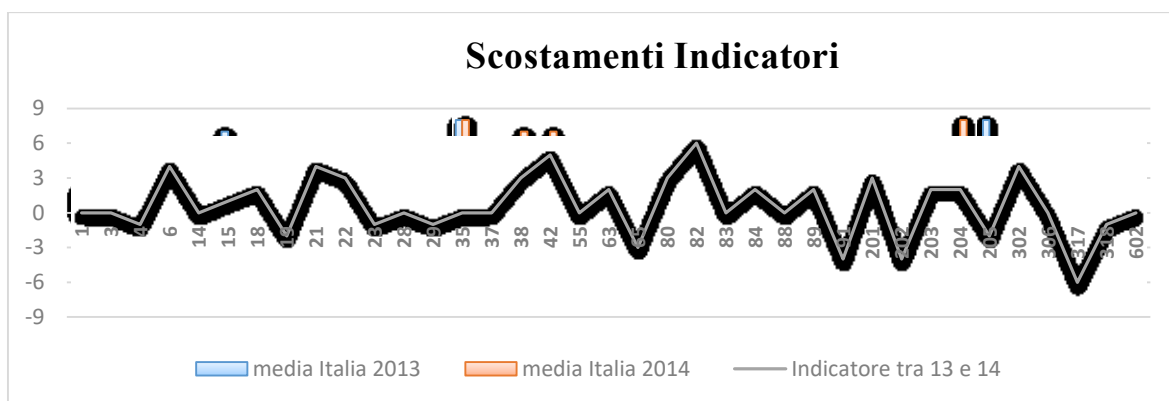
Nel 2014 il numero di indicatori con un saldo positivo nelle organizzazioni accreditate rispetto alla media nazionale è cresciuto a 28, si sono ridotti gli indicatori con un saldo negativo che nel 2014 sono solo 3, restano invece 6 quegli indicatori che hanno un saldo neutro rispetto alla media nazionale.

Raffrontando le performance degli indicatori delle organizzazioni accreditate tra il 2013 e il 2014 invece si nota che 16 indicatori hanno un saldo positivo, 10 hanno complessivamente un andamento peggiorativo e gli ultimi 11 invece sono in linea tra i due anni di riferimento.

Tabella 7 - Confronto tra indicatori

<b>Indicatori</b>	<b>Media Italia 2013</b>	<b>Media Italia 2014</b>	<b>Scostamento 13/14</b>
N° Indicatori positivi	23	28	16
N° Indicatori negativi	8	3	10
N° Indicatori uguali	6	6	11

Figura 24 - Scostamento tra indicatori



In conclusione si può affermare che il gruppo di organizzazioni scelte per il loro orientamento verso la qualità rispecchiano un outcome mediamente sopra la media nazionali con dei picchi con riferimento ad alcune organizzazioni in particolare e ad alcuni indicatori in particolare.

Sembra quindi corretto concludere che, la ricerca di miglioramento dei propri standard qualitativi, attraverso modelli di qualità riconosciuti internazionalmente, si riflette in risultati positivi valutati attraverso outcome di qualità riconosciuti quali quelli inseriti all'interno del Piano Nazionale Esiti.

Ovviamente tale analisi è limitata a soli due anni e ai soli indicatori per i quali è possibile effettuare una comparazione, interessante sarebbe ampliare la ricerca includendo un numero maggiore di anni e di indicatori all'interno dell'analisi e analizzare nel dettaglio i risultati che emergono.

## 6.2. Il controllo sui costi e i piani di rientro

L'evoluzione del contesto socio-economico globale ha avuto ripercussioni sui singoli sistemi economici nazionali (Frisina Doetter & Götze 2011; Mladovsky et al. 2012; McDaid et al. 2013; Karanikolos et al. 2013; Baumbach & Gulis 2014), l'Italia non fa eccezione da questo punto di vista tanto che il tema dell'utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse è diventato cruciale (Bordignon & Turati 2003; de Belvis et al. 2012).

Il controllo sulle risorse ha acquisito sempre maggiore importanza per i governi nazionali, politiche nazionali di razionalizzazione e riduzione delle spese hanno contraddistinto gli ultimi anni. Anche in sanità sono stati implementati diversi strumenti per controllare i costi e garantire la sostenibilità del sistema; uno degli strumenti più importanti sono i piani di rientro implementati col fine di risanare e contenere i disavanzi sanitari regionali (L. 311/04, art. 1, co. 180).

Le Regioni in disavanzo devono procedere:

- ✓ Fare una ricognizione delle cause ed elaborazione di un programma per la riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del servizio sanitario
- ✓ Stipulare un accordo con Ministeri della Salute e dell'Economia per individuare gli interventi necessari per ripristinare l'equilibrio economico, tenendo conto di una serie di parametri fra cui il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le Regioni attualmente sotto Piano di Rientro (Figura 25) sono: Abruzzo dal 2007, Calabria dal 2009, Lazio dal 2007, Molise dal 2009, Piemonte dal 2010, Puglia dal 2007 e Sicilia dal 2007. Sono invece state sotto stato di rientro e sono riuscite a rientrare dalla situazione di deficit la Liguria (2007 – 2009) e la Sardegna (2007 – 2009).

*Figura 25 - Regioni in Piano di Rientro*



### 6.3. Costi e qualità: una politica nazionale

Quanto sopra detto evidenzia che i temi dei costi e della qualità sono stati affrontati dal regolatore italiano in un'ottica di miglioramento del sistema sia dal punto di vista dell'efficienza, dell'efficacia, dell'equità, della sostenibilità e del miglioramento del sistema.

Le due azioni finora si erano sviluppate su binari paralleli senza ricercare azioni di integrazione tra le due aree; un primo esperimento in questo senso però lo ha sviluppato la

legge di stabilità 2016. Tale legge definisce un intervento importante dello Stato sui temi di politica sanitaria, infatti, a differenza di quanto precedentemente definito il controllo sull'equilibrio economico non si limiterà più al dato aggregato a livello regionale bensì andrà nei dettagli delle singole aziende. Infatti la legge nei commi 524 e seguenti afferma che:

*“Ciascuna Regione entro il 30 giugno di ogni anno individua le AO, le AOU, gli IRCCS e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano:*

- ✓ *Uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore del 10%, o in valore assoluto pari o superiore a 10 milioni di euro*
- ✓ *Il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (aree cliniche interessate: cardiocircolatorio; nervoso; respiratorio; chirurgia generale; chirurgia oncologica; gravidanza e parto; osteo-muscolare)”*

L'azione del legislatore, in linea con gli studi citati all'interno della ricerca, mira a valutare le organizzazioni secondo un sistema multidimensionale che tenga in considerazione sia aspetti economici che indicatori legati alla qualità delle cure erogate dall'organizzazione.

## 7. Conclusioni

Il rapporto tra costi e qualità è al centro del dibattito sia accademico sia di chi opera per costruire i sistemi sanitari da oltre 30 anni. All'interno di questo lavoro si è affrontato solo alcuni dei molti aspetti che, nell'arco di questi decenni, sono stati oggetto di studio e ricerca.

Un primo aspetto critico riguarda la modalità di misurazione dei costi, il tema della risorse scarse è al centro del dibattito in qualunque sistema. Dall'analisi delle modalità classiche di analisi dei costi, fino agli ultimi modelli proposti risulta evidente la complessità di trovare un modo per adattare sistemi, spesso costruiti su realtà spesso industriali, facciano fatica ad adattarsi ad un mondo particolare come quello sanitario. La maggiore difficoltà la si incontra nel trovare un trade-off tra il livello di dettaglio che viene allo strumento e la necessità delle risorse da investire per costruirlo.

Non esiste quindi un modello che sia perfetto, le scelte sembrano convergere verso un sistema che sia in grado di mappare i costi legati alle singole attività (Activity Based Costing). L'elemento di criticità di questi sistemi è duplice: se da un lato un sistema costruito tenendo conto di tutti i parametri rischia di avere un rapporto tra costi sostenuti per costruire ed alimentare il sistema e benefici collegati al suo utilizzo negativi; dall'altro lato un sistema che cerca di ridurre la complessità della misurazione identificando una proxy (ad esempio il tempo) che possa rappresentare bene l'impegno (Time Driven Activity Based Costing) paga forse un'eccessiva semplificazione e rischia di generare risultati non sufficientemente attendibili e validi per un'analisi.

Le organizzazioni sanitarie sono contesti in cui coesistono figure con professionalità molto diverse tra loro, queste figure non possono agire in maniera individuale ma per garantire che il risultato del processo di cura sia positivo è necessario che lavorino insieme coordinandosi e scambiandosi continuamente informazioni. Questa enorme necessità di coordinamento non è semplicemente riassumibile nella relazione medico-infermiere ma anche solo all'interno del mondo medico si trovano specializzazioni diverse che in momenti diversi del percorso devono rispondere ai bisogni dello stesso paziente.

La complessità organizzativa di queste organizzazioni è molto alta e questo si traduce nella necessità di sviluppare strumenti che permettano di governare e gestire le situazioni in maniera coerente e cercando di standardizzare il più possibile le scelte e misurarne di conseguenza gli esiti. La capacità attraverso la misurazione degli esiti dei processi di migliorare la qualità è fortemente legato al riconoscimento che i professionisti danno ai risultati del processo di misurazione. Se i professionisti riconoscono la validità degli

strumenti allora è possibile pensare di migliorare i propri processi alla luce dei dati emersi dalla misurazione.

L'elemento cruciale che porta i professionisti a riconoscere i dati è direttamente collegato a quanto riconoscono come validi gli strumenti della misurazione. Se gli strumenti sono percepiti dai professionisti come elementi burocratici imposti, che non generano valore aggiunto, allora non ne riconosceranno i risultati e non sarà possibile coinvolgerli nei processi di miglioramento della qualità. Per poter lavorare all'interno dell'organizzazione al fine di migliorare la qualità delle prestazioni è necessario che tutta l'organizzazione, professionisti in primis, siano consapevoli che ciò che misura le proprie azioni è uno strumento pensato e costruito per rispondere ad un bisogno organizzativo ma soprattutto clinico.

Se, come si è visto, è possibile coinvolgere i professionisti nell'utilizzo degli strumenti, è necessario che il management implementi e utilizzi strumenti di miglioramento della qualità nel suo agire quotidiano. Anche qui appare evidente che l'utilizzo è funzione della validità che il management assegna allo strumento.

I dati evidenziati nelle ricerche mostrano che non esiste un avversione di base da parte di chi ha funzioni manageriali nelle organizzazioni verso tali strumenti. Chi ha funzioni manageriali ha bisogno del supporto di strumenti di natura organizzativa, e quando questi strumenti sono presenti e sono chiari nelle loro finalità e nelle loro modalità di utilizzo allora diventano il punto di riferimento e di appoggio per costruire il processo di governance giorno dopo giorno. Se questi strumenti, però, perdono la loro efficacia e la loro utilità agli occhi di chi li deve utilizzare allora tornano ad essere visti solo come burocrazia che rallenta l'agire quotidiano e non genera nessun vantaggio per l'organizzazione.

Come detto, prima la ricerca si colloca all'interno del filone sul rapporto tra costi e miglioramento della qualità e rappresenta una piccola aggiunta ad una letteratura già varia e approfondita. La ricerca non si conclude con questo lavoro, come appare evidente soprattutto nella parte finale, e con riferimento alla fotografia della situazione italiana, la natura evoluzione di questi studi porta ad approfondire, una volta consolidati i dati, i rapporti tra i dati di outcome (Piano Nazionale Esiti), l'investimento in modelli per il miglioramento della qualità e il controllo dei costi.

La scelta degli attori del sistema sanitario italiano di costruire un sistema di valutazione delle aziende sanitarie che tenga conto degli aspetti economici (come del resto già previsto nella precedente modalità di identificazione delle organizzazioni da sottoporre a piano di rientro)



ma che aggiunga anche i valori di outcome è un'indicazioni importante su come si pensa di costruire il sistema sanitario italiano del futuro.

La ricerca rappresenta una fotografia limitata nel tempo e nello spazio del contesto preso in esame, oltre a prendere in riferimento solo alcuni degli aspetti che, nella letteratura internazionale, sono identificati come elementi che influenzano il miglioramento della qualità. L'analisi, ancora embrionale, sviluppata sui dati del Piano Nazionale Esiti non può certo definirsi come abbastanza solida da poter assumere in maniera oggettiva i risultati emersi.

## 8. Riferimenti bibliografici

- ABIM, 2002. Residents: Evaluating your clinical competence. New competencies for internal medicine. *American Board of Internal Medicine*.
- Age.Na.S., 2015. PNE Ed. 2015. Available at: <http://95.110.213.190/PNEed15/index.php>.
- Aird, B., 1996. Activity-based cost management in health care-another fad? *International journal of health care quality assurance*, 9(4), pp.16–19.
- Akhavan, S., Ward, L. & Bozic, K.J., 2015. Time-driven Activity-based Costing More Accurately Reflects Costs in Arthroplasty Surgery. *Clinical orthopaedics and related research*.
- Albright, H.W., Incalcaterra, J. & Feeley, T.W., 2013. Time-driven activity-based costing and the impact on cost measurement in the face of health reform. In *ASCO Annual Meeting Proceedings*. p. 262.
- Anthony, R.N., Hawkins, D.F. & Merchant, K.A., 2011. *Accounting: text and cases*, McGraw-Hill.
- Armstrong, P., 2002. The costs of activity-based management. *Accounting, Organizations and Society*, 27(1), pp.99–120.
- Arnaboldi, M. & Lapsley, I., 2005. Activity based costing in healthcare: a UK case study. *Research in Healthcare Financial Management*, 10(1), p.61.
- Au, J. & Rudmik, L., 2013. Cost of outpatient endoscopic sinus surgery from the perspective of the Canadian government: a time-driven activity-based costing approach. *International forum of allergy & rhinology*, 3(9), pp.748–754.
- Azzone, G., Masella, C. & Bertelè, U., 1991. Design of performance measures for time-based companies. *International Journal of Operations & Production Management*, 11(3), pp.77–85.
- Baird, K.M., Harrison, G.L. & Reeve, R.C., 2004. Adoption of activity management practices: a note on the extent of adoption and the influence of organizational and cultural factors. *Management accounting research*, 15(4), pp.383–399.
- Bastia, P., 1996. *Analisi dei costi: evoluzione degli scopi conoscitivi*, CLUEB.
- Baumbach, A. & Gulis, G., 2014. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *The European Journal of Public Health*, 24(3), pp.399–403.
- Beamon, B.M., 1999. Measuring supply chain performance. *International journal of operations & production management*, 19(3), pp.275–292.
- de Belvis, A.G. et al., 2012. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health policy*, 106(1), pp.10–16.
- Benson Jr., J.A., Bollet, A.J. & Farber, S.J., 1979. Clinical competence in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, 90(3), pp.402–411.
- Berenson, R.A., Pronovost, P.J. & Krumholz, H.M., 2013. Achieving the potential of health care performance measures. *Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation*.
- Berta, P., Seghieri, C. & Vittadini, G., 2013. Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region. *Health care management science*, 16(3),

pp.245–257.

- Bierman, A.S. & Clark, J.P., 2007. Performance measurement and equity. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7608), p.1333.
- Black, N., 2013. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ (Clinical research ed)*, 346, p.f167.
- Bloom, N. et al., 2009. Management practices in hospitals. *Manuscript, London School Econ*.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E., 2003. Reframing leadership. *Business leadership*, pp.86–136.
- Bordignon, M. & Turati, G., 2003. Bailing out expectations and health expenditure in Italy.
- Borgonovi, E., 2004. Aziendalizzazione e governo clinico. *Mecosan*, 49, pp.5–8.
- Botha, A., Kourie, D. & Snyman, R., 2014. *Coping with continuous change in the business environment: knowledge management and knowledge management technology*, Elsevier.
- Boyatzis, R.E., 1982. *The competent manager: A model for effective performance*, John Wiley & Sons.
- Brassard, A. & Smolenski, M.C., 2011. *Removing barriers to advanced practice registered nurse care: Hospital privileges*, AARP Public Policy Institute.
- Brignall, S. & Modell, S., 2000. An institutional perspective on performance measurement and management in the “new public sector.” *Management accounting research*, 11(3), pp.281–306.
- Brimson, J.A., Antos, J. & Collins, J., 1999. *Driving value using activity-based budgeting*, Wiley.
- Broadbent, J., Laughlin, R. & Read, S., 1991. Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis. *Critical perspectives on Accounting*, 2(1), pp.1–29.
- Brown, M.G., 1996. *Keeping score: Using the right metrics to drive world-class performance*, AMACOM Div American Mgmt Assn.
- Brown, M.M. et al., 2003. Health care economic analyses and value-based medicine. *Survey of ophthalmology*, 48(2), pp.204–223.
- Brusa, L. & Zamprogna, L., 1991. *Pianificazione e controllo di gestione: creazione del valore, cost accounting e reporting direzionale: tendenze evolutive*, Etas libri.
- Burg, F.D. & Lloyd, J.S., 1983. Definitions of competence: A conceptual framework. *Evaluating the skills of medical specialists*, pp.1–71.
- Camarata, J.B. & Camarata, M.R., 2000. Towards an integrative model: performance measurement in not-for-profit organizations. *Performance Measurement±Past, Present and Future*, Centre for Business Performance, Cranfield School of Management.
- Campanale, C., Cinquini, L. & Tenucci, A., 2014. Time-driven activity-based costing to improve transparency and decision making in healthcare. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 11(2), pp.165–186. Available at: <http://dx.doi.org/10.1108/QRAM-04-2014-0036>.

- Canby, J.B., 1995. Applying activity-based costing to healthcare settings. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association*, 49(2), p.50.
- Cannavacciuolo, L. et al., 2015. An activity-based costing approach for detecting inefficiencies of healthcare processes. *Business Process Management Journal*, 21(1), pp.55–79.
- Carmeli, A. et al., 2009. How leaders cultivate social capital and nurture employee vigor: implications for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 94(6), p.1553.
- Carpenter, G., 1986. Cash flow management in government. *Australian Accountant*, (June), pp.37–40.
- Carpenter, V.L., 1990. Improving accountability: Evaluating the performance of public health agencies. *Association of Government Accountants Journal*. Fall, pp.43–54.
- Chan, Y.-C.L., 1993. Improving hospital cost accounting with activity-based costing. *Health Care Management Review*, 18(1), pp.71–77.
- Cleverley, W.O., 1987. Product costing for health care firms. *Health care management review*, 12(4), pp.39–48.
- Coda, V., 1968. *I costi di produzione*, Giuffrè.
- Cohen, D.R. & Henderson, J.B., 1991. Health, prevention and economics. *OUP Catalogue*.
- Coleman, L.G., 1992. Bottom-line Focus Considered Fatal in Health Care. *Marketing News*, 26(10), pp.1–18.
- Cooper, R. & Kaplan, R.S., 1991. *Design of cost management systems*, Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.
- Cooper, R.B. & Zmud, R.W., 1990. Information technology implementation research: a technological diffusion approach. *Management science*, 36(2), pp.123–139.
- Curtright, J.W., Stolp-Smith, S.C. & Edell, E.S., 2000. Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), p.58.
- Daniel, P. & Keegan, R., 1989. Are your performance measures obsolete? *Management accounting*, p.45.
- Davenport, T.H. & Prusak, L., 1998. *Working knowledge: How organizations manage what they know*, Harvard Business Press.
- Davies, H.T.O. & Harrison, S., 2003. Trends in doctor-management relationships. *British Medical Journal*, 326(7390), p.646.
- Le Deist, F.D. & Winterton, J., 2005. What is competence? *Human resource development international*, 8(1), pp.27–46.
- Dejnega, O., 2011. Method time driven activity based costing—Literature review. *Journal of Applied Economic Sciences (JAES)*, (1 (15)), pp.9–15.
- Demeere, N., Stouthuysen, K. & Roodhooft, F., 2009. Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact. *Health Policy*, 92(2–3), pp.296–304.
- Dimick, C., 2010. Quality check: An overview of quality measures and their uses. *Journal*

- of *AHIMA*, 81(9), pp.34–38.
- Donabedian, A., 1966. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), pp.166–206.
- Donabedian, A., 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol I, The Definition of Quality and Approaches to Its assessment Health Administration. *Press Michigan*.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), pp.1743–1748.
- Donabedian, A., 1990. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), pp.1115–1118.
- Donabedian, A., 2002. *An introduction to quality assurance in health care*, Oxford University Press.
- Donabedian, A., 2005. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), pp.691–729.
- Donovan, C.J. et al., 2014. How Cleveland Clinic used TDABC to improve value. *Healthcare Financial Management*, 68(6), pp.84–89.
- Drucker, P., 2012. *Managing in the next society*, Routledge.
- Drummond, M.F. et al., 2015. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford university press.
- Drummond, M.F., 1987. Resource allocation decisions in health care: a role for quality of life assessments? *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), pp.605–616.
- Duarte, N.T., Goodson, J.R. & Arnold, E.W., 2013. Performance Management Excellence Among the Malcolm Baldrige National Quality Award Winners in Health Care. *The health care manager*, 32(4), pp.346–358.
- Economou, C. et al., 2015. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experiences. WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies*, pp.103–142.
- Eddy, D.M., 1991. Clinical decision making: from theory to practice. The individual vs society. Resolving the conflict. *JAMA*, 265(18), p.2399.
- Eisen, G.M. et al., 2001. Guidelines for credentialing and granting privileges for endoscopic ultrasound. *Gastrointestinal endoscopy*, 54(6), pp.811–814.
- Emanuel, E.J. & Pearson, S.D., 2012. Physician autonomy and health care reform. *JAMA*, 307(4), pp.367–368.
- Epstein, R.M. & Hundert, E.M., 2002. Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), pp.226–235.
- Ferretti, M. & Zangrandi, A., 2009. *Le misurazioni economiche negli enti pubblici*, EGEA.
- Filannino, C., Stornello, I. & Nardi, S., 2011. Le politiche di people strategy in sanita: lo sviluppo delle clinical competence per la crescita professionale del dirigente medico. *Italian Journal of Medicine*, 5(1), pp.2–16.
- Frank, J.R. & Langer, B., 2003. Collaboration, communication, management, and

- advocacy: teaching surgeons new skills through the CanMEDS Project. *World Journal of Surgery*, 27(8), pp.972–978.
- Frisina Doetter, L. & Götze, R., 2011. Health care policy for better or for worse? Examining NHS reforms during times of economic crisis versus relative stability. *Social Policy & Administration*, 45(4), pp.488–505.
- Fryer, K., Antony, J. & Ogden, S., 2009. Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 22(6), pp.478–498.
- Gamble, P.R. & Blackwell, J., 2001. *Knowledge management: A state of the art guide*, Kogan Page Publishers.
- Gervais, M., Levant, Y. & Ducrocq, C., 2010. Time-driven activity-based costing (TDABC): An initial appraisal through a longitudinal case study. *Journal of Applied Management Accounting Research*, 8(2), p.1.
- Gonzalez, M.L., Butler, A.S. & England, M.J., 2015. *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*, National Academies Press.
- Gosselin, M., 1997. The effect of strategy and organizational structure on the adoption and implementation of activity-based costing. *Accounting, organizations and society*, 22(2), pp.105–122.
- Greenfield, S. & Nelson, E.C., 1992. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings.
- Greiner, A.C. & Knebel, E., 2003. *Health professions education: A bridge to quality*, National Academies Press.
- Griffith, J.R., 2007. Improving preparation for senior management in healthcare. *Journal of Health Administration Education*, 24(1), pp.11–32.
- Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E. & Zopounidis, C., 2012. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40(1), pp.104–119.
- Groene, O. et al., 2010. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC health services research*, 10(1), p.1.
- Guptill, J., 2005. Knowledge management in health care. *J Health care finance*, 31(3), pp.10–14.
- Ham, C., 2008. Enhancing engagement in medical leadership: a rapid survey of international experience. *Academy of Medical Royal Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement*.
- Hannan, E.L. et al., 1998. Pediatric cardiac surgery: the effect of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality. *Pediatrics*, 101(6), pp.963–969.
- Hanson, W.R. & Ford, R., 2010. Complexity leadership in healthcare: Leader network awareness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(4), pp.6587–6596.
- Harteloh, P.P.M., 2003. The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*, 11(3), pp.259–267.

- Horngren, C.T. & Foster, G., 1991. Cost Accounting Emphasis.
- Husser, W.C., 2003. Medical professionalism in the new millenium: A physician charter. *Journal of the American College of Surgeons*, 196(1), pp.115–118.
- Hussey, P.S., Wertheimer, S. & Mehrotra, A., 2013. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(1), pp.27–34.
- Jenkins, K.J. et al., 1995. In-hospital mortality for surgical repair of congenital heart defects: preliminary observations of variation by hospital caseload. *Pediatrics*, 95(3), pp.323–330.
- Jones, R. & Pendlebury, M., 2000. *Public sector accounting*, Pearson Education.
- Judson, A.S., 1990. *Making strategy happen: transforming plans into reality*, Wiley-Blackwell.
- Kaplan, R.S., 2014. Improving value with TDABC. *Healthcare financial management : journal of the Healthcare Financial Management Association*, 68(6), pp.76–83.
- Kaplan, R.S. & Anderson, S.R., 2007. Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits. *Harvard Business School Press Books*, 82, p.266.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P., 2005. The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard business review*, 83(7), p.172.
- Kaplan, R.S., Porter, M.E. & Lawrence, B.W., 2011. Big Idea How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard business review*, 89(September), p.46–52, 54, 56–61 passim.
- Karanikolos, M. et al., 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), pp.1323–1331.
- Keegan, D.P., Eiler, R.G. & Jones, C.R., 1989. Are your performance measures obsolete? *Strategic Finance*, 70(12), p.45.
- Keeler, E.B. et al., 1992. Hospital characteristics and quality of care. *Jama*, 268(13), pp.1709–1714.
- Khaliq, A.A., Walston, S.L. & Thompson, D.M., 2007. Is chief executive officer turnover good for the hospital? *The health care manager*, 26(4), pp.341–346.
- Kimberly, J.R. & Minvielle, E., 1999. *The quality imperative: measurement and management of quality in healthcare*, World Scientific.
- Kirk, L.M., 2007. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. In *Baylor University Medical Center. Proceedings*. Baylor University Medical Center, p. 13.
- Kirkpatrick, I. et al., 2009. Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of health & illness*, 31(5), pp.642–658.
- Kirton, R. & Hazlehurst, M., 1991. Activity Based Costing at the Luton and Dunstable Hospital. *CIMA Mastercourse Presentation*.
- Kohlbacher, M., 2010. The effects of process orientation: a literature review. *Business Process Management Journal*, 16(1), pp.135–152.
- Kotter, J.P., 1996. *Leading change*, Harvard Business Press.

- Kotter, J.P., 2001. *What leaders really do*, Harvard Business School Publishing Corporation.
- Kristeller, A.R., 1995. Medical staff: privileging and credentialing. *New Jersey medicine: the journal of the Medical Society of New Jersey*, 92(1), pp.26–28.
- Kubica, A.J., 2007. Transitioning middle managers. How executives can ensure their success. *Healthcare executive*, 23(2), pp.58–60.
- Lebas, M.J., 1995. Performance measurement and performance management. *International journal of production economics*, 41(1–3), pp.23–35.
- Lee, W. & Mahenthiran, S., 1994. Managing Costs through Structural Re-arrangement of Hospitals: An Activity Based Management Perspective. *Journal of Management Systems*, 6(3), pp.22–38.
- Leebov, W. & Ersoz, M.D.C.J., 2003. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*, iUniverse.
- Lega, F., Prenestini, A. & Spurgeon, P., 2013. Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1), pp.S46–S51.
- Lepak, D.P., Smith, K.G. & Taylor, M.S., 2007. Value Creation and Value Capture: A Multilevel Perspective. *Academy of Management Review*, 32(1), pp.180–194. Available at: <http://amr.aom.org/content/32/1/180.short>.
- Li, L.X. & Benton, W.C., 1996. Performance measurement criteria in health care organizations: review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93(3), pp.449–468.
- Lilford, R. et al., 2004. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*, 363(9415), pp.1147–1154.
- Lin, B.Y.-J. et al., 2011. The role of leader behaviors in hospital-based emergency departments' unit performance and employee work satisfaction. *Social Science & Medicine*, 72(2), pp.238–246.
- Litwin, W.J., Boswell, D.L. & Kraft, W.A., 1991. Medical staff membership and clinical privileges: A survey of hospital-affiliated psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(4), p.322.
- Lohr, K.N. & Harris-Wehling, J., 1991. Medicare: A strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB. Quality review bulletin*, 17(1), pp.6–9.
- Luigi, B., 1994. L'amministrazione e il controllo.
- Lynch, R.L. & Cross, K.F., 1991. *Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvement*, Basilblackwell.
- Maddux, F.W., Maddux, D.W. & Hakim, R.M., 2008. The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities Series Editor: Robert A. Gutman: The Role of the Medical Director: Changing with the Times. In *Seminars in dialysis*. Wiley Online Library, pp. 54–57.
- Mainz, J., 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement.



- International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), pp.523–530.
- Manion, J., 2005. *From management to leadership: Practical strategies for health care leaders*, John Wiley & Sons.
- Mannion, R., 2011. *The Great Healthcare Challenge: Achieving Patient Centered Outcomes*.
- Mant, J., 2001. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), pp.475–480.
- Marengo, A. et al., 2015. Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences. *Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences*.
- Marmot, M.G. & Bell, R., 2009. How will the financial crisis affect health? *BMJ*, 338.
- Martin, G.P. & Learmonth, M., 2012. A critical account of the rise and spread of “leadership”: the case of UK healthcare. *Social science & medicine*, 74(3), pp.281–288.
- Marvin, J.S., 2007. Invited commentary: Professionalism in 21st-century medicine. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 20(1), p.16.
- Mathieu, G. et al., 2011. La clinical competence in Medicina Interna. *Italian Journal of Medicine*, 5(1), pp.17–29.
- Mazzocato, P. et al., 2010. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & safety in health care*, 19(5), pp.376–382.
- McDaid, D. et al., 2013. Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe. *Journal of public health policy*, 34(4), pp.489–501.
- McKinley, R.K., Fraser, R.C. & Baker, R., 2001. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. *BMJ*, 322(7288), pp.712–715.
- McLaughlin, N. et al., 2014. Time-driven activity-based costing: a driver for provider engagement in costing activities and redesign initiatives. *Neurosurgical focus*, 37(5), p.E3.
- McNeese-Smith, D., 1995. Job Satisfaction, Productivity, and Organizational Commitment: The Result of Leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), pp.17–26.
- Miller, G.E., 1990. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), pp.S63–S67.
- Mitchell, P.H., 2008. Defining patient safety and quality care.
- Mladovsky, P. et al., 2012. Health policy responses to the financial crisis in Europe.
- Mohammad Mosadeghrad, A., 2013. Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), pp.203–219.
- Nanni, A.J., Dixon, J.R. & Vollmann, T.E., 1990. Strategic control and performance measurement. *Journal of Cost Management*, 4(2), pp.33–42.
- Nardi, R. et al., 2011. Evaluation models and items of clinical competence for the hospital

- physicians in internal medicine. *Italian Journal of Medicine*, 5(3), pp.3–13.
- Neely, A., 2002. *Business performance measurement: theory and practice*, Cambridge University Press.
- Neely, A., Adams, C. & Crowe, P., 2001. The performance prism in practice. *Measuring business excellence*, 5(2), pp.6–13.
- Nightingale, F., 2016. Notes on Hospitals: 1859.
- Norcini, J.J. et al., 2003. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of internal medicine*, 138(6), pp.476–481.
- Numerato, D., Salvatore, D. & Fattore, G., 2012. The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of health & illness*, 34(4), pp.626–644.
- O'Connor, M.E., 2002. Medical staff appointment and delineation of pediatric privileges in hospitals. *Pediatrics*, 110(2), pp.414–418.
- O'Reilly, C.A., Chatman, J. & Caldwell, D.F., 1991. People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of management journal*, 34(3), pp.487–516.
- Ovretveit, J., 1992. *Health service quality: an introduction to quality methods for health services*, Blackwell Scientific.
- Ovretveit, J., 2009. *Does improving quality save money ?*, Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21325659>.
- Van Peursem, K.A., Prat, M.J. & Lawrence, S.R., 1995. Health management performance: a review of measures and indicators. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 8(5), pp.34–70.
- Pineno, C.J., 2002. The balanced scorecard with time-driven activity based-costing: An incremental approach model to health care cost management. *J Health Care Finance*, 28(4), pp.69–80.
- Pinnarelli, L. et al., 2012. What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions. *BMJ Quality & Safety*, 21(2), pp.127–134.
- Pinnarelli, L. et al., 2015. Piano Nazionale esiti. *Salute e Territorio*, pp.594–602.
- Pizzini, M.J., 2006. The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 31(2), pp.179–210.
- Polanyi, M., 1966. The logic of tacit inference. *Philosophy*, 41(155), pp.1–18.
- Pollitt, C., 1984. Blunt tools: performance measurement in policies for health care. *Omega*, 12(2), pp.131–140.
- Porter, M.E., 2008. Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, 248(4), pp.503–509.
- Porter, M.E., 2009. A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. *New England Journal of Medicine*, 361(2), pp.109–112.
- Porter, M.E., 2010. What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), pp.2477–2481.

- Porter, M.E. & Teisberg, E.O., 2004. Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, 82(10), pp.64–76.
- Pozzoli, S., 2002. *Il controllo direzionale negli enti locali. Dall'analisi dei costi alla «balanced scorecard»*, FrancoAngeli.
- Purbey, S., Mukherjee, K. & Bhar, C., 2007. Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), pp.241–251.
- Rademakers, J., Delnoij, D. & de Boer, D., 2011. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ quality & safety*, p.bmjqs-2010.
- Ramsey, R.H., 1994. Activity-based costing for hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 39(3), p.385.
- Robbins, C.J., Bradley, E.H. & Spicer, M., 2001. Developing leadership in healthcare administration: a competency assessment tool. *Journal of Healthcare Management*, 46, pp.188–202.
- Salzer, M.S. et al., 1997. Validating Quality Indicators Quality as Relationship Between Structure, Process, and Outcome. *Evaluation Review*, 21(3), pp.292–309.
- Schuster, M.A., McGlynn, E.A. & Brook, R.H., 1998. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank quarterly*, 76(4), pp.517–563.
- Senge, P.M., 2006. *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*, Broadway Business.
- Skyrme, D.J., 1998. Developing a knowledge strategy. *Internet: <http://www.skyrme.com/dsa/david.htm>*.
- Spencer, L.M. & Spencer, P.S.M., 2008. *Competence at Work models for superior performance*, John Wiley & Sons.
- Stefl, M.E., 2003. Report of the competency task force: Healthcare leadership alliance. *Chicago: HLA*.
- Stern, D.T., 2006. *Measuring medical professionalism*, Oxford University Press.
- Stuckler, D. et al., 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), pp.315–323.
- Swenson, D., 1995. The benefits of activity-based cost management to the manufacturing industry. *Journal of Management Accounting Research*, 7, p.167.
- Thompson, K.R., Luthans, F. & Terpening, W.D., 1981. The effects of MBO on performance and satisfaction in a public sector organization. *Journal of Management*, 7(1), pp.53–68.
- Torrance, G.W., Thomas, W.H. & Sackett, D.L., 1972. A utility maximization model for evaluation of health care programs. *Health services research*, 7(2), p.118.
- Udpa, S., 1996. Activity-based costing for hospitals. *Health care management review*, 21(3), p.83.
- Uhl-Bien, M. & Marion, R., 2009. Complexity leadership in bureaucratic forms of organizing: A meso model. *The Leadership Quarterly*, 20(4), pp.631–650.

- VanVactor, J.D., 2012. Collaborative leadership model in the management of health care. *Journal of Business Research*, 65(4), pp.555–561.
- Veillard, J. et al., 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17(6), pp.487–496.
- Wass, V. et al., 2001. Assessment of clinical competence. *The Lancet*, 357(9260), pp.945–949.
- Wellman, J., 2009. *Organizational learning: How companies and institutions manage and apply knowledge*, Springer.
- Williams, R.L. & Bukowitz, W.R., 1999. The knowledge management field book. *London: FT Management*.
- Wilson, I.B. & Cleary, P.D., 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), pp.59–65.
- Wimmers, P.F., 2006. *Developing clinical competence*, Psychology.
- Wisner, J.D. & Fawcett, S.E., 1991. Linking firm strategy to operating decisions through performance measurement. *Production and inventory management journal*, 32(3), p.5.
- Zangrandi, A., 1985. *Il controllo di gestione nelle unità sanitarie locali*, Giuffrè Editore.

## 9. Allegati

Allegato 1: Questionario Vertice Strategico

### LA LEADERSHIP: CONDIZIONE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI

#### SEZIONE 1. Informazioni di carattere generale del rispondente:

1. Et :  < 40 anni  Tra 40 e 55  Tra 55 e 65  > 65 anni
  
2. Il suo percorso formativo   di tipo:
  - Medico
  - Infermieristico
  - Economico
  - Giuridico
  - Scienze sociali
  - Altro: \_\_\_\_\_
  
3. In quante altre strutture ha ricoperto un incarico di vertice strategico: \_\_\_\_\_

#### SEZIONE 2. Questionario sulla leadership

1. Uno dei compiti del management   quello di tradurre le politiche (come ad esempio: miglioramento della qualit , orientamento al paziente, riduzione dei costi di produzione, etc.) in concreti comportamenti da parte di tutti gli operatori all'interno dell'ospedale. Nel suo ospedale quali modalit  utilizzate per garantire che le politiche si traducano in comportamenti?
  - relazioni descrittive (valutazioni dei dipartimenti delle UO, degli staff, etc) sul raggiungimento degli obiettivi delle politiche
  - audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati
  - segnalazioni di problemi di comportamenti incoerenti rispetto alle politiche attraverso vari strumenti (es. segnalazioni all'URP; customer satisfaction, etc.)
  - individuazione e raccolta sistematica di indicatori che permettano di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi delle politiche
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
  
2. E' soddisfatto di come i suoi dirigenti garantiscono che le politiche si traducano in comportamenti? (GLD 2. EM 4; GLD 3. EM 4)

1	2	3	4	5	6
Per niente soddisfatto					Molto soddisfatto

3. In che modo gli stakeholder sono informati della capacit  della sua struttura di perseguire le politiche per la qualit ? (NB\*   possibile scegliere pi  opzioni)
  - Attraverso report sistematici e periodici pubblicati sul sito internet
  - Attraverso report di fine esercizio pubblicati sul sito internet

- Attraverso comunicazioni occasionali con modalità differenti
- Attraverso pubblicazione di un periodico di informazione
- Attraverso documenti realizzati ad hoc (carta dei servizi, opuscoli informativi, ecc...)
- Nessuno strumento è utilizzato

4. Come valuta la collaborazione tra dipartimenti e servizi nell'ospedale?

1 Molto bassa	2	3	4	5	6 Molto alta
------------------	---	---	---	---	-----------------

5. Quali dei seguenti strumenti considera sovrabbondanti e quali troppo poco presenti al fine di garantire la collaborazione tra dipartimenti?

	1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
Procedure					
Riferimenti al responsabile gerarchico					
Gruppi di lavoro temporanei su specifici progetti con obiettivi condivisi					
Gruppi di lavoro permanenti					
Coordinatori di progetti trasversali					
Contatti diretti tra i collaboratori, senza passare per responsabili e procedure					

6. Per migliorare le relazioni con i fornitori di servizi sanitari esterni, si potrebbe ipotizzare di: (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- migliorare la contrattualistica
- introdurre criteri di verifica sistematici sul livello di servizio fornito
- gruppi di lavoro comuni
- maggiore standardizzazione del servizio
- aumentare la responsabilità dei referenti dell'ospedale

7. In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti (ad esempio scrivendo e valutando politiche, incontrando collaboratori su questi temi, analizzando report, discutendo possibili soluzioni, comunicando linee di intervento, ecc)

\_\_\_\_\_ %

8. Lei riesce nella sua attività quotidiana a perseguire le linee strategiche dell'ospedale

1 No, l'emergenza quotidiana non mi permette di	2	3	4	5	6 Trovo tempo e modo di far coincidere le mie azioni quotidiane
--	---	---	---	---	---

perseguire le linee strategiche aziendali.					con gli obiettivi strategici
--	--	--	--	--	------------------------------

9. Con riferimento ai direttori di dipartimento e di struttura organizzativa è soddisfatto:

- Di come collaborano con i professionisti

1 per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 molto soddisfatto
--------------------------	---	---	---	---	---------------------

- Di come verificano la qualità dell'assistenza e assicurano la riduzione dei rischi

1 per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 molto soddisfatto
--------------------------	---	---	---	---	---------------------

10. Con riferimento ai protocolli e linee guida cliniche e assistenziali come valuta:

- L'adeguatezza della presenza di questi strumenti nel suo ospedale

1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
-----------------	---	--------------------------	---	-------------------

- La cura dedicata da parte dei professionisti alla revisione delle procedure cliniche assistenziali

1 insufficiente	2	3 adeguata	4	5 troppo cura
-----------------	---	------------	---	---------------

- La presenza di report sulla compliance dei comportamenti alle linee guida e protocolli

1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
-----------------	---	--------------------------	---	-------------------

11. Come incoraggia tutta la struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- sollecitando costantemente lo sviluppo di questi strumenti
- sono definiti specifici obiettivi di budget
- è sviluppato un evidente sistema premiante
- sono definite regole organizzative obbligatorie
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

12. E' soddisfatto di come la sua azienda monitora le performance qualitative dei professionisti?

1 Per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 Molto soddisfatto
--------------------------	---	---	---	---	---------------------

13. Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- nessuna difficoltà particolare

- difficoltà di tipo tecnico nella misurazione
- inadeguatezza degli strumenti a disposizione
- resistenze alla valutazione da parte dei professionisti
- le forti differenze tra le diverse realtà presenti in azienda
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

14. E' soddisfatto dalle azioni che state ponendo in essere per la valorizzazione delle risorse professionali?

1 Per niente insoddisfatto	2	3	4	5	6 Molto soddisfatto
----------------------------------	---	---	---	---	---------------------------

15. Gli obiettivi che ha assegnato ai direttori di Dipartimento e di struttura complessa includono

	Obiettivi non presenti	Obiettivi definiti in modo indiretto sulla base di analisi e considerazioni su aspetti di rischio	Obiettivi definiti in modo indiretto, presenti in altri indicatori	Obiettivi chiari e sono incoraggiati su questi comportamenti	Obiettivi chiari e indicatori specifici
La standardizzazione dei processi					
La riduzione dei rischi nei processi maggiormente critici					
fornire assistenza clinica in modo tempestivo ed efficace utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente					
fornire costantemente assistenza di alta qualità utilizzando pratiche basate sull'evidenza					

16. Per quali di questi obiettivi ha un report periodico? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- La standardizzazione dei processi
- La riduzione dei rischi nei processi maggiormente critici
- fornire assistenza clinica in modo tempestivo ed efficace utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente
- fornire costantemente assistenza di alta qualità utilizzando pratiche basate sull'evidenza

17. In questo spazio può inserire qualsiasi Sua considerazione e/o commento sul tema della leadership nel suo ospedale?



**LA LEADERSHIP: CONDIZIONE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI**

**SEZIONE 1. Informazioni di carattere generale del rispondente:**

4. Et :  < 40 anni  Tra 40 e 55  Tra 55 e 65  > 65 anni
5. In quante altre strutture ha ricoperto un incarico simile a quello ricoperto oggi: \_\_\_\_\_
6. Il suo percorso formativo   di tipo:
- Medico
  - Infermieristico
  - Altro: \_\_\_\_\_

**SEZIONE 2. Questionario sulla leadership**

1. Uno degli aspetti pi  importati del suo ruolo   tradurre le politiche della direzione (come ad esempio: miglioramento della qualit , orientamento al paziente, riduzione dei costi di produzione, etc.) in comportamenti concreti

Nel suo ospedale quali modalit  utilizza la direzione strategica per garantire che le politiche si traducano in comportamenti? (NB\*   possibile scegliere pi  opzioni)

- relazioni descrittive (valutazioni dei dipartimenti delle UO, degli staff, etc) sul raggiungimento degli obiettivi delle politiche
- audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati
- segnalazioni di problemi di comportamenti incoerenti rispetto alle politiche attraverso vari strumenti (es. segnalazioni all'URP; customer satisfaction, etc.)
- individuazione e raccolta sistematica di indicatori che permettano di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi delle politiche
- indicazioni verbali
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

2. Trova complesso tradurre le politiche in comportamenti nel suo ambito di responsabilit ?

1 Per niente	2	3	4	5	6 Molto
-----------------	---	---	---	---	------------

3. Come valuta la collaborazione tra le unit  operative del suo ospedale?

1 Molto bassa	2	3	4	5	6 Molto alta
------------------	---	---	---	---	-----------------

4. Quali dei seguenti strumenti considera sovrabbondanti (o inutili) e quali troppo poco presenti al fine di garantire la collaborazione tra dipartimenti?

	1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
Procedure					

Riferimenti al responsabile gerarchico					
Gruppi di lavoro temporanei su specifici progetti con obiettivi condivisi					
Gruppi di lavoro permanenti					
Coordinatori di progetti trasversali					
Contatti diretti tra i collaboratori, senza passare per responsabili e procedure					

5. In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti (ad esempio scrivendo e valutando politiche, incontrando collaboratori su questi temi, analizzando report, discutendo possibili soluzioni, comunicando linee di intervento, ecc...)

\_\_\_\_\_ %

6. Lei riesce nella sua attività quotidiana a perseguire le linee strategiche dell'ospedale

1 No, l'emergenza quotidiana non mi permette di perseguire le linee strategiche aziendali.	2	3	4	5	6 Trovo tempo e modo di far coincidere le mie azioni quotidiane con gli obiettivi strategici
---	---	---	---	---	---

7. Con riferimento ai suoi collaboratori è soddisfatto (GLD 8):

○ Di come collaborano

1 per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 molto soddisfatto
--------------------------	---	---	---	---	---------------------

○ Di come verificano la qualità dell'assistenza e assicurano la riduzione dei rischi

1 per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 molto soddisfatto
--------------------------	---	---	---	---	---------------------

8. Con riferimento ai protocolli e linee guida cliniche e assistenziali come valuta:

○ L'adeguatezza della presenza di questi strumenti nella sua realtà

1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
--------------------	---	-----------------------------	---	----------------------

○ La cura dedicata da parte dei professionisti alla revisione delle procedure cliniche assistenziali

1 insufficiente	2	3 adeguata	4	5 troppo cura
--------------------	---	---------------	---	------------------

- La presenza di report sulla compliance dei comportamenti alle linee guida e protocolli

1 poco presente	2	3 adeguatamente presente	4	5 troppo presente
--------------------	---	-----------------------------	---	----------------------

9. Come incoraggia tutta la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- sollecitando costantemente lo sviluppo di questi strumenti
- sono definiti specifici obiettivi di budget
- è sviluppato un evidente sistema premiante
- sono definite regole organizzative obbligatorie
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

10. E' soddisfatto di come monitora le performance qualitative dei professionisti?

1 Per niente soddisfatto	2	3	4	5	6 Molto soddisfatto
-----------------------------	---	---	---	---	------------------------

11. Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- nessuna difficoltà particolare
- difficoltà di tipo tecnico nella misurazione
- inadeguatezza degli strumenti a disposizione
- resistenze alla valutazione da parte dei professionisti
- le forti differenze tra le diverse realtà presenti in azienda
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

12. E' soddisfatto dalle azioni che state ponendo in essere per la valorizzazione delle risorse professionali?

1 Per niente insoddisfatto	2	3	4	5	6 Molto soddisfatto
-------------------------------	---	---	---	---	------------------------

13. Quali azioni/politiche ritiene utili introdurre nella sua realtà per una strategia di valorizzazione delle risorse umane l'anno prossimo? (domanda aperta)

14. In che modo definisce e assegna gli obiettivi ai suoi collaboratori? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- Non ho formalizzato obiettivi
- Definisco gli obiettivi in modo informale

- Definisco degli obiettivi formalizzati su contenuti assistenziali e li assegno ai miei collaboratori
- Definisco degli obiettivi formalizzati su contenuti assistenziali e di rischio clinico e li assegno ai miei collaboratori
- Altro \_\_\_\_\_

15. Per quali di questi obiettivi ha un report periodico? (NB\* è possibile scegliere più opzioni)

- La standardizzazione dei processi
- La riduzione dei rischi nei processi maggiormente critici
- fornire assistenza clinica in modo tempestivo ed efficace utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente
- fornire costantemente assistenza di alta qualità utilizzando pratiche basate sull'evidenza

16. In questo spazio può inserire qualsiasi Sua considerazione e/o commento sul tema della leadership nel suo ospedale?

### Allegato 3: Le capacità manageriali in Sanità

#### Ruolo organizzativo attualmente ricoperto:

- Docente di management
- Professionista sanitario
- Professionista sanitario che svolge attualmente funzioni manageriali
- Professionista non sanitario
- Professionista non sanitario che svolge attualmente funzioni manageriali
- Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Per ciascun gruppo di affermazioni, selezionare le **due capacità manageriali** in ordine di rilevanza (**1 max rilevanza, 2 media rilevanza**) per chi ricopre un ruolo organizzativo il contenuto manageriale e il contenuto professionale sono tra loro sufficientemente congiunti, come ad esempio responsabile di struttura semplice o complessa sanitaria, responsabile di unità organizzativa amministrativa (bilancio provveditoriato) o di struttura semplice amministrativa, ruoli di direzione e coordinamento infermieristico, responsabile di distretto, responsabile casa della salute, ecc.

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Definire la quantità e caratteristiche dei collaboratori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribuire alla realizzazione di un sistema premiante di compensi e benefit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definire percorsi di sviluppo delle competenze dei propri collaboratori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definire il fabbisogno di competenze professionali della propria area di riferimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Disegnare i ruoli organizzativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assegnare responsabilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redigere progetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scrivere le procedure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Analizzare e progettare strumenti per integrare professionisti rispetto all'atto sanitario (attività di prevenzione, cura del paziente, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Analizzare e progettare strumenti di coordinamento con riferimento a situazioni problematiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare e progettare la gestione dei flussi di utenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmare le attività ricorrenti e/o quotidiane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare l'organizzazione e i processi aziendali, i punti di forza e di debolezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Costruire checklist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costruire indicatori per valutare i singoli effetti e i singoli fenomeni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pianificare nel medio, lungo periodo (piani strategici)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pianificare nel breve periodo (piani operativi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare l'offerta di servizi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Comprendere i fenomeni complessi utilizzando più indicatori (analizzare dati e trend)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare la sostenibilità dei progetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costruire degli indicatori di performance nell'ambito della propria responsabilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare i flussi informativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condurre un Health Technology Assessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Interpretare un bilancio economico-patrimoniale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare l'impatto organizzativo ed economico della tecnologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costruire business plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fare valutazioni economiche considerando efficienza, efficacia e qualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare i costi e i ricavi delle attività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Individuare gli indicatori di qualità della propria unità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definire il piano qualità della propria unità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare il rischio (rischio clinico, rischio di corruzione, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Valutare la soddisfazione dei collaboratori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare gli outcome clinici, sanitari, assistenziali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare i comportamenti sulla base degli standard di qualità e pianificare azioni correttivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Comunicare con gli organi di stampa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parlare in pubblico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scrivere (relazioni, presentazioni, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicare attraverso la forma scritta e “social”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicare a livello interpersonale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Riconoscere ciò che serve alle altre aree con cui si collabora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorare il lavoro dei collaboratori intervenendo sulle eccezioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutare i collaboratori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condividere gli obiettivi con i collaboratori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Gestire i progetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creare i team (capacità di essere guida dei propri collaboratori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di negoziare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Relazionarsi con l'ambito di riferimento regionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relazionarsi con l'ambito di riferimento locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relazionarsi con la politica regionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relazionarsi con la politica locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informarsi su cosa accade nello specifico sottoambiente o settore di intervento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Valutare la soddisfazione degli utenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>1 massima rilevanza</b>	<b>2 rilevanza media</b>
Comprendere i bisogni degli utenti in anticipo e progettare interventi ad hoc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analizzare la domanda e il bisogno di servizi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cercare i riferimenti normativi riferiti alle specifiche problematiche da affrontare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Opinioni personali**

Se ritieni che nel questionario appena svolto, alcune capacità non siano presenti o che siano descritte in modo insoddisfacenti, preghiamo di segnalarle nell'apposito spazio.



Allegato 4: L'impatto della mappatura delle conoscenze e competenze in sanità

**01. Dati generali**

*Tutti i dati verranno rielaborati e presentati solamente in forma aggregata ai fini della ricerca e in nessun modo sarà possibile risalire al rispondente.*

1. Et   <40  40-55  55-65  >65
2. Da quanti anni lavora presso l'AO Niguarda: .....
3. Da quanti anni   RUOC : .....
4. Quanti collaboratori (medici + infermieri + altro personale) coordina: .....
5. Quanti posti letto ha la sua UO: .....
6. Ha partecipato al processo di mappatura dei Privileges in atto nel suo Ospedale:  SI  NO

**02. La mappatura dei privileges**

I privileges consistono nell'autorizzazione ad eseguire: **attivit ** (ad es. raccolta di anamnesi, esame obiettivo, piano di cura, rivalutazione del paziente, consulenze) **procedure** (ad es. posizionamento di catetere vescicale o ago cannula, effettuazione puntura venosa/arteriosa).

Ordina le seguenti 5 affermazioni sulla MAPPATURA DEI PRIVILEGES in relazione alla loro importanza (**1. la pi  importante – 5. la meno importante**)

<b>A1</b>	Consente ai responsabili di attivare attivit� di formazione coerenti con le effettive necessit� dell'ospedale	
<b>A2</b>	Il direttore di UOC pu� disegnare percorsi di sviluppo professionale	
<b>A3</b>	Permette di condividere tra professionisti esperienze e prassi utili per lo sviluppo professionale	
<b>A4</b>	Permette di costruire percorsi di crescita professionale scelti da ciascun professionista	
<b>A5</b>	Focalizza l'attenzione su aspetti burocratici della professione del medico	

<b>B1</b>	Consente di identificare meglio i ruoli e le responsabilit� nell'equipe	
<b>B2</b>	Consente al dipartimento di monitorare e promuovere le competenze dei professionisti	
<b>B3</b>	Favorisce un orientamento clinico e assistenziale e non economico-giuridico	
<b>B4</b>	Determina un orientamento dei professionisti alla forma e non alla sostanza	
<b>B5</b>	Valorizza le competenze proprie del professionista	

<b>C1</b>	Favorisce la collaborazione tra i professionisti dell'equipe	
<b>C2</b>	Genera una maggiore burocrazia per il professionista	
<b>C3</b>	Agevola la collaborazione tra professionisti attraverso positive relazioni personali	
<b>C4</b>	Consente di riconoscere specifiche eccellenze professionali all'interno dell'ospedale	
<b>C5</b>	Facilita la attivit� di coordinamento delle attivit� quotidiane da parte del Direttore di UO	

<b>D1</b>	Favorisce chi è maggiormente in grado di descrivere le proprie capacità	
<b>D2</b>	Consente al Direttore di UO di organizzare al meglio le attività dei professionisti	
<b>D3</b>	Permette al professionista di auto-definire il proprio ruolo professionale	
<b>D4</b>	E' utile per migliorare la programmazione del personale nel lungo periodo	
<b>D5</b>	Permette di organizzare meglio il lavoro quotidiano della equipe	

<b>E1</b>	Permette di incentrare la valutazione sugli aspetti formali descritti nei privileges	
<b>E2</b>	Consente all'azienda di attivare meccanismi di valutazione professionale, non solo economica e sugli obiettivi	
<b>E3</b>	Consente al professionista di valutarsi nel suo percorso di crescita	
<b>E4</b>	Permette di migliorare la valutazione dei risultati professionali dell'equipe	
<b>E5</b>	Favorisce i contenuti professionali nella valutazione a livello di UO	

### 3. Opinioni personali sulla "mappatura dei privileges"

3.2. Quali reputi siano i vantaggi derivanti dall'introduzione di un sistema di "mappatura dei privileges"?

3.1. Quali reputi siano le criticità legate all'introduzione di un sistema di "mappatura dei privileges"?

Allegato 5: Indicatori PNE 2015

<b>Indicatore</b>	<b>Area clinica</b>
IMA: volume di ricoveri	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	Cardiovascolare
STEMI: volume di ricoveri	Cardiovascolare
STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)	Cardiovascolare
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	Cardiovascolare
N-STEMI: volume di ricoveri	Cardiovascolare
N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)	Cardiovascolare
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	Cardiovascolare
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	Cardiovascolare
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	Cardiovascolare
Ospedalizzazione per PTCA	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	Cardiovascolare
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	Cardiovascolare
Ospedalizzazione per scompenso cardiaco	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche

<b>Indicatore</b>	<b>Area clinica</b>
Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	Cardiovascolare
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	Cerebrovascolare, Procedure chirurgiche
Tonsillectomia: volume di ricoveri	Procedure chirurgiche
Ospedalizzazione per angina senza procedure	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Digerente
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche

<b>Indicatore</b>	<b>Area clinica</b>
Intervento chirurgico per TM retto: volume di interventi	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
Prostatectomia: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Urogenitale
Isterectomia: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Urogenitale
Ictus ischemico: volume di ricoveri	Cerebrovascolare
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Cerebrovascolare
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	Cerebrovascolare
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	Cerebrovascolare, Procedure chirurgiche
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	Cerebrovascolare
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	Cerebrovascolare, Procedure chirurgiche, Cardiovascolare
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	Cerebrovascolare, Procedure chirurgiche, Cardiovascolare
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	Digerente
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	Digerente
Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	Digerente
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	Muscoloscheletrico
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	Muscoloscheletrico
Frattura del collo del femore: giorni di attesa per intervento chirurgico	Muscoloscheletrico
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico, Procedure chirurgiche
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	Muscoloscheletrico, Procedure chirurgiche
Sostituzione di ginocchio: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico, Procedure chirurgiche
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Muscoloscheletrico
Parti: volume di ricoveri	Perinatale
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Perinatale
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	Perinatale
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	Perinatale

<b>Indicatore</b>	<b>Area clinica</b>
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	Perinatale
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	Perinatale
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	Perinatale
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	Perinatale
BPCO: volume di ricoveri	Respiratorio
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Respiratorio
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	Respiratorio
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	Urogenitale
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	Urogenitale
Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	Urogenitale
AIDS: volume di ricoveri	Malattie Infettive
Ospedalizzazione per influenza	Ospedalizzazioni, Malattie Infettive
Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	Ospedalizzazioni, Malattie Infettive
Ospedalizzazione per asma pediatrico	Ospedalizzazioni, Respiratorio
Ospedalizzazione per asma negli adulti	Ospedalizzazioni, Respiratorio
Ospedalizzazione per asma senile	Ospedalizzazioni, Respiratorio
Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva	Ospedalizzazioni, Respiratorio
Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per angina senza procedure	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per colecistectomia	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Digerente
Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Digerente
Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani	Ospedalizzazioni, Muscoloscheletrico
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Muscoloscheletrico
Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Cardiovascolare
Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	Ospedalizzazioni, Malattie Infettive
Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Urogenitale
Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	Ospedalizzazioni, Procedure chirurgiche, Urogenitale

<b>Indicatore</b>	<b>Area clinica</b>
Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)	Ospedalizzazioni
N-STEMI: mortalità a 30 giorni(grezzi)	Cardiovascolare
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	Cerebrovascolare
Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio	Ospedalizzazioni
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca	Ospedalizzazioni
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Procedure Chirurgiche
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	Procedure Chirurgiche
Proporzione di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella	Procedure Chirurgiche
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria	Procedure Chirurgiche
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi effettuati in reparti con volume di attività superiore ai 135 casi	Procedure Chirurgiche
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività superiore ai 90 casi	Procedure Chirurgiche
Frattura del collo del femore: volume di interventi chirurgici	Muscoloscheletrico
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	Procedure chirurgiche
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	Procedure chirurgiche
Intervento chirurgico sull'orecchio medio: volume di interventi	Procedure chirurgiche
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di interventi	Procedure chirurgiche

Allegato 6: Indicatori PNE scelti per l'analisi

<b>N°</b>	<b>Descrizione</b>
<b>1</b>	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
<b>3</b>	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni
<b>4</b>	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni
<b>6</b>	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni
<b>14</b>	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
<b>15</b>	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni
<b>18</b>	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni
<b>19</b>	Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
<b>21</b>	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
<b>22</b>	BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
<b>23</b>	Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni
<b>28</b>	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni
<b>29</b>	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni
<b>35</b>	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
<b>37</b>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
<b>38</b>	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni
<b>42</b>	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
<b>55</b>	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
<b>63</b>	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
<b>65</b>	Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
<b>80</b>	Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria
<b>82</b>	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni
<b>83</b>	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
<b>84</b>	Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni
<b>88</b>	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno
<b>89</b>	Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno
<b>91</b>	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni
<b>201</b>	Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg
<b>202</b>	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
<b>203</b>	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
<b>204</b>	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
<b>205</b>	Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni
<b>302</b>	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
<b>306</b>	Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni
<b>317</b>	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
<b>318</b>	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
<b>602</b>	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero