

**Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484**

Dr. Bove Mariateresa



**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2019-2021



Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

UNIMI – DSC 1901/CE

Università degli Studi di Milano

### **L'AUTORE**

*Mariateresa Bove*, medico SIMT Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma  
[maribove@tiscali.it](mailto:maribove@tiscali.it)

### **IL DOCENTE DI PROGETTO**

*Federico Lega*, professore ordinario, Università degli Studi di Milano

### **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

*Federico Lega*, professore ordinario, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## INDICE

INTRODUZIONE.....	7
1. La Medicina che cambia.....	7
2. La nascita del SSN.....	10
3. Si parla di Azienda e Performance .....	12
4. L’Ospedale che cambia .....	13
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	18
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	19
METODOLOGIA ADOTTATA.....	20
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE.....	21
LO SCENARIO E IL CONTESTO.....	21
1. Il Management.....	21
2. Il processo di valutazione della dirigenza.....	23
L’IDEA E IL PROGETTO .....	24
1. Le Performance.....	24
2. Ruolo professionale e ruolo manageriale.....	27
3. Il ruolo dirigenziale.....	30
4. La Normativa: D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502; DLgs 7 dicembre 1993 n. 517; DPR 10 dicembre 1997 n. 484; DLgs 21.12.1999 n. 517.....	31
5. Le distorsioni della dirigenza.....	33
IN PRATICA.....	36
1. Performance e indicatori per il ruolo dirigenziale.....	36
2. Individuazione di indicatori per un fascicolo professionale in ambito ospedaliero.....	39
3. Individuazione di indicatori per un fascicolo professionale in ambito trasfusionale.....	43
4. Costruzione del fascicolo personale.....	46
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	50
RISULTATI ATTESI.....	51
CONCLUSIONI.....	52
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	56
SITOGRAFIA.....	57

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## INTRODUZIONE

« La Medicina è la salute vista dalla parte dei medici e la salute è la medicina vista dalla parte dei malati » (Cosmacini G. (2016), *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, Biblioteca Storica Laterza). Si ripercorre in breve la storia degli individui, medici, e degli avvenimenti da loro provocati. L'evoluzione di questi avvenimenti viene descritta prendendo in esame 5 aspetti : le dinamiche della morbilità endemica ed epidemica, la formazione della classe medica, l'evoluzione del pensiero scientifico, l'origine della legislatura sanitaria e la trasformazione delle istituzioni ospedaliere ed assistenziali.

### 1. La Medicina che cambia

Le epidemie dominano la storia della medicina per secoli, tra il 1346 e il 1353 la peste ha sostituito la lebbra, e non ci sono strumenti di diagnosi se non l'osservazione e l'ispezione e la terapia è approcciata sulla prevenzione (fuggi dalla malattia). La prevenzione è dovuta dall'impossibilità di reprimere la malattia. Il baccillo *Yersinia pestis* che provoca la malattia verrà scoperto solo nel 1894 e conseguentemente la sua terapia. Il periodo compreso tra il 1494 e il 1559 è conosciuto come il periodo delle guerre d'Italia in cui la penisola è invasa dai francesi e dagli spagnoli che dominano gran parte della penisola. Questo periodo è devastato da una decadenza politica ed economica e gran parte della penisola perde la propria indipendenza che riacquisterà solo con il Risorgimento. Questo è un periodo di carestia e nuove epidemie. Si diffonde una nuova malattia la sifilide e nascono gli Ospedali degli Incurabili perché questa malattia viene ritenuta incurabile. Nel periodo successivo e fino al 1700 compaiono tutta una serie di malattie epidemiche quali tifo esantematico, malaria, vaiolo, influenze varie e nuovamente la peste, tutte nella valle del Po' e tutte nello stesso periodo. Il problema della diagnosi differenziale per distinguere le varie malattie diventa predominante e siccome non ci sono ancora rimedi farmacologici l'intervento del medico si attua attraverso gli Uffici di Sanità con le misure di isolamento e la quarantena. Gli Uffici Sanitari svolgono il loro intervento sia nel migliorare le condizioni igieniche e ambientali sia per il controllo delle scorte alimentari, infatti l'insorgenza del tifo petecchiale coincide con l'inizio della carestia e le ridotte scorte alimentari. Per la prima volta viene utilizzato un farmaco per la cura della malaria, la corteccia di china che viene dal Perù che diventerà Chinino di Stato agli inizi del 1900, e i casi di malaria diminuiranno grazie anche alla bonifica di alcune aree del territorio. Dopo una nuova epidemia di peste nel 1657 compare una nuova malattia, il vaiolo che impatta soprattutto sulla mortalità infantile. Da studi osservazionali si evince che la malattia immunizza chi l'ha avuta e superata. Viene pertanto, utilizzata la variolizzazione cioè l'inoculazione a scopo profilattico del vaiolo umano.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

Un'anticipazione della pratica della vaccinazione che si svilupperà soprattutto nel periodo napoleonico. Con la rivoluzione industriale tra il 1760 e il 1830 il lavoro diventa collettivo, organizzato, segmentato, disciplinato e sorvegliato. Nasce un nuovo approccio della medicina pubblica cioè dei lavoratori che si ammalano producendo ricchezza con il proprio lavoro, quindi dalla malattia del singolo si passa alla prevenzione delle malattie professionali. Questo passaggio definisce l'igiene sociale che dall'individuo protende verso la collettività, e si afferma l'idea che la sanità pubblica sia una responsabilità dello Stato (Giovanni Pietro Frank. (1784). *Il Sistema Compiuto di Polizia Medica*). I governi iniziano ad occupare un posto in tema di salute pubblica. Agli inizi del 1800 viene proclamato il Regno d'Italia e inizia il periodo napoleonico (1805-1814), dal punto di vista della medicina un periodo ricco di epidemie endemiche: la peste di Noja del 1815-16 l'epidemia che colpì la cittadina di Noja nei pressi di Bari, il morbo petecchiale provocato soprattutto dalla miseria, la recrudescenza del vaiolo (1829) una malattia con una elevata mortalità fino a quando la vaccinazione potenziata durante il periodo napoleonico non diventa obbligatoria (1853); il colera proveniente dalla zona del Gange e in Europa dal bacino del Volga. Spesso i sistemi idrici e i sistemi fognari contigui ne provocano l'insorgenza. L'agente che lo provoca *Vibrio Colerae* verrà identificato solo nel 1854 da Filippo Pacini. L'endemia tifoidea si aggiunge a quella del colera e dove esistono entrambe il tasso di mortalità si impenna. Alle malattie endemiche infettive si aggiungono le epidemie legate alle abitudini dietetiche sopraggiunte con i cambiamenti alimentari della classe contadina come nel caso della Pellagra malattia provocata dall'assenza nell'alimentazione della vitamina PP. Infatti con l'autonomia del lavoro rurale, l'affitto della terra veniva pagato con le coltivazioni di grano, mentre il mais, carente di vitamina PP, veniva usato per il consumo personale. Altra malattia legata alle abitudini dietetiche è lo Scorbuto carenza di vitamina C, per mancanza di assunzione di frutta e verdura. I cambiamenti legati all'industrializzazione, al lavoro rurale (le risaie e le coltivazioni di mais) la malattia diventa una rappresentazione del modo in cui l'uomo entra in contatto con la natura, il lavoro, la tecnica, cioè con la vita sociale: è la nascita della medicina sociale. Ma i tre flagelli endemici che devastano l'Italia dell'ottocento sono la malaria, che colpisce soprattutto la popolazione della Maremma e del Lazio per l'influenza delle zone paludose in cui vivono; la pellagra per il consumo giornaliero di mais; la tubercolosi che tramandata dalla medicina greco-romana come Tisi, nasce e si diffonde in Italia nelle seterie. Le tre malattie sono ritenute malattie professionali e quindi malattie sociali. La scoperta del bacillo di Koch responsabile della tubercolosi e la scoperta della vaccinazione saranno conquiste l'una del 1882 (Robert Koch) e l'altra del 1920 (Calmette e Guarin). Nei primi del novecento la prassi clinica muta e si arricchisce di mezzi e strumenti diagnostici che si sostituiscono all'esperienza. La radioscopia del torace e l'esame dell'espettorato diventano determinanti per la diagnosi di tubercolosi. Il fattore decisivo per l'indebolimento delle

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

malattie infettive è dato non solo dal contributo delle nuove scoperte ma anche dalle mutate condizioni di vita, dal miglioramento dell'alimentazione e delle condizioni abitative. I primi del novecento è il periodo delle scoperte scientifiche e dell'organizzazione ospedaliera, la nuova organizzazione sanitaria è strettamente legata alla politica più che nei secoli precedenti. E' il periodo dell'igiene applicata alla sanità pubblica, il periodo della tecnologia diagnostica e della tecnologia terapeutica. Questo secolo vede anche la nascita del premio Nobel che verrà assegnato anche per la medicina nel 1901 a Emil von Behring per la sua scoperta del siero antidifterico. La grande guerra (1915-18) chiude definitivamente il periodo delle epidemie, compare la meningite cerebrospinale epidemica e la spagnola (1918-20) con le sue 600.000 vittime; fanno di nuovo la loro comparsa nell'esercito la tisi, la malaria, il tifo (1919), il vaiolo (1919-20). Ma questo è anche il periodo delle scoperte dei vari agenti microbici che provocano le varie malattie infettive, viene scoperto anche il *treponema* agente infettivo della sifilide (1905). Ma il corso delle malattie infettive cambierà con la scoperta della terapia antibiotica (1928) e dei chemioterapici, che determinerà definitivamente la fine delle epidemie infettive in Italia. In Medicina nascono le varie specialità che cominciano ad essere istituzionalizzate anche a livello universitario e in chirurgia iniziano i primi interventi specialistici. Già a fine ottocento c'era stato lo sviluppo dell'anestesia, dell'asepsi e dell'emostasi, nel novecento si sviluppa la chirurgia dell'apparato locomotore, chirurgia addomino-plastica e il taglio cesareo, e nel corso del secolo si svilupperanno nuove discipline medico-scientifiche e la specializzazione diventerà sempre più multidisciplinare. Dalla seconda metà del XX secolo, grazie al progressivo miglioramento delle condizioni sociali ed economiche della popolazione e all'introduzione di nuove terapie farmacologiche, la tubercolosi e gran parte delle principali malattie infettive, saranno considerate malattie del passato. Se il graduale declino della morbosità e mortalità per tubercolosi si doveva attribuire ad una sempre più efficace chemioterapia, la parabola discendente delle forme infettive si intersecava con quella ascendente delle malattie metabolico-degenerative, e l'aumento delle patologie cardiovascolari e tumorali, considerate malattie del presente. Il nuovo secolo vedrà due nuove emergenze quella dell'AIDS provocata dal virus HIV che modifica bruscamente le consuetudini e le certezze consolidate della scienza medica in un momento in cui sembrava consolidata la vittoria sulle malattie infettive del passato. Ma le malattie virali rimarranno una sfida sotto il profilo biologico, culturale e scientifico della sanità non solo in Italia. Accanto alla tubercolosi e all'AIDS, anche il cancro (dal latino *cancer, cancrum*, in greco *karkinos*, granchio) raggiunge nel corso del Novecento una elevata diffusione. A partire dal secondo dopoguerra, il progressivo espandersi delle forme tumorali (il termine tumore deriva dal greco *tymbos*, tumulo sepolcrale e dal latino *tumor*, tumefazione), considerate alla stregua di vere e proprie malattie sociali, determinerà la crescita costante delle discipline oncologiche. Nella visione di Mauri la medicina moderna deve caratterizzarsi

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

come (Mauri, 2009): *predittiva*: per la capacità della medicina biomolecolare di arrivare alla diagnosi delle malattie; *proattiva*: per la capacità di anticipare le risposte diagnostiche e terapeutiche; *personalizzata*: per la possibilità che le cure erogate siano mirate al singolo paziente; *preventiva*: per la possibilità di anticipare le possibili malattie cui incorreranno i singoli pazienti; *partecipata*: il paziente è un soggetto attivo che partecipa alla propria cura. «Il progresso delle conoscenze dovrebbe favorire la medicina predittiva, proattiva e preventiva; il progresso delle tecnologie e dei farmaci favorisce la personalizzazione della cura; l'etica dovrebbe spingere verso l'umanizzazione e la partecipazione attiva del paziente al proprio processo di cura» (Lega F., Mauri M., Prenestini A., (2010). *L'Ospedale tra presente e futuro*. Egea S.p.A Milano). I progressi scientifici in campo medico forniscono un considerevole impulso anche a vari tentativi di riforma del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

## **2. La nascita del Sistema Sanitario Nazionale**

I primi tentativi di intervento legislativo risalgono al XVIII secolo, ma è Frank medico tedesco che insegna a Pavia tra il 1785 e il 1795, nominato Consigliere di Governo, Direttore generale degli affari medici, (un moderno Ministro della Sanità) a presentare nel 1788 un piano di regolamentazione delle strutture sanitarie in Lombardia. La Lombardia austriaca all'epoca aveva 1 milione di abitanti: 715 medici svolgevano soprattutto attività privata nelle città, solo 155/715 occupano il posto nelle 92 condotte e solo 87/715 erano impiegati presso le strutture ospedaliere per 2000 posti letto concentrati soprattutto a Milano. La pianificazione sanitaria prevedeva: 1) l'aumento del numero dei medici condotti per i posti rurali e in montagna con una retribuzione (in precedenza la loro attività era soggetta a obolo volontario o gratuita); 2) l'eliminazione degli ospedali di campagna che erano nelle mani della beneficenza; 3) riforma dei luoghi di assistenza nelle città; 4) riforma delle scuole di ostetricia e chirurgia; 5) regolamentazione delle farmacie con il controllo sui prezzi e qualità dei prodotti (Giovanni Pietro Frank, (1784). *Il Sistema Compiuto di Polizia Medica*). Lo sviluppo della medicina sociale e dell'igiene pubblica e tutta la serie di vecchie epidemie alla fine dell'ottocento portano alla Riforma Sanitaria con l'emanazione della Legge Pagliani-Crispi (22 dicembre 1888) che trasforma l'approccio di Polizia Sanitaria in Sanità Pubblica. La riforma costruisce una struttura piramidale con un organo direttivo di vertice affiancato dal Consiglio Superiore di Sanità, di seguito medici e consigli provinciali, medici condotti qualificati come ufficiali sanitari in equilibrio tra centralità e decentramento gestita da tecnici della salute. Nel 1887 c'era già stata l'istituzione della Direzione Generale di Sanità Pubblica presso il Ministero dell'Interno e per la prima volta i medici vennero coinvolti nel processo decisionale. La Riforma Sanitaria del 1888 contribuisce a migliorare

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

la salute pubblica. La legge prescriveva la denuncia obbligatoria, da parte dei Comuni, delle malattie contagiose, l'obbligo della vaccinazione, della provvista di acque potabili e della compilazione di statistiche sanitarie. I medici erano pagati dallo Stato, a disposizione gratuita della popolazione. Ufficiali sanitari comunali, medici circondariali, medici provinciali venivano coordinati direttamente da sindaci, prefetti e sotto prefetti. Il numero di medici per ogni Comune era stabilito in base al numero di abitanti, unitamente a pubbliche levatrici. Al 1907 risale il primo Testo unico delle leggi sanitarie aggiornato nel 1934. I primi del novecento vedono l'intervento dello Stato nella lotta alle malattie quali la Malaria, la Sifilide e la Tuberculosis. Viene istituito il Chinino di Stato per la malaria e programmi per la lotta alla malattia con la legge di riforma degli ordinamenti sanitari del 30.12.1923 che trasferisce alle province l'onere di distribuzione del chinino e il regio decreto R.D.L n. 753 del 18 maggio 1924 per la bonifica di ampi tratti del territorio nazionale. Con la legge n. 1276 del 23 luglio 1927 vengono istituiti i consorsi anti-tubercolari per la lotta alla tubercolosi e vengono istituiti e costruiti i sanatori in tutta l'Italia. Anche la sifilide è oggetto di regolamentazione sia con la Pomata di Stato sia con la profilassi anti venerea di Stato che destina al ricovero e alle cure in cliniche dermosifilidopatiche le donne e gli uomini alle cure ambulatoriali. Nel 1930 nel nuovo codice di procedura penale con l'art. 554 (codice Rocco) viene inserito come reato il contagio da sifilide o malattia venerea. Nasce con il punto XXVII della Carta del Lavoro del 21 aprile 1927 la prima forma di assicurazioni contro le malattie professionali e infortuni sul lavoro che evolverà in seguito in un sistema di mutue obbligatorie che verrà gestito dallo Stato. Questo sistema veniva finanziato in modo paritetico dai contributi dei lavoratori, delle aziende e delle industrie, con il grande postulato medico della libera scelta, per i pazienti indigenti interveniva lo Stato. In Germania era stato introdotto come sistema Bismark nel 1883 e trasformava il rischio individuale in rischio collettivo. Infine la legge 11 gennaio 1943 n. 138 rende obbligatoria l'assicurazione sociale di malattia dei lavoratori dipendenti (INAM). Questo sistema di finanziamento dell'assistenza sarà presente in Italia fino alla legge n. 833 del 23 dicembre 1978 che istituisce in Italia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tipo Beveridge già presente in Inghilterra dal 1948. Già l'articolo 32 della Costituzione aveva sancito la tutela della salute come un fondamentale diritto dell'individuo. Con l'istituzione del servizio sanitario nazionale lo Stato ha competenza nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale, nel coordinamento e nella definizione dei meccanismi di finanziamento del sistema; le Regioni hanno il compito di programmazione regionale nel rispetto dei piani sanitari nazionali e di coordinamento del sistema di offerta dei servizi sanitari operanti sul territorio; le Istituzioni locali hanno funzioni amministrative e operative connesse alla produzione ed erogazione dei servizi sanitari. Il nuovo assetto determinato dall'istituzione del servizio sanitario nazionale genera con il passare degli anni problemi di spesa pubblica in quanto la spesa deve essere commisurata alle effettive disponibilità

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

finanziarie. I meccanismi di finanziamento in Italia del servizio sanitario nazionale sono la quota capitaria costituita dalle tasse (IRAP, IRPEF, accise sulla benzina, tasse locali comunali in piccola parte) che viene poi distribuita ed aggiustata in base ai bisogni di salute della popolazione prendendo in considerazione età, sesso e il livello di assistenza dei cittadini residenti, i tassi di mortalità, gli indicatori territoriali epidemiologici. Ci sono poi i sistema a tariffa più variabili e discrezionali in quanto collegati ai volumi e mix delle prestazioni sanitarie erogate e i ticket di cooperazione del cittadino alle spese sanitarie. Il sistema a tariffe più diffuso a livello mondiale è quello dei Diagnosis Related Groups (DRG) introdotto negli Stati Uniti per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere e poi adottato a livello internazionale. Infine i finanziamenti diretti e straordinari usati a volte per riequilibrare i bilanci delle aziende.

### 3. Si parla di Azienda e Performance

Negli anni novanta si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del servizio sanitario nazionale. Con i decreti di riordino del 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di “riordino della disciplina sanitaria”, del 7 dicembre 1993, 517, “modificazioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e con il decreto legislativo del 19 giugno 1999, n. 229, in materia di “norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”, si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l’aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione. Le unità sanitarie locali (USL) diventano aziende sanitarie con autonomia organizzativa (ASL). La programmazione è dettata dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale, le aziende sanitarie locali e gli ospedali diventano aziende con obbligo di redigere il bilancio, vengono introdotti anche in ambito sanitario i concetti di equilibrio di bilancio, contabilità analitica e controllo della qualità delle prestazioni. La contabilità finanziaria, propria degli enti pubblici viene sostituita dalla contabilità generale economico-patrimoniale, tipica delle imprese e più coerente con una logica di misurazione e responsabilizzazione. Per garantire la tutela della salute e contenere la spesa sanitaria **nascono i Livelli essenziali di assistenza (LEA)**, le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire sul tutto il territorio a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (ticket), finanziati con le risorse pubbliche. Le Regioni, con risorse proprie, possono garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei livelli essenziali di assistenza. I livelli essenziali di assistenza, definiti nel 2001 e aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017 sono il nucleo essenziale irrinunciabile del diritto alla salute. I profondi cambiamenti prodotti da tale riforma D.Lgs.vo 502/92 ha reso indispensabile per le aziende sanitarie, per le regioni

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

e lo stato l'introduzione di sistemi e strumenti in grado di misurare e rilevare i processi produttivi e i risultati della concreta realizzazione delle attività all'interno delle aziende. Lo scopo è quello di avere elementi utili e rilevazioni in grado di supportare i processi di programmazione e controllo a qualsiasi livello. Misurare le performance (risultati) dei servizi sanitari rappresenta il completamento di un processo di riforma che sposta l'attenzione dalle risorse ai risultati. Già nel 1990 il Regno Unito aveva avviato questo processo con il Community Care Act che traduceva in programma di governo il report di Griffith sul management nel National Health Service pubblicato nel 1983. Negli anni Novanta anche in Italia le aziende si sono impegnate nello sviluppare sistemi di programmazione e controllo e successivamente introducendo strumenti di misurazione delle performance. Questo processo è iniziato introducendo all'interno delle aziende prima il controllo di gestione a cui è seguito lo sviluppo del sistema di budget, uno strumento che permette di programmare ogni anno gli obiettivi finanziari, clinici, operativi da raggiungere all'interno delle unità operative e dipartimenti: è diventato un modo per misurare i risultati delle attività e dei processi nelle aziende sanitarie. A livello aziendale è stato introdotto invece l'obbligo di bilancio in cui vengono riportate le rilevazioni contabili relative alla situazione economico-patrimoniale dell'azienda. L'obiettivo fondamentale della nascita del SSN è stato sin dalla sua istituzione la misurazione degli esiti come misura di salute della popolazione. Misure di esito sono pertanto i risultati che il sistema sanitario si è prefissato in primo luogo con i LEA e in secondo luogo con il Programma Nazionale Esiti (PNE-Ministero della Salute 2003) che fornisce valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure del nostro SSN e valuta inoltre indicatori di processo in grado di influenzarne gli esiti. I dati del PNE sono elaborati sulla base delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

#### **4. L'Ospedale che cambia**

La trasformazione delle istituzioni ospedaliere e assistenziali ricalcano le dinamiche della morbilità delle epidemie che si succedono nei secoli e lo sviluppo dei nuovi saperi scientifici. In questo contesto, in ambito sanitario le prime strutture a comparire sono gli uffici di sanità provvisori che diventeranno definitivi tra il 1300 e il 1400. I loro compiti erano la sorveglianza delle possibili fonti di infezione e l'impostazione delle misure di isolamento come la quarantena. La malattia che ha dominato l'alto medioevo è la lebbra e il Lebbrosario era la struttura di ricovero per i malati, il basso medioevo invece è dominato dalla peste e la costruzione del Lazzaretto (1423) è la nuova forma di ricovero che ne consegue. Intorno al 1400 si osserva una trasformazione nel sistema dell'assistenza gratuita che diventa a gestione mista statale e religiosa, prima di questo periodo l'assistenza veniva erogata da religiosi ed era compresa tra le opere di carità. L'intervento statale è diretto ad una

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

razionalizzazione complessiva dell'assistenza (Repubblica Ambrosiana 1447-1450) con il controllo delle amministrazioni ospedaliere e la gestione dei possedimenti fondiari. Viene istituita una commissione che controlla i vari bilanci degli istituti e vengono chiusi o incorporati negli ospedali maggiori quegli istituti non virtuosi. Nel 1508 viene pubblicata la prima relazione dell'Ospedale Maggiore di Milano sull'andamento sanitario e sulla pianta organica dell'ospedale e sarà dall'ospedale Milanese che partirà la Riforma Ospedaliera del XV secolo (ducato Visconteo-Sforzesco: 1395-1447 e ducato Sforzesco del 1447-1535). L'Hospitale inteso come un luogo che dona asilo gratuito ed eroga un'assistenza generica senza distinzione tra assistenza medica e socio-sanitaria subisce una trasformazione, si inizia a differenziare il malato acuto da quello cronico accolti in strutture diverse. Diversi ospedali vengono specializzati nell'accoglienza di malati con uguali patologie con una differenziazione di ricovero in base alla malattia. Il medico viene escluso dalla fase progettuale, organizzativa e gestionale, ma verrà coinvolto nella fase operativa e nella fase preliminare di accettazione e smistamento dei malati. La parte economica viene sostenuta dai governi locali e da donazioni. L'assistenza viene erogata soprattutto da religiosi, i medici in quanto professionisti prestano la loro opera dall'esterno. L'ospedale subisce nello stesso tempo anche una trasformazione architettonica con la progettazione delle corsie e dei servizi igienici. L'obiettivo è il controllo della malattia e il recupero della salute. Le guerre d'Italia tra il 1494 e il 1559 producono fame, carestie, miseria e una serie di malattie, alcune sporadiche gravi e meno gravi e altre epidemiche di varia aggressività. Pertanto accanto agli Ospedali quali Santo Spirito in Sassia a Roma, San Camillo De Lellis a Roma e Ospedale Maggiore di Milano a cui è deputata l'assistenza dei malati con patologia acuta (1673), ci sono anche altre strutture: "Ospedali dei Mendicanti" in risposta alle condizioni sociali miserabili che si occupano solo di problematiche sociali; gli "Ospedali degli Incurabili" che integrano gli Ospedali Maggiori e si occupano di patologie croniche. Agli inizi del 1700 gli ospedali si trasformano in "Istituti clinici" e si inizia a fare lezione al letto del paziente. La realtà ospedaliera prima dell'unificazione risulta tuttavia molto disomogenea sia dal punto di vista strutturale che normativo. Le riforme sono concentrate soprattutto nelle aree di influenza austriaca. Con l'unificazione del Paese (1861) si diffonde dapprima il modello piemontese che vede le opere pie sottoposte ad un controllo di carattere istituzionale ma con la legge Crispi sulle opere pie (17 luglio 1890) gli enti ospedalieri vengono condotti sotto la sfera del controllo dello Stato. Nascono gli ospedali a padiglioni collegati con un corpo centrale (Galliera di Genova, 1877-1884; Mauriziano a Torino, 1884; ospedale di Monza, 1896 o con percorsi protetti Policlinico Umberto I di Roma 1888). Si abbandona la grande corsia e si adotta l'articolazione in reparti. Gli ospedali vengono dislocati fuori dalle città di 300-400 posti letto con padiglioni di 20-40 posti letto, ogni posto letto aveva 15 mq di superficie. Gli ospedali per malattie infettive erano appartati e lo smaltimento dei rifiuti era lontano

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

dai padiglioni di degenza. La distribuzione territoriale degli ospedali subiva però pressioni politiche e la disponibilità di risorse è molto disomogenea tra le regioni soprattutto tra il Centro-Nord e il Sud. La rilevazione statistica della Direzione Generale di Sanità, prende in considerazione gli ospedali pubblici, e i dati collocano l'Italia in situazione assai più arretrata rispetto a altri paesi europei quali Francia (4,2 p.l. x 1.000 abitanti), Inghilterra (5,4), Germania (5,9), Svizzera (4,8), Italia (3,5). (Geddes D.M. (2011). *Gli ospedali d'Italia – Ieri, Oggi, Domani*. Redazione SI). Le politiche sanitarie privilegiano soprattutto strutture per tubercolotici e per malattie mentali. Ai primi del novecento la tubercolosi è il peggior problema sanitario italiano e nei primi posti come causa di morte. Verrà infatti fondato nel 1920 a Roma l'Ospedale Forlanini interamente dedicato ai malati di Tubercolosi. Gli ospedali cessano di essere come opere pie alla fine dell'ottocento e diventano sempre più luoghi di benefico ricovero. La guerra del 1915-18 ha prodotto un aumento dei ricoveri ospedalieri dovuto all'aumentato bisogno di ospedalizzazioni dei soggetti, una grave crisi finanziaria e un aumentato costo dei materiali del periodo post bellico. I comuni a cui secondo la legge 30.12 1923 n. 2841 spettava di rimborsare le spese mediche dei cittadini ricoverati, erano in condizioni finanziarie pessime. Gli ospedali avrebbero dovuto aggangiarsi alla riforma dell'assistenza e previdenza sociale con le Assicurazioni Generali Obbligatorie contro le malattie, ma il mondo cattolico fa ostruzionismo per non perdere il proprio controllo sul settore ospedaliero. Si sviluppa il settore privatistico o dei solventi. Il regio decreto (R.D.L.) 30 settembre 1938 n. 1631 detta anche legge Petraghiani: "norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali" regola tutti gli enti che si occupano di assistenza come enti ospedalieri, separa le varie attività specialistiche all'interno degli ospedali, divisi in sezioni e reparti all'interno dei quali si possono avere una o più divisioni. La legge regola gli ospedali dal punto di vista strutturale, funzionale, finanziario e assistenziale oltre a regolamentare il personale sanitario e l'accesso all'erogazione dell'assistenza tramite concorsi pubblici. La diffusione del cancro (il nuovo male del XX secolo) che consuma in modo implacabile e si propaga porta alla creazione di Istituti in tutta Europa, quali, per citare i più noti, la Fondazione per le ricerche sul cancro a Londra nel 1902, l'Istituto del cancro a Parigi nel 1926, l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori a Milano nel 1925 e l'Istituto Regina Elena di Roma nel 1926. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833/1978, il decreto legislativo 502/1992 integrato dal decreto legislativo 517/1993 e successivamente il D.Lgs.vo 229/1999 producono una trasformazione sia dell'assetto istituzionale della sanità italiana sia degli ospedali che diventano aziende. Nascono i dipartimenti ospedalieri e di salute mentale, il dipartimento di prevenzione e il distretto. Ogni Azienda Sanitaria Locale a livello regionale organizza il proprio territorio in distretti e all'interno del distretto fornisce i servizi socio-sanitari e per le cure primarie. Le aziende sanitarie locali ridefiniscono l'articolazione del proprio territorio regionale e costituiscono in aziende

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

autonome gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione o comunque più meritevoli a livello della propria regione. Le strutture pubbliche che erogano assistenza e cura si distinguono in: aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. Accanto a queste strutture pubbliche ci sono altre strutture che erogano servizi sanitari in regime privato: ospedali o case di cura privati e accreditati, istituti di ricerca di diritto privato, policlinici privati a gestione diretta dell'università, ospedali classificati, ospedali qualificati presidio di aziende sanitarie locali. Il modello affermatosi con la legge Petragrani dell'ospedale organizzato attorno ai primariati non risponde più alle esigenze della medicina ospedaliera. Lo sguardo è sempre più attento alle dinamiche di spesa e ai cambiamenti di approccio al paziente dettati dall'Evidence-Based Medicine. La nuova organizzazione del lavoro in ospedale mette al centro della propria attività di assistenza, il paziente; intorno al paziente è fondamentale l'integrazione tra le discipline e i vari professionisti e la gestione organizzativa a partire dai processi produttivi. La risposta a queste nuove esigenze viene dalla costituzione del dipartimento al cui interno le unità operative omogenee perseguono finalità comuni pur mantenendo la propria autonomia. Vengono emanate nuove normative relative al rischio sismico, alla sicurezza degli impianti e delle strutture, all'abbattimento delle barriere architettoniche (il decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, in materia di "sicurezza sui luoghi di lavoro" sostituito dal decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81). Alcuni ospedali si specializzano e pretendono verso l'eccellenza sia nell'erogazione di cure specialistiche sia nelle attività di emergenza (DEA di I e II livello), nella ricerca e nella didattica. In quest'ottica sono nati i Centri ultra specialistici, le banche di organi, i centri trapianti. La scienza medica deve poter alleviare le sofferenze di malati inguaribili (circa 250.000 persone ogni anno) e per garantire ad essi una migliore qualità della vita. La distribuzione di alta tecnologia è un cardine nella modernizzazione delle strutture ospedaliere.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## PROGETTAZIONE, UN MODELLO A CINQUE LIVELLI

*Il modello di riferimento per la progettazione di una nuova organizzazione suddivide l'attività dell'ospedale su cinque livelli, legati all'instabilità clinica del paziente e all'impatto assistenziale sulla struttura*

- 1** Le terapie intensive polispecialistiche;
- 2** L'alta complessità clinica (high care) e le terapie sub-intensive polispecialistiche. In questo livello l'introduzione di reparti high care - multi specialistici è una delle innovazioni più interessanti, che intercetta il paziente chirurgico o medico ad alta instabilità clinica, tale da non poter essere adeguatamente assistito nel reparto ordinario, ma non tale da necessitare terapie intensive. Si tratta quindi di un reparto intermedio tra le terapie intensive o sub-intensive e il reparto ordinario, in cui vi sono posti letto monitorizzati e che può rappresentare una evoluzione della recovery room operante sulle sole 48 ore post intervento, o comunque affiancarsi od integrare al suo interno l'area recovery;
- 3** Il ricovero ordinario o long stay polispecialistico (detto anche usual care);
- 4** Il ricovero breve o short stay polispecialistico. Si tratta in generale di una degenza per il ricovero da 2 a 5 giorni di natura elettiva, in diversi tipi di regime (day hospital, day surgery, one-day e week surgery) e con eventualmente l'identificazione di una degenza di week-hospital con posti letto e con ricoveri programmabili - per ragioni specifiche di tipo diagnostico o terapeutico - da parte del medico di medicina generale, del medico specialista (interno/esterno), del medico della struttura dedicata al week-hospital, del medico del pronto soccorso;
- 5** Il ricovero sub-acuto o post-acuto (low care) polispecialistico. Il reparto low care è un reparto a gestione prevalentemente infermieristica che avvia la transizione del paziente verso il territorio ed accelera la dimissione in condizioni di funzionalità ottimale per il paziente.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

Il progetto si pone l'obiettivo ambizioso di individuare i campi di interesse professionale individuali e di risultati manageriali necessari per poter accedere al secondo livello dirigenziale in linea con il DPR 10 dicembre 1997 n. 494 e del D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517. In secondo luogo si pone l'obiettivo di individuare indicatori capaci di costruire un fascicolo personale di performance utile ai fini della valutazione. Il fascicolo personale viene costruito secondo una serie di elementi e cioè da un elenco di tutte le responsabilità, i requisiti e le qualifiche necessarie per una specifica posizione (Job description); da una mappatura delle competenze; dal contratto individuale redatto al momento dell'incarico; dal curriculum vitae aggiornato; e dagli esiti delle valutazioni annuali o pluriennali.

## DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il destinatari del progetto sono in primo luogo i medici affinché comunicano ai pazienti informazioni accessibili on line sui propri servizi/prodotti, la modalità di accesso ai vari prodotti con orari e tempistica; la trasparenza sui percorsi assistenziali con tempi di accesso e liste di attesa; informazioni brevi e semplici di consulenza specialistica di base per risolvere le situazioni di asimmetria informativa. In secondo luogo è destinato ai pazienti, i quali negli anni hanno aumentato la loro consapevolezza rispetto ai propri bisogni di salute con la loro maggiore partecipazione ai propri processi di cura e assistenza. I pazienti devono essere in grado di fidarsi dei medici per la loro vita e salute. Per giustificare questa fiducia il medico deve mostrare rispetto per la vita umana e assicurarsi che la sua pratica soddisfi gli standard che ci si aspetta:

**conoscenza, abilità e prestazioni:** è importante aggiornare le proprie conoscenze e abilità professionali, lavorare entro le proprie competenze riconoscendone i limiti, fornire un buon livello di pratica e cura mettendo al centro la cura del paziente;

**sicurezza e qualità :** proteggere e promuovere la salute dei pazienti e del pubblico;

**comunicazione, partnership e lavoro di squadra:** costruire un rapporto di fiducia con i pazienti rispettando la loro riservatezza, fornendo informazioni che desiderano ricevere in modo che possano comprenderle e prendere insieme decisioni sulla loro salute. Collaborare con i colleghi nei modi opportuni per favorire la miglior cura ai pazienti;

**mantenere la fiducia:** agire con onestà ed integrità, senza discriminare pazienti e colleghi. Il medico è personalmente responsabile della pratica professionale e deve essere sempre pronto a giustificare decisioni e azioni.

Su queste basi generiche il medico dirigente costruisce la sua storia personale e professionale e il suo fascicolo personale di performance. Il fascicolo personale rappresenta una fonte di informazioni del dipendente utili ai fini della valutazione. Può essere informatizzato e reso disponibile secondo le regole della trasparenza, essere di supporto ai fini delle valutazioni alla Direzione Sanitaria, alle varie Unità Operative di competenza, quali Formazione, Gestione Qualità, Controllo di Gestione, Dipartimenti. Il fascicolo viene gestito dall'Unità Operativa Gestione del Personale ed inserito nel sistema informatizzato intraziendale.

## METODOLOGIA ADOTTATA

Per arrivare a comprendere lo sviluppo di metodologie e strumenti capaci di rendere misurabile e documentabile il lavoro dei professionisti all'interno delle organizzazioni sanitarie abbiamo ripercorso la nostra storia sanitaria ricostruendo la sua realtà sul piano epidemiologico, socio-antropologico, e tecnologico. E' importante comprendere come nel corso dei secoli la medicina da arte e filosofia è diventata scienza. (Cosmacini G. (2016), *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, Biblioteca Storica Laterza). Dal 1300 al 1800 i progressi legati al sapere medico-scientifico sono stati molto pochi e circoscritti, solo alla fine del 1800 e soprattutto agli inizi del 1900 si è assistito ad un'accelerazione. Sono state debellate malattie epidemiche combattute per secoli. La consapevolezza che l'influenza delle condizioni igieniche e ambientali aveva sull'insorgenza ed evoluzione su alcune malattie aveva portato a modificare l'ambiente e a migliorare le condizioni di vita della popolazione. Sono stati modificati gli ambienti di ricovero e le organizzazioni sanitarie, e nella prima metà del 1900 sono intervenute le prime politiche sanitarie che hanno coinvolto tutto il territorio nazionale. In questa storia evolutiva della nostra realtà sanitaria il medico si pone tra cultura tecnologica meno perfezionata e meno specializzata rispetto a quella che sarà nel futuro e cultura antropologica. La cultura tecnologica sarà frutto del patrimonio di conquiste scientifiche solo verso la fine del 1800. Da questo momento l'evoluzione del bagaglio scientifico sarà sempre più ricco e specialistico. «La vera scienza, in medicina, è una intelligenza che sappia unire e armonizzare la tecnologia medica e l'antropologia del rapporto medico/paziente» e il medico del futuro è un medico ricco di coscienza ed intelligenza. I primi sistemi di rilevazione delle attività sanitarie e valutazione dei risultati ottenuti si riferiscono alla guerra in Crimea (4 ottobre 1853 – 1 febbraio 1856) da parte dell'infermiera Florence Nightingale che per tutta la sua permanenza registra il numero dei decessi e la loro causa, creando un grafico noto come "diagramma dei cunei"; la prima indagine statistica effettuata in una struttura ospedaliera. Agli inizi del novecento un altro esempio è quello Ernest Amory Codman, chirurgo americano noto per aver sperimentato l'uso di misure di processo e di esito, che ha definito "fine risultati", per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria.

# DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

## 1. LO SCENARIO E IL CONTESTO

### 1.1 Il Management

Uno dei temi centrali del processo di aziendalizzazione della sanità è rappresentato dalla performance management, un processo di identificazione, misurazione e sviluppo delle performance di gruppo e individuali, in modo che siano allineate con gli obiettivi strategici dell'organizzazione. "An approach to steering organizations on the basis of pre-defined goals, whose accomplishment is evaluated against actual achievements". Il processo di aziendalizzazione ha attribuito alle strutture sanitarie una autonomia gestionale ed imprenditoriale, una personalità giuridica pubblica e un obbligo di rendicontazione analitica (D.Lgs.vo 517/99). Efficacia, efficienza ed economicità sono diventati i dictat su cui le aziende hanno formalizzato le proprie attività, mentre i sistemi di programmazione e controllo sono stati gli strumenti con cui le strategie aziendali si sono interfacciate con i sistemi operativi per conoscere, valutare e decidere. I sistemi di programmazione e controllo si sono ben consolidati all'interno delle aziende e hanno guidato il processo di aziendalizzazione attraverso il superamento di logiche burocratiche. Il sistema di budget è uno strumento programmatico delle unità operative e dipartimenti all'interno delle aziende e dei distretti a livello territoriale che definiamo come un piano espresso in termini quantitativi (monetari) dell'anno, articolato per centri di responsabilità (Anthony e Young, 1992). E' uno strumento di attuazione di obiettivi aziendali annuali di un gruppo di persone guidati da un responsabile. In tal senso il CCNL del 1996 riconosce a tutti i medici e i veterinari la qualifica di dirigente, allargando notevolmente la base di soggetti responsabili di risorse umane e tecnologiche, da coordinare e organizzare al fine di perseguire gli obiettivi. Il budget è un documento interno dell'azienda e il processo di budget rappresenta la modalità con cui l'azienda arriva a definire il documento di budget. **Le funzioni del budget:** 1) strumento di programmazione aziendale che allinea i centri di responsabilità alle finalità e agli obiettivi aziendali; 2) strumento che mette in evidenza problematiche prevedibili per le quali è possibile mettere in atto azioni correttive e ridefinire gli obiettivi; 3) strumento che mette in evidenza problematiche interne che possono essere corrette in collaborazione tra direzione aziendale e centri di responsabilità; 4) strumento di motivazione e stimolo di unilaterale appartenenza. Non è un sistema contabile bensì di guida alle attività. **I contenuti del budget:** 1) scelte di allocazione delle risorse; 2) modalità di impegno delle risorse; attività o azioni da svolgere; 4) risultati da conseguire; 5) un eventuale risultato economico da raggiungere (margine di

contribuzione). **Le finalità del budget:** 1) strumento di programmazione di breve periodo; 2) guida e motivazione in quanto l'azienda declina le sue aspettative; 3) coordinamento con altri centri di responsabilità; 4) controllo e valutazione; 5) apprendimento e formazione cioè stimola all'apprendimento organizzativo. Il processo di budget è articolato da : Fasi, Tempi, Attori. In una prima fase c'è la formulazione delle linee guida e/o indirizzi di budget annuali, declinati dai vertici aziendali (DG) con la produzione di un documento sintetico quantitativo chiaro ( es. costi variabili, ricoveri ordinari, disponibilità di risorse aggiuntive, disponibilità di risorse economiche per la tecnologia); in una seconda fase questo documento viene tradotto in obiettivi per i centri di responsabilità con la formulazione delle proposte di budget e formulazione degli obiettivi di budget declinate dai vertici aziendali e dal responsabile del centro di responsabilità. La Regione espone attraverso il Piano Sanitario Regionale le linee di indirizzo a cui le aziende si ispirano per i loro compiti da svolgere: linee guida e piano di organizzazione aziendale strategico (POAS). Affinché il budget sia il documento guida delle attività è necessario che gli obiettivi declinati siano coerenti con i piani pluriennali aziendali e con gli obiettivi annuali in una pianificazione integrata. I documenti utilizzati per questa integrazione sono: 1) le linee guida di indirizzo che riprendono il piano pluriennale e formalizzano gli obiettivi e le previsioni economiche per singolo dipartimento; 2) bilancio di previsione aziendale per l'area territoriale e l'area ospedaliera; 3) piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) in cui sono già esplicitate le attività e gli obiettivi di attività; 4) definizione e trasferimento nelle schede di budget; 5) definizione partecipata in cui le direzioni generali pre-compilano i risultati attesi e gli obiettivi vengono discussi a livello dipartimentale e di distretto ( in alcuni casi anche con le unità operative); 6) diffusione capillare degli indirizzi che avviene sempre, anche quando la definizione di budget non è partecipata. L'approccio per la definizione del budget può essere partecipativo (bottom up) o gerarchico (top down). Nell'approccio gerarchico i vertici aziendali hanno un ruolo più forte rispetto all'approccio partecipativo in cui c'è più integrazione. I report e le schede di budget quando giungono a conclusione con la firma diventano budget. Lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo e la variabilità e complessità delle attività svolte all'interno delle aziende sanitarie hanno portato verso meccanismi di misurazione e management delle performance con sistemi multidimensionali quali la Balanced Scorecard (Kaplan e Norton 1996), sicuramente la più conosciuta ed utilizzata, in grado di esprimere la complessità e l'interdipendenza dei fattori che, nel tempo, concorrono a determinare la performance economico-finanziaria (figura 1.1).

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484



Figura 1.1: Modello di Balanced Scorecard

## 1.2 Il processo di valutazione della dirigenza

Il processo di valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie si inserisce nel più ampio contesto dell'intervento riformatore che è quello del piano industriale della Pubblica Amministrazione previsto dal Ministero della Pubblica Amministrazione, le cui direttrici sono riconducibili ad alcune parole chiave quali: meritocrazia, innovazione, trasparenza, da cui derivano i concetti di responsabilità, efficienza, efficacia. Il piano industriale si prefigge di diffondere una reale cultura dell'efficienza, del merito, dell'integrità, responsabilizzando il lavoratore pubblico, dirigente o meno, sul proprio ruolo e sulla rilevanza della funzione che è chiamato a svolgere nei confronti delle esigenze dei cittadini e del proficuo e corretto utilizzo delle risorse disponibili.

In questo contesto i sistemi di misurazione delle performance costituiscono gli strumenti basilari per il miglioramento dei servizi pubblici. La valutazione della dirigenza in sanità viene gestita mediante i collegi tecnici della dirigenza sanitaria e di quella tecnico professionale e amministrativa del sistema sanitario nazionale relativa all'anzianità a 5 anni e a 15 anni secondo le disposizioni del contratto collettivo nazionale dei lavoratori (CCNL). La valutazione invece della dirigenza sanitaria universitaria viene gestita dai Nuclei di Valutazione secondo la legge 19 ottobre 1999, n. 370. Le Università però sono caratterizzate da attività accademiche svolte da personale in regime di diritto pubblico e attività tecnico-amministrative svolte da personale in regime di diritto privato. La legge 30 dicembre 2010 n. 240 (norme in materia dell'Università, di personale accademico e reclutamento) ha specificato che al Nucleo di Valutazione vengono attribuite le funzioni di cui all'art. 14 del decreto legislativo 27

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

ottobre 2009, n. 150 relative alle procedure di valutazione delle strutture e del personale, al fine di promuovere nell'Università, in piena autonomia e con modalità organizzative proprie, il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale. Negli anni le misurazioni e valutazioni sono sempre state un obbligo per accedere, comunque, a incarichi dirigenziali professionali e gestionali, in ambito sanitario. Il D.Lgs 150/2009 sulla pubblica amministrazione introduce i sistemi di misurazione e valutazione in altri ambiti ed estende la misurazione e valutazione delle performance a tutta la pubblica amministrazione.

Al tempo stesso pone l'attenzione sulla valutazione della performance individuale per il raggiungimento di un risultato che deve tendere all'efficienza, efficacia e qualità dei servizi offerti e l'obiettivo principale diviene identificare gli effetti che il processo di valutazione provoca nel soggetto valutato. L'art. 1 del Dlgs 150/2009 prevede la convergenza degli assetti regolativi del lavoro pubblico con quelli del lavoro privato, il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle procedure della contrattazione collettiva, l'introduzione dei sistemi interni ed esterni di valutazione del personale e delle strutture amministrative, finalizzati ad assicurare l'offerta di servizi conformi agli standard internazionali di qualità, la valorizzazione del merito e il conseguente riconoscimento di meccanismi premiali, la definizione di un sistema più rigoroso di responsabilità dei dipendenti pubblici, l'introduzione di strumenti che assicurino una più efficace organizzazione delle procedure concorsuali su base territoriale.

## **2. L'IDEA E IL PROGETTO**

### **2.1 Le Performance**

Il concetto di performance è di derivazione anglosassone e fa riferimento alla capacità delle aziende di rispondere alle attese dei diversi portatori di interessi quali utenti, cittadini, finanziatori dell'amministrazione pubblica, dipendenti, altre amministrazioni. Simmons (2000) considera i sistemi di misurazione e valutazione delle performance e i sistemi di controllo strumenti che i manager devono utilizzare per raggiungere gli obiettivi desiderati e realizzare le strategie definite. L'assenza di pressioni significative di natura economica, competitiva e normativa, la resistenza dei professionisti, la debolezza della funzione di programmazione e controllo ha ritardato in Italia la crescita dei sistemi di misurazione e management delle performance. Lo sviluppo e la programmazione dei sistemi di misurazione, valutazione e controllo è avvenuto con il tempo, prima con la conoscenza e trasformazione dei processi, con la razionalizzazione degli input e il controllo degli esiti, negli anni ottanta, di seguito negli anni novanta con il controllo dei risultati e dell'efficienza per unità operativa

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

tramite il budget e il controllo di gestione per centri di responsabilità. Le esperienze più importanti di sistemi di performance management multidimensionali nel settore sanitario si sono sviluppate nel Regno Unito e in Canada, e generalmente a livello di governo centrale del sistema sanitario (Star Rating System del NHS inglese e Annual Health Check). Le Pogam, Luangsay-Catelin e Notebaert (2009) hanno cercato di individuare le dimensioni di performance più rilevanti e comuni ai sistemi multidimensionali di maggiore successo nelle aziende ospedaliere: la soddisfazione dei pazienti; la fiducia dei pazienti; la dimensione economico-finanziaria; la sicurezza; l'efficacia; la governance. Il sistemi di misurazione delle performance adottati in Italia non sono omogenei, ma ogni regione recepita la normativa nazionale ha sviluppato sistemi multidimensionali differenti di misurazione, valutazione e controllo delle performance. La complessità della misurazione implica quanto sia necessario prestare attenzione a ciò che è veramente importante e a ciò che ostacola il miglioramento. Misurare significa cercare il miglioramento delle proprie organizzazioni e fare un salto dalla mediocrità all'eccellenza. I sistemi multidimensionali sembrano gli strumenti più idonei per misurare e tenere sotto controllo diverse aree di governo: economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, dei rapporti con i clienti, con le istituzioni (figura 2.1). La costruzione di cruscotti multidimensionali è stato il passaggio successivo sia come strumento di strategia e valutazione delle performance aziendali sia come strumento di trasparenza verso gli stakeholder. La costruzione del cruscotto ha portato alla definizione di aree di governo delle performance più rilevanti e alla predisposizione di set di indicatori per ogni dimensione. Di seguito si riporta un esempio di strutturazione di un cruscotto multidimensionale che prende in esame quattro aree di governo: contesto esterno, area strategica, area della produzione e il capitale organizzativo. In ognuna delle quattro aree di governo sono state inserite delle dimensioni e per ogni dimensione si individuano indicatori che possano essere contestualizzati per ogni azienda.

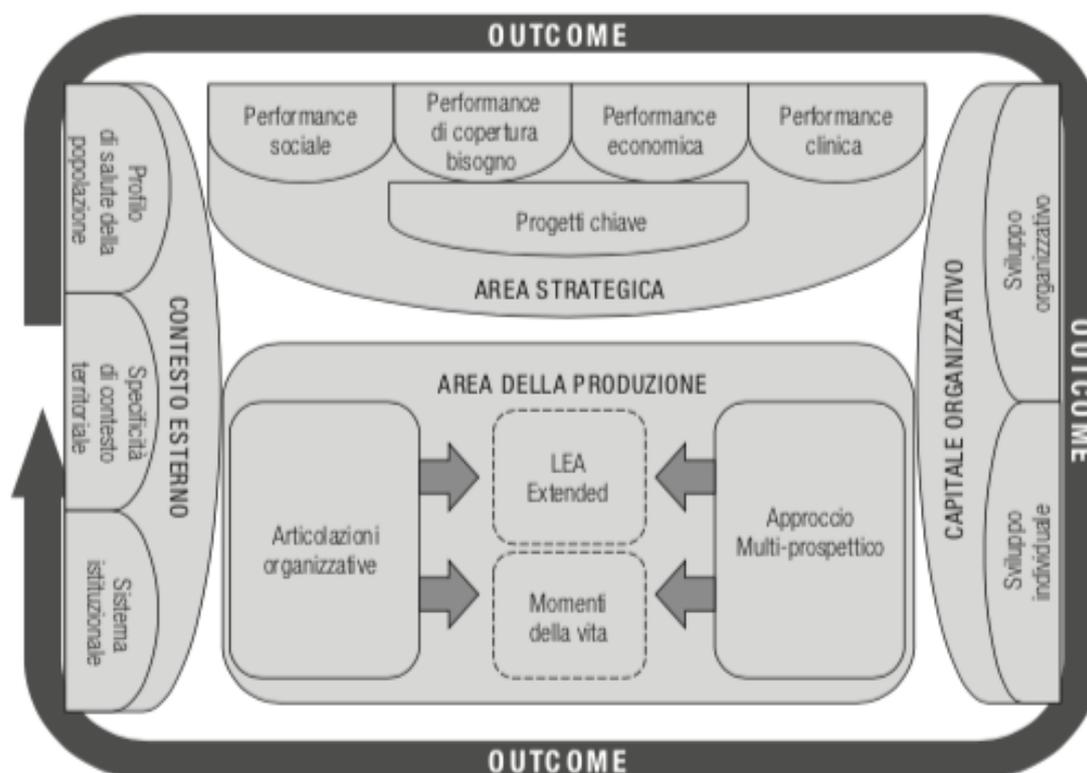
**Figura 2.1: Dal controllo di gestione alla gestione del valore con i sistemi di management delle performance**

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484



Fonte: Cattabeni, Lega e Vendramini (2004)

**Figura 2.2: Esempio di cruscotto multidimensionale** (Fonte: Misurare le performance per creare valore: Rapporto Oasi 2013)



Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

Il cruscotto multidimensionale proposto dalla letteratura si articola in quattro aree: area del *contesto esterno* che prende in esame tutte le variabili dell'ambiente in cui opera l'azienda; *l'area strategica* che prende in esame tutte quelle variabili strategiche necessarie per creare valore; *l'area della produzione* che approfondisce tutti gli aspetti che riguardano i processi produttivi; *l'area del capitale organizzativo* valuta il livello di maturità e la diffusione degli strumenti gestionali presenti in azienda quali lo sviluppo delle risorse umane, sistemi di budget, sistemi informativi, marketing, comunicazione. Per ogni area sono stati introdotti esempi di indicatori (figura 2.2).

## **2.2 Ruolo Professionale e ruolo Manageriale**

Il riferimento per la medicina per tanti secoli è stata l'opera di Ippocrate medico della Grecia antica (460-377 a.c) che porta la medicina ad essere una professione e il secondo grande riferimento è Galeno, medico della Grecia antica (129-210 d.c.) i cui punti di vista hanno dominato la medicina fino al Rinascimento ed è considerato il discendente professionale di Ippocrate. Il sapere scientifico medico si sviluppa nelle prime strutture universitarie che nascono a Bologna e Padova tra il 1220 e 1370 i cui corsi terminavano con una laurea in Filosofia e Medicina, la tecnica manuale della chirurgia era al di fuori della formazione medica. Ruggero Bacone, (Ilchester, 1214 circa – Oxford, 1292 circa) monaco francescano, è ritenuto colui che invece, formalizzerà il metodo scientifico. Dal Medioevo in poi, altri sono subentrati con teorie ed insegnamenti differenti: Paracelso (1493/94), la scuola Medica di Edimburgo (1726) che è considerata il maggior centro per la didattica e la ricerca (Anglia docet) nel settecento. La figura del medico-chirurgo moderno nascerà solo in questo periodo. Gli inizi dell'ottocento e il risorgimento nazionale segnano un periodo meno fecondo della scienza medica ma sarà un periodo in cui la prassi medica attua cambiamenti importanti. Da una parte la scoperta dello stetoscopio che permetterà la diagnosi di polmonite, dall'altra la scoperta della digitale una sostanza con un alto cardiotropismo, e la terza è l'uso del salasso come strumento terapeutico anche se usato in modo non selettivo. Rivoluzionaria sarà la scoperta dell'inglese Semmelweis che, nel 1849, osserva che le febbri puerperali venivano procurate dai medici che visitavano le pazienti senza lavare le mani. A livello istituzionale e didattico invece, il primo rinnovamento della medicina in Italia si osserva con la Legge Casati del 13 novembre 1859, emanata dal regno di Sardegna ed entrata in vigore nel 1861, verrà estesa a tutto il territorio nazionale con l'unificazione del paese. Lo Stato si fa carico di intervenire nel campo dell'istruzione, prerogativa fin ad allora della Chiesa Cattolica. In campo universitario alle tre facoltà di origine medievale: teologia, giurisprudenza e medicina ne aggiunsero altre due, lettere e filosofia e scienze fisiche, matematiche e naturali. Il cambiamento istituzionale e la nascente tecnologia medica

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

trasformano la Medicina da Arte in Scienza e portano l'abnegazione degli scienziati al mondo basato sulla scienza. Con la legge Petragliani: "norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali" gli ospedali cambiano la loro struttura funzionale e organizzativa ed in seguito al decentramento di funzioni dallo stato alle regioni con il processo inteso come "aziendalizzazione" negli anni novanta, il medico oltre ad essere professionista è chiamato a gestire la propria organizzazione. Henry Mintzberg accademico canadese formalizzerà un modello delle cinque configurazioni organizzative (Henry Mintzberg, *The Structuring of Organizations*, 1979, 1981):

- Struttura semplice: tipica delle organizzazioni giovani, di piccole dimensioni e con una gerarchia informale che fa uso di supervisione diretta.
- Burocrazia meccanica: il ruolo fondamentale è rivestito da tecnici («tecnostuttura»), e l'obiettivo è la standardizzazione delle operazioni. La sua dipartimentalizzazione si fonda sulle funzioni operative.
- Burocrazia professionale: come la burocrazia meccanica, è altamente specializzata, ma unicamente in termini orizzontali. L'obiettivo è la standardizzazione delle capacità lavorative.
- Soluzione divisionale: la struttura di età più avanzata nel modello, tipicamente di vaste dimensioni. La standardizzazione è ambita nei prodotti, che sono caratterizzati da ampia diversificazione
- Adocrazia: dal latino *ad hoc*, su misura, appropriato, l'ultima struttura è caratterizzata da capacità di adattamento.

La forma organizzativa tipica delle aziende sanitarie è la «burocrazia professionale», in quanto il nucleo fondamentale dell'organizzazione è costituito da operatori medici, professionisti del nucleo operativo che fondano il proprio lavoro sulle capacità e sulle conoscenze. Il coordinamento del lavoro si fonda sulla standardizzazione delle capacità e sulla formazione. Nel caso delle aziende sanitarie, il nucleo operativo è composto dai medici che hanno un'autorità di natura professionale, denominata da Mintzberg (1985): «il potere della competenza». Dal punto di vista del sistema decisionale, gli stessi membri del nucleo operativo assumono le decisioni amministrative e direzionali che li riguardano. Questa configurazione vede un maggiore sviluppo del nucleo operativo e dello staff di supporto, che però è principalmente al servizio dei professionisti che ne fanno parte. Le strutture tecnocratiche (come la pianificazione, programmazione e controllo) e la linea intermedia, per le quali risulta un'organizzazione molto decentrata sia a livello orizzontale sia a livello verticale, sono poco sviluppate. Le burocrazie professionali manifestano alcune problematiche di funzionamento, in particolare relative al coordinamento e integrazione del lavoro tra gli specialisti, l'eccesso di discrezionalità del medico a scapito delle politiche aziendali, la resilienza al cambiamento e alle

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

innovazioni. Nasce, quindi, l'esigenza di trovare soluzioni organizzative nuove e diverse rispetto alla tradizionale burocrazia professionale che mirino a superare tali problemi di fondo. I professionisti medici hanno sempre avuto un ruolo centrale nella gestione dei servizi sanitari e un ruolo di controllo anche sul personale sanitario. Negli anni novanta, per ottenere una maggiore responsabilizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse sono state introdotte logiche e approcci manageriali nella gestione delle aziende sanitarie. I professionisti e i manager sono portatori di culture e approcci alla salute diverse; mentre l'attenzione del professionista è orientata a soddisfare bisogni e cure del singolo paziente, il manager ha una visione più ampia verso la popolazione ed è attento all'efficienza nell'allocazione delle risorse e al controllo dei costi (figura 2.3).

**Figura 2.3: Cultura manageriale e professionale:** (fonte: Federico Lega, Maurizio Mauri, Anna Prenestini (2010). *L'ospedale tra presente e futuro*. Egea S.p.A.)

<b>Aspetti di analisi</b>	<b>Cultura manageriale</b>	<b>Cultura professionale</b>
<i>Fedeltà primaria</i>	All'organizzazione	Al cliente (a se stessi)
<i>Responsabilità</i>	Condivisa	Personale
<i>Relazioni di autorità, Interpersonali</i>	Gerarchiche (verticali)	Collegiali (orizzontali) Basate sull'autorevolezza e ridotte al minimo
<i>Orizzonte decisionale di fondo</i>	Lungo termine, futuro	Breve termine, presente
<i>Feedback tollerati per le decisioni</i>	Ritardati e vaghi	Immediati e concreti
<i>Tolleranza di ambiguità ed incertezza</i>	Alta	Bassa
<i>Orientamento</i>	Risultati	Esecuzione della prestazione professionale

Il professionista manager possiamo concludere deve volgere l'attenzione: 1) alla pianificazione per preparare la sua organizzazione al futuro, cercando di anticiparlo predisponendo un piano di azione; 2) all'organizzazione nella gestione delle risorse comprese quelle umane; 3) alla guida per assicurare il funzionamento dei processi dell'organizzazione; 4) al coordinamento per assicurare l'allineamento e l'armonizzazione dei vari componenti dell'organizzazione; 5) al controllo per assicurare che le attività e i processi si svolgano in accordo con le regole e gli obiettivi stabiliti.

### **2.3 Il ruolo dirigenziale**

Il ruolo del dirigente è un ruolo Ibrido: un ruolo professionale e un ruolo manageriale in cui sono necessari sia un approfondimento delle competenze professionali sia una competenza di contesto e competenza direzionale. All'interno del ruolo dirigenziale si deve creare un tempo operativo e un tempo strategico dell'influenza. La figura di un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese e dei risultati prodotti (Anthony e Young, 1992) nasce con l'individuazione dei Centri di Responsabilità già introdotti con il processo di budget. Con il processo di budget il responsabile dell'unità operativa esprime il suo ruolo dirigenziale: individua le finalità e le linee guida dell'azienda, esplicita i programmi in coerenza e in linea con la strategia aziendale, partecipa al processo di budget, misura le attività ed effettua il reporting trimestrale, effettua un controllo operativo ponendo l'attenzione sui compiti specifici in modo da garantire l'efficienza nella gestione delle risorse e l'efficacia nel controllo dei risultati. Gli incarichi di struttura evidenziano le responsabilità organizzative date ad alcuni dirigenti che oltre alla cultura professionale devono mostrare capacità gestionali, con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, nonché con i risultati ottenuti con le risorse assegnate. In genere il Collegio Tecnico esprime la sua valutazione sul dirigente incaricato basando la sua valutazione su tre punti fondamentali: il comportamento da «gestore delle risorse», raggiungimento degli obiettivi individuali, livello di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura, oggetto anche di valutazione annuale con i nuclei di valutazione. Il dirigente deve coniugare due aspetti: in primis le sue competenze individuali tecnico-professionali derivati da un lato dalla certificazione delle competenze operata dal sistema formativo e professionale (laurea, esame di stato, iscrizione all'ordine per l'autorizzazione ad esercitare la professione, diploma di specializzazione), dall'altro certificato da un sistema di aggiornamento obbligatorio e di accreditamento delle sue competenze, e in secondo luogo deve mostrare di avere le competenze manageriali nell'ambito dei comportamenti organizzativi e gestionali. Le prestazioni sono intese come risultati raggiunti a fronte degli obiettivi assegnati e comportamenti organizzativi messi in atto a fronte di quelli attesi (figura 2.4).

**Figura 2.4: Percentuale di competenze per dirigenti di struttura complessa e medici "professional"**

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

	Medici responsabili di struttura	Medici "professional"
Prestazioni:		
Risultati gestionali conseguiti	50%	20%
Comportamenti organizzativi e gestionali	30%	30%
Competenze tecnico-professionali	20%	50%

Ma il ruolo dirigenziale è formato anche da un tempo i cui si influenza l'attività di un gruppo nello sforzo di raggiungere gli obiettivi, un tempo per essere guida e punto di riferimento. E' il ruolo della leadership, arte di mobilitare gli altri in modo da raggiungere e realizzare aspirazioni condivise. (Kouzes e Posner, 1995). In letteratura si parla di stili di leadership in base alle azioni e ai comportamenti adottati dai dirigenti nei confronti del personale, e per l'interesse degli effetti della leadership su coloro che sono guidati. Ma ognuno deve sviluppare la propria leadership con l'attenzione verso i risultati dell'unità operativa che è chiamato a dirigere e dell'azienda ma anche sviluppando nella propria organizzazione cultura, valori e ruoli, che possano costituire una eredità per il futuro, in relazione al contesto. Una buona leadership ha un impatto sulle performance individuali e su quelle del team; ha un impatto sulla velocità di miglioramento delle stesse nel tempo; crea cultura organizzativa; fa emergere comportamenti di cittadinanza organizzativa; ha un impatto sugli stakeholder esterni; facilita acquisizione di nuove risorse; facilita il raggiungimento di obiettivi personali e dell'unità operativa. Il cambiamento organizzativo non sempre si può attuare con una imposizione, perché si può entrare in conflitto con il modello professionale.

#### **2.4 La Normativa: decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517; DPR 10 dicembre 1997 n. 484; D.Lgs 21.12.1999 n. 517.**

**DPR 10 dicembre 1997 n. 484**, Secondo livello dirigenziale:

##### **Articolo 3. Requisiti e criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale.**

Ai fini dell'accesso al secondo livello dirigenziale delle categorie professionali di medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi si intendono:  
a) requisiti, le condizioni soggettive ed oggettive minime per poter partecipare alla selezione di cui all'articolo 15, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

b) criteri le indicazioni concernenti il colloquio ed i contenuti valutabili del curriculum professionale ai fini della predisposizione dell'elenco dei candidati ritenuti idonei da parte della Commissione di cui all'articolo 15, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. (Art. 15, comma 3, del d.lgs 502/92: **Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie.** L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

**Articolo 4. Discipline.** Gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1, e comunque non oltre diciotto mese dalla data di perfezionamento dell'accordo di cui all'articolo 7, comma 6, le discipline sono quelle elencate nella norma sopra indicata.

**Articolo 5. Requisiti.** L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

a) iscrizione all'albo professionale, ove esistente;

b) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina;

c) curriculum ai sensi dell'articolo 8 in cui sia documentata una specifica attività professionale ed adeguata esperienza ai sensi dell'articolo 6;

d) attestato di formazione manageriale ( art.7, comma 1, *corsi di formazione manageriale*: l'attestato di formazione manageriale si consegue con la frequenza e il superamento dei corsi disciplinati dal presente regolamento: L'attestato ha una validità di sette anni dalla data del rilascio.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**Articolo 6. Specifica attività professionale.** L'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale in una delle discipline di cui all'articolo 4 deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa dimostrando di possedere una casistica di specifiche esperienze e attività professionali con riferimento anche agli standard complessivi di addestramento professionalizzante delle relative scuole di specializzazione; le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere certificate dal direttore sanitario sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello responsabile del competente dipartimento o unità operativa della unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera.

**Articolo 8. Criteri sul colloquio ed il curriculum professionale** si rimanda alla normativa sopra citata.

**DLgs 21.12.1999 n. 517, art. 5: Norme in materia di personale**, comma 5, L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari dell'incarico di direzione di una struttura, individuata come complessa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e' effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il direttore di dipartimento. L'attribuzione e' effettuata senza esperimento delle procedure di cui all'articolo 15-ter, comma 2, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 (fermo restando l'obbligo del possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484). L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 15, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, (all'articolo 15, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 dichiara: "L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 5, comma 1, lettera d del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, come modificato dall'articolo 16-quinquies, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso), e successive modificazioni puo' essere sostituito da altro titolo dichiarato equipollente, con decreto dei Ministri della sanita' e dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica. Fino alla costituzione dei dipartimenti, si prescinde dal parere del direttore di dipartimento.

## **2.5 Le distorsioni della dirigenza**

In questo capitolo si inseriscono le criticità legate alla dirigenza e vengono suddivise in 5 grandi aree:

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**la prima è legata alle nomine** che non sempre sono allineate con le normative descritte nel capitolo precedente: le criticità di maggior rilievo sono legate alla mancanza di selezione, al conseguimento dell'attestato manageriale e alla mancata valutazione della specifica casistica e attività professionale che il candidato deve possedere al momento della nomina. Un'altra criticità è legata alla mancanza di valutazioni in virtù dell'incarico e per la riconferma o rimozione dall'incarico.

**la seconda area è costituita dallo sbilanciamento tra ruolo professionale e manageriale:** come è stato ben evidenziato nel paragrafo del ruolo dirigenziale, le competenze tecnico professionali si formano in un lungo percorso di formazione che va dalla laurea alla specializzazione e confermato in seguito con l'aggiornamento; tutti i passaggi sono sempre ben certificati e formalizzati. Il management ha avuto la sua nascita negli anni novanta e i sistemi di sviluppo manageriali hanno avuto una lenta e critica introduzione nelle aziende sanitarie. La cultura manageriale per i dirigenti medici è stata acquisita solo dopo gli anni novanta e spesso maturata sul campo piuttosto che con formazione specifica. A ciò si può anche aggiungere un certa resistenza dei professionisti ai cambiamenti di ruolo e/o all'apertura verso una modo diverso di vedere l'organizzazione.

**la terza è costituita da una certa abiguità nelle valutazioni** individuali o dei collegi tecnici e nuclei di valutazioni: l'ambito di maggiore interesse per la gestione del personale è quella della valutazione ai fini della graduazione delle funzioni (contratto collettivo nazionale dei lavoratori del 1996 e successivi; decreto legislativo 370/1999) e della valutazione individuale legata all'erogazione dei premi di risultato (decreto legislativo 150/2009). La graduazione delle funzioni dirigenziali o sistema degli incarichi rappresenta la principale innovazione organizzativa e retributiva della dirigenza pubblica. Le pressioni sulla misurazione di esiti e processi clinici collegati alle trasformazioni e innovazioni organizzative hanno generato la necessità per le aziende di sviluppare modelli e strumenti per l'analisi, la mappatura e la valutazione delle capacità dei professionisti, a livello individuale (decreto legislativo 150/2009). Mentre i contratti del 1996, del 2000 e contratto collettivo nazionale dei lavoratori 5 luglio 2006, contratto collettivo nazionale dei lavoratori 6 maggio 2010, contratto collettivo nazionale dei lavoratori 28 gennaio 2020 hanno tutti confermato sia il sistema degli incarichi sia la specifica valutazione da parte dei collegi tecnici delle competenze tecnico-professionali. Tali organismi erano stati pensati proprio per valutare le competenze professionali dei dirigenti sanitari del servizio sanitario nazionale, ma nei fatti hanno mostrato una scarsissima efficacia perché non legati a progressioni di carriera o retribuzione di risultato. La valutazione individuale, a differenza della graduazione delle funzioni, riguarda il singolo professionista in termini di 1) risultati conseguiti a fronte di obiettivi assegnati con il processo di budget, 2) comportamenti organizzativi espressi a fronte di quelli attesi e esplicitati ex ante, 3) competenze tecnico-

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

professionali. Le due valutazioni sono tuttavia complementari perché oltre a comportare l'eventuale attribuzione della retribuzione di risultato sono condizione necessaria per l'attribuzione e la conferma degli incarichi. I Nuclei di valutazione interni degli atenei stabiliti dall'articolo 1 della legge 19 ottobre 1999, n. 370, disposizioni in materia di università obbliga le università ad adottare un sistema di valutazione interna della gestione amministrativa, delle attività didattiche e di ricerca (comma 1); stabilisce che le funzioni sopra descritte vengano svolte da un organo collegiale disciplinato dallo statuto delle università, denominato "nucleo di valutazione di ateneo", composto da un minimo di cinque ad un massimo di nove membri (comma 2); stabilisce inoltre che le università che non applicano le disposizioni enunciate nel comma 1 e 2 sono escluse per un triennio dal riparto dei fondi relativi alla programmazione univertaria (comma 3). Questa ultima materia manca assolutamente di trasparenza.

**la quarta criticità è legata al processo di budget:** l'assenza di pressioni di natura economica, competitiva e normativa; la resistenza dei professionisti; la debolezza della funzione di programmazione e controllo in molte aziende hanno ritardato la diffusione delle funzioni di programmazione e controllo e dei sistemi di budget. Una prima indagine effettuata nel 1998 tra l'agenzia dei Servizi Sanitari Regionali e Cergas dell'Università Bocconi sullo sviluppo del progresso di budget e delle funzioni di programmazione e controllo ha mostrato che la diffusione del sistema di budget era limitato ad un terzo delle aziende sanitarie, gli strumenti di programmazione strategica e programmazione aziendale annuale erano scarsamente diffusi, il sistema di contabilità generale era adottato solo da quelle aziende dotate di sistema di budget, gli strumenti di controllo di gestione quali il reporting erano poco diffusi e in generale prodotti in modo tardivo per poter essere usati per azioni correttive. All'interno del processo di budget si evidenziano altre criticità in primo luogo legate al budget "ritardato", cioè l'avvio del processo di budget a primavera inoltrata (il budget è un piano espresso in termini quantitativi (monetari) dell'anno e dovrebbe avere la sua formulazione finale entro gennaio dell'anno in corso dello stesso processo di budget). Un sistema di budget ritardato produce due effetti importanti: risulta completamente eliminata la sua funzione di anticipo degli obiettivi da raggiungere nell'anno e l'azienda si pone come soggetto passivo nei confronti dell'organismo finanziatore e non attivo come dovrebbe essere in virtù delle autonomie aziendali stabilite dalle norme. La seconda criticità è legata spesso ad uno sbilanciamento tra piani pluriennali ed annuali delle aziende, questo potrebbe indicare che l'azienda si pone solo come traduttrice di piani sanitari regionali anziché seguire una propria autonoma attività programmatica come da decentramento delle funzioni attuato dalle norme. La terza criticità è rappresentata dalla fase di

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

controllo con i report per il confronto obiettivi-risultati trimestrali che vengono prodotti anche in questo caso in modo tardivo. Il primo report viene in genere prodotto dopo l'estate.

**la quinta criticità è riferita al debole e marginale ruolo dei dipartimenti:** il decreto ministeriale 8 novembre 1976 in materia di «Orientamenti per l'attuazione delle strutture dipartimentali previste dall'art. 55 della legge 18 aprile 1975, n. 148 "istituisce il dipartimento ospedaliero che possiamo definire un'aggregazione di unità operative con attività omogenee. In genere i dipartimenti partecipano al processo di budget coordinando anche i processi di budget delle unità operative di cui sono composti. Ma non tutte le aziende predispongono una scheda di budget di dipartimento, in cui sono inclusi obiettivi propri del dipartimento ma anche un consolidato di articolazione strutturale per le attività, le risorse e per i costi. Il consolidato segue in particolare lo schema della scheda di singola articolazione strutturale, ma per ciascun indicatore i risultati attesi sono aggregati per dipartimento.

### **3 IN PRATICA**

#### **3.1 Performance e indicatori per il ruolo dirigenziale**

L'individuazione e la selezione di dimensioni ed aree di interesse dirigenziale e dei conseguenti indicatori vanno contestualizzati alle singole aziende. Generalmente sono il frutto di lavori di ricerca svolti da parte di un gruppo di studio o da team di esperti all'interno delle aziende. Le ricerche e gli studi presenti in letteratura servono da guida per il lavoro di selezione e contestualizzazione, infatti usare riferimenti di altre aziende può generare criticità che possono incidere negativamente sulla misurazione, valutazione e controllo delle performance. Il lavoro di programmazione in questo ambito dovrebbe essere aderente alle necessità delle singole realtà. In questo lavoro ci siamo prefissati lo scopo di proporre, secondo i dati della letteratura, un modello di dimensioni ed indicatori che possono essere utilizzati per costruire uno schema per la misurazione, valutazione e controllo delle performance aziendali. Lasciamo alle singole aziende e alle singole unità operative la selezione delle aree e degli indicatori che meglio esprimono la propria specifica attività.

#### **Governance**

Pianificazione della capacità produttiva degli ospedali basata non più sul numero dei posti letto ma sulla tipologia dell'assistenza sanitaria, sulla riconversione di strutture ospedaliere che non mantengono standard di sicurezza, costruzione di aree sopra-aziendali per la governance ospedaliera: aree vaste, hub e spoke, riorganizzazione a rete. Infatti i cambiamenti demografici e

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

epidemiologici, le crescenti aspettative dei pazienti, le innovazioni tecnologiche e i progressi della medicina impongono un ripensamento sull'organizzazione ospedaliera.

### **Performance strutturali: requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi definiti dalla norma**

Gli indicatori strutturali indicano la percentuale di spesa sanitaria sul PIL, la spesa sanitaria pro-capite, il sistema sanitario previsto. Tutti questi indicatori che misurano le aree della governance e le performance strutturali rientrano anche nelle politiche sanitarie istituzionali che secondo il SSN devono essere però recepite a tutti i livelli sanitari decentrati. Soglie e standard definiti dal Decreto Ministeriale del 2 aprile del 2015, n. 70.

### **Performance di attività:**

Efficacia: capacità di un intervento sanitario di ottenere i risultati clinici attesi.

Efficacia esterna: misura gli esiti clinici delle cure, nonché l'appropriatezza in linea con gli orientamenti con il piano sanitario regionale.

Efficacia organizzativa si riferisce al modello organizzativo, la formazione, lo sviluppo delle competenze, il benessere organizzativo e le pari opportunità.

Efficacia interna misura la capacità dell'azienda o di una unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti.

Efficienza: risultati di salute e outcome clinici capacità di ottenere i risultati clinici desiderati con il minimo impiego di risorse (isorisorse): tasso di occupazione del posto letto = giornate di degenza erogate in relazione a quelle disponibili in base al posto letto (standard nazionale 75%), degenza media = giornate di degenza in relazione con il numero complessivo dei casi dimessi.

Efficienza operativa: tasso di occupazione, indice di rotazione per una migliore capacità produttiva, indaga le problematiche di tipo organizzativo, case mix è un indice di inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse ospedaliere (un aumento dell'occupazione fa diminuire il case mix), degenza media grezza e degenza media standardizzata per case mix, dotazione posti letto in relazione con la mobilità regionale (Glossario del Ministero della Salute).

Produttività: Dinamica economica legata al budget, risorse utilizzate per posto letto (infermieri e medici), numero infermieri per posto letto, numero infermieri rispetto ai medici.

Appropriatezza: livello di complessità della casistica attraverso l'indicatore del peso medio, incidenza della casistica chirurgica sul totale dell'attività erogata (un indice di appropriatezza nell'utilizzo dell'ambiente specialistico), proporzione dei casi medici dimessi dai reparti chirurgici, proporzione

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

dei parti cesarei (OMS: 15%) sul totale dei parti, 500 parti in un anno per punto nascita è invece il criterio di sicurezza per l'assistenza al parto, indicatori proxy;

Appropriatezza organizzativa: erogazione di una prestazione in un contesto organizzativo idoneo.

Qualità: rientrano le performance strutturali legate alla soddisfazione della norma.

Sicurezza: erogazione dell'assistenza in un contesto in cui sono minime le condizioni di rischio e pericolo per il paziente.

### **Performance di contesto esterno**

Accessibilità: facilità in cui i pazienti accedono all'assistenza sanitaria secondo i propri bisogni.

Continuità: grado di coordinamento e integrazione tra i servizi ed operatori coinvolti nella gestione di determinate categorie di pazienti.

### **Performance di contesto interno**

Tempestività: nell'erogazione di una prestazione in linea con i bisogni assistenziali del paziente.

Centralità del paziente: capacità di soddisfare i bisogni di salute del paziente ma anche le sue preferenze con attenzione alle sue necessità.

**Sviluppo delle risorse umane:** capacità di conservare e sviluppare le competenze dei professionisti.

**Indicatori di struttura:** Gli indicatori strutturali e di attività riguardano il numero dei posti letto /1000 abitanti; il numero di posti letto per acuti/1000 abitanti; tasso di occupazione per posto letto; degenza media per acuti; ricovero per acuti/1000 abitanti.

**Indicatori di processo:** azioni o decisioni adottate dagli operatori clinici, indicatori proxy;

**Indicatori di esito:** si riferiscono all'esito ottenuto dopo una prestazione sanitaria, mortalità, morbosità, qualità della vita, soddisfazione del paziente (es. mortalità dei pazienti di by-pass aorto-coronarico non dovrebbe essere maggiore del 2%);

**Indicatori di costo:** dati di costo per posto letto, complessità della casistica trattata espresso in indice di case mix, numero assoluto DRG, degenza media DRG specifica, degenza media standardizzata per il case-mix, indice comparativo di performance, indice di case-mix, costi diretti, costi diretti evoluto, costo pieno (Glossario del Ministero della Salute);

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**Indicatori di rischio e sicurezza:** rischio di trascorrere un giorno in ospedale (inappropriatezza del ricovero), scarso sviluppo di altre forme di assistenza (ambulatorio, day hospital), assistenza da parte del territorio, innovazione con i codici identificati per i pazienti.

**Indicatori di mobilità sanitaria:** tassi di generazione e assorbimento della mobilità nazionale, tassi di attrazione e fuga regionali, tassi di ospedalizzazione fuori regione.

### **3.2 Individuazione di indicatori per un fascicolo professionale in ambito ospedaliero**

L'accesso al secondo livello dirigenziale o l'attribuzione di un incarico di struttura complessa richiede l'adesione a vincoli normativi dettati sia dal contratto collettivo nazionale dei lavoratori del 1996 e successivi sia dalle norme 502/92; DLgs 7 dicembre 1993 n. 517; DPR 10 dicembre 1997 n. 484; DLgs 21.12.1999 n. 517 dei quali si è già ampiamente discusso. Gli incarichi di struttura evidenziano le responsabilità organizzative date ad alcuni dirigenti in funzione della tipologia dell'azienda sanitaria e del modello organizzativo previsto dall'atto aziendale. L'attribuzione dell'incarico comporta per il dirigente la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Tale responsabilità è graduata dai criteri previsti e stabiliti secondo l'art. 19 e l'art.20 del CCNL dell'area sanitaria – triennio 2016-2018 pubblicato G.U del 28 gennaio 2020. La conferma dell'incarico è subordinata ad un processo di valutazione del Collegio Tecnico o Nuclei di valutazione che verte sul riscontro di comprovate capacità gestionali del dirigente incaricato. La valutazione indaga le capacità gestionali, con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di confrontarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate. Il parere del Collegio Tecnico si esperime anche in relazione alla conferma dell'incarico sui comportamenti da "gestore delle risorse", dal raggiungimento degli obiettivi individuali e dal livello di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura. La figura 3.1 riassume in breve le competenze che un dirigente di struttura complessa dovrebbe esprimere.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**Figura 3.1: Percentuale di ripartizione delle competenze di un dirigente di struttura complessa**

<b>Dirigente di Struttura Complessa: 80% di competenze dirigenziali e 20% di competenze tecnico-professionali</b>	
Clinical Competence 40%	20% competenze tecno-professionali 20% competenze organizzative legate al budget
Competenze organizzative 40%	20% competenze relative ai processi e alle attività 20% competenze di leadership
Competenze Manageriali 20%	Competenze orientate all'organizzazione, al futuro, ai risultati.

La valutazione sull'operato del responsabile di struttura deve avvenire pertanto su base multidisciplinare e comprendere un mix di competenze individuali quali competenze tecnico-professionali e comportamenti clinici individuali e in particolare il rispetto di linee guida, protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, la qualità percepita dall'utenza rilevata attraverso questionari e competenze manageriali relative ai comportamenti organizzativi e gestionali. La valutazione del singolo medico per tutti gli aspetti sopra descritti può avere anche un peso per differenziare il ruolo organizzativo svolto. Un aspetto importante della valutazione del dirigente di struttura è la valutazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi di budget, che esprimono la dimensione economica dell'unità operativa. In sanità non esiste lo scambio tipico di mercato che è il prezzo, dovuto alla complessità dei processi di erogazione, la non standardizzazione di tali processi e per la presenza di elevati livelli di autonomia dei professionisti. In sanità per esprimere la dimensione economica si usa il concetto di prodotto una sommatoria di attributi tangibili e intangibili. Il prodotto in sanità è la somma dell'attività core espressione della specificità tecnica della prestazione sanitaria e di attività peripheral che rappresentano aspetti qualitativi dell'assistenza quali l'aderenza a determinati standard di servizio, condizioni di immagine, tempi di attesa, chiarezza delle informazioni, disponibilità del personale infermieristico e medico, consegna a domicilio dei refeti. Proponiamo per le aree di responsabilità alcuni obiettivi da raggiungere con indicatori raggruppati in 5 macro-aree di risultato:

Dimensione core (es. ricovero ordinario, ricovero diurno, visita ambulatoriale ecc.):

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

- Area dell'efficienza gestionale: indicatori di produttività, indicatori di rapporto costi-produzione (es. costo medio per punto DRG); rapporto ricavi-costi: indicatori di rapporto proventi-costi (es. margine di U.O.).

Peripherals:

- Area della qualità/appropriatezza: indicatori di riorientamento del mix di produzione (numero dei ricoveri chirurgici su totale ricoveri).
- Area del governo della domanda: Indicatori relativi ai tempi di attesa, ai tassi di fuga, alla capacità di rispondere alle aspettative degli utenti.

Indicatori non legati a dimensione del prodotto:

- Area del miglioramento organizzativo: formazione, partecipazione alle politiche aziendali, indicatori di clima organizzativo, indicatori relative allo sviluppo di know-how nel personale, adempimenti burocratici.
- Altre aree di risultato (ad esempio, adempimenti obblighi informativi): non riconducibili ad una specifica linea di produzione quali costo complessivo CdR, ferie residue procapite rispetto ai costi del budget.

Per quanto riguarda la dinamica economica l'uso del DRG ha migliorato la capacità di analisi dell'attività ospedaliera, con la conseguente costruzione di indicatori più sofisticati rispetto alla giornata di degenza, quali numero assoluto di DRG, degenza media DRG specifica, degenza media standardizzata per case mix, indice comparativo di performance, indice di case mix. La corretta compilazione delle SDO e l'elaborazione dei dati in essa contenuti permette di prendere in esame gli esiti dei trattamenti effettuati ai pazienti appartenenti alle varie classi di DRG valutando sia l'efficacia dell'assistenza erogata ai pazienti sia gli indicatori di esito dei diversi trattamenti quali guarigione, decesso, ricovero successivo, cronicizzazione. Consideriamo alcuni degli indicatori più frequentemente usati per la fissazione degli obiettivi di budget prendendo in esame gli indicatori di costi, indicatori di attività e indicatori di appropriatezza. Tra gli **indicatori di costi** vengono presi in considerazione, più comunemente, i costi diretti, il costo pieno, margine di contribuzione, il costo materiale sanitario per caso trattato, costo materiale sanitario per punto di DRG, l'activity based costing poco utilizzata poiché più evoluta. Per i ricavi e volumi di attività vengono considerati il valore assoluto DRG, valore medio DRG, ricavo indiretto quale volume dei ricavi, peso medio DRG, volume prestazioni ambulatoriali. Tra gli **indicatori di attività** i più utilizzati sono la degenza media, tasso occupazione posti letto, giornate di degenza, si aggiungono alcuni indicatori basati sul DRG

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

quali peso medio DRG e indice di case-mix. Alcuni indicatori di attività possono essere più personalizzati quali numero di ricoveri per singolo DRG, numero di ricoveri ripetuti per lo stesso DRG, indice di performance, indice di rotazione posti letto, percentuale di DRG chirurgici, percentuale di ricovero 0-1 giorno, degenza media per punto di DRG; per l'attività di day hospital gli indicatori di attività più utilizzati sono numero di accessi, numero di ricoveri. La tipologia di **indicatori di appropriatezza** più frequentemente utilizzati in ospedale sono da considerare i ricoveri ripetuti, i ricoveri oltre il valore soglia, percentuale dei pazienti dimessi con DRG medico da reparti chirurgici, ricoveri di un giorno, ricoveri prolungati in reparti per acuti, numero di day hospital senza procedure di elezione ospedaliera. In ultimo, per valutare le competenze individuali tecnico-professionali si prendono come riferimento i volumi e alle soglie di attività, la diffusione della cultura di Evidence Based Medicine (EBM) con l'utilizzo di linee guida e sviluppo dei saperi grazie alle società scientifiche, il grado di autonomia professionale, e la misurazione degli outcome. I volumi e le soglie di attività vengono stabiliti dal Decreto Ministeriale del 2 aprile del 2015, n. 70 o anche dalle società scientifiche; i saperi scientifici vengono individuati dall'adesione all'EBM con linee guida, procedure e protocolli prodotti dalle società scientifiche e dalla formazione; il grado di autonomia professionale viene valutata come segue: livello 0 prestazione non assegnata, livello 1 si osserva un altro professionista che effettua la prestazione, livello 2 si affianca ad un professionista autonomo, livello 3 autonomia nell'erogazione della prestazione, livello 4 autonomia avanzata, livello 5 supervisione, in grado di essere tutor per altri colleghi; la misurazione degli outcome è un sistema di valutazione degli esiti clinici e delle competenze professionali utilizzato dal Joint Commission International. Vengono identificate tutte le macro categorie di attività cliniche reattive ad una disciplina e offerte all'interno della struttura. Il rilievo degli esiti clinici legati alle prestazioni sanitarie erogate fornisce per ogni professionista il grado di autonomia. Dal processo di valutazione della clinical competence ne consegue l'attribuzione del clinical privilege. Per ogni prestazione viene indicato il livello di autonomia del singolo professionista da parte del responsabile di struttura e per ogni professionista vengono verificate e valutate le credenziali quali abilitazione, formazione, pratica ed esperienze a fornire prestazioni sanitarie senza supervisione. In base ai criteri sopra descritti viene attribuito il clinical privilege per l'esecuzione di determinate prestazioni sanitarie. Il clinical privilege è un'autorizzazione esplicita dell'azienda affinché il professionista possa svolgere una determinata attività e una determinata tecnica. Le credenziali e i privilegi sono gli strumenti con i quali le aziende entrano nel merito delle competenze tecniche dei professionisti e nella valutazione del clinical risk management per garantire ai pazienti la sicurezza e l'efficacia delle prestazioni.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

### **3.3 Individuazione di indicatori per un fascicolo professionale in ambito trasfusionale**

Il Servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale (SIMT) è un servizio che all'interno delle aziende sanitarie fornisce le prestazioni indicate nei livelli essenziali di assistenza art. 5 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 in materia di "nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati":

*" a) attività di produzione, volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza regionale e nazionale, consistenti "* in: 1) esecuzione delle procedure relative all'accertamento dell'idoneità alla donazione; 2) raccolta del sangue intero e di emocomponenti; 3) lavorazione del sangue e degli emocomponenti, compreso il plasma per le finalità relative alla produzione di farmaci emoderivati e invio del plasma stesso ai centri e alle aziende produttori di emoderivati, convenzionati secondo le modalità di cui all'articolo 15; 4) esecuzione delle indagini di laboratorio e delle procedure di inattivazione dei patogeni finalizzate alla certificazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalla legislazione vigente per le unità di sangue e gli emocomponenti, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione; 5) conservazione e trasporto del sangue e degli emocomponenti; 6) cessione del sangue a strutture trasfusionali di altre aziende o di altre regioni; 7) collaborazione con le strutture trasfusionali militari per le scorte del sangue e dei suoi prodotti, per le urgenze sanitarie nonché per gli interventi in caso di calamità; 8) trasmissione al centro regionale di coordinamento e compensazione dei dati relativi alle prestazioni effettuate, come previsto dai flussi informativi di cui all'articolo 18; 9) indagini prenatali finalizzate alla prevenzione di problemi immunoematologici e prevenzione della malattia emolitica del neonato e tenuta di un registro dei soggetti da sottoporre alla profilassi; 10) attività immunoematologiche di riferimento per problemi trasfusionali clinici e sierologici; 11) gestione di una banca di sangue congelato per le emergenze; 12) gestione di una banca di cellule staminali congelate, ottenute da sangue periferico, midollare o cordonale; 13) servizio di tipizzazione tissutale; 14) tenuta di un registro di donatori di midollo e di donatori tipizzati per il sistema di istocompatibilità HLA, in attuazione degli articoli 2 e 4 della legge 6 marzo 2001, n. 52;

*" b) prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale, organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata dell'ambito territoriale di competenza e comprendenti":* 1) esecuzione da parte dei servizi trasfusionali delle indagini immunoematologiche sui pazienti finalizzate alla trasfusione; 2) verifica dell'appropriatezza della richiesta di sangue ed emocomponenti; 3) assegnazione e distribuzione del sangue e degli emocomponenti; 4) supporto

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

trasfusionale nell'ambito del sistema dei servizi di urgenza e di emergenza; 5) pratica del predeposito a scopo autotrasfusionale; 6) coordinamento ed organizzazione delle attività di recupero perioperatorio e della emodiluizione; 7) svolgimento di attività di medicina trasfusionale e di emaferesi terapeutica e di assistenza ai pazienti, sia in costanza di ricovero sia in regime ambulatoriale; 8) raccolta, anche in relazione ai centri regionali già esistenti, di cellule staminali emopoietiche mediante aferesi e loro conservazione; 9) promozione del buon uso del sangue; 10) funzione di osservatorio epidemiologico per il territorio di competenza, ai fini dell'emovigilanza; 11) ulteriori attività di diagnosi e di cura, finalizzate alla trasfusione, individuate dalla programmazione regionale e aziendale;

*“c) promozione della donazione del sangue”.*

Le attività svolte presso i Servizi Trasfusionali costituiscono la base per costruire le macro aree di attività per attribuire volumi e soglie ai professionisti. L'adesione invece all' Evidence based Medicine con le linee guida viene espressa dalle seguenti indicazioni relative ad alcune attività e processi svolti all'interno dei servizi immunotrasfusionali e di medicina trasfusionale:

- Standard for Surveillance of Complications related to blood donation: ISBT 2014;
- Sistema Sistra del Sistema Sanitario Nazionale.
- Screening Donated Blood for Transfusion-Transmissible Infections WHO; decreto 2 novembre 2015 in materia di “disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”.
- Proposed standard definitions for surveillance of non-infectious adverse transfusion reactions. International Haemovigilance Network; 2011.
- Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice— Evidence-based approach from the apheresis applications committee of the American Society for Apheresis: 2019.
- Guideline for autologous transfusion: II Perioperative Haemodilution and Cell Salvage. British - - Committee for Standard in Haematology blood transfusion task. 1997.
- Guidelines for blood recovery and reinfusion in surgery and trauma book. AABB 2005.
- Section VIII Platelet Rich Plasma (PRP) Guidelines: International Cellular Medicine Society.
- Guidelines for the use of Platelet Rich Plasma: The International Cellular Medical Society.
- Raccomandazioni SIMTI per gli emocomponenti per uso non trasfusionale.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

- Guidelines of British Society of Haematology: la società pubblica linee guida riguardanti l'ematologia, l'onco-ematologia, le patologie legate all'emostasi e alle trombosi e la medicina trasfusionale.

Per quanto riguarda gli indicatori raggruppati nelle macro-aree di risultato se ne selezionano alcuni che per esperienza maturata si ritengono al momento di maggiore impatto sui processi dell'unità operativa:

- area dell'efficienza gestionale: n. accessi dei donatori presso la struttura, numero donatori/anno rispetto al raggiungimento dell'autosufficienza regionale, numero unità da approvvigionamento esterno, costi diretti del servizio trasfusionale, costi farmaceutici, costi laboratoristici, numero di prestazioni ambulatoriali, numero di prestazioni laboratoristiche esterne, l'activity based costing permetterebbe di evidenziare i costi di attività che il servizio svolge per l'assistenza trasfusionale e di medicina trasfusionale per i reparti dell'azienda che costituisce il 50%.
- area della qualità/appropriatezza: riorganizzazione secondo l'operation management per la produzione di platelet rich plasma, revisione dell'attività di recupero intra-operatorio per risultato.
- area del governo della domanda: tempi di attesa presso cup aziendale dei pazienti sottoposti a prestazioni sanitarie presso il servizio trasfusionale, tempi di attesa presso il SIMT dell'utente.
- area del miglioramento organizzativo: formazione aderente alle attività svolte, numero dei conflitti all'interno dell'unità, formazione del personale/anno, turni di servizio.
- altre aree di risultato: obblighi formativi, tempi di invio dei referti ai donatori, ricerca, gruppi di lavoro, progetti.

Il servizio trasfusionale dove svolgo la mia attività da circa 17 anni è all'interno di un'azienda ospedaliera e universitaria con 378 posti letto per ricovero ordinario e 44 posti letto di day hospital. E' un'azienda multidisciplinare nella quale sono presenti reparti per l'assistenza di tutte le specialità chirurgiche. L'assistenza medica viene garantita dalla medicina generale, dalla medicina d'urgenza, dall'oncologia, dall'ematologia, dalle malattie infettive, dalla neurologia, dalla nefrologia e dalla cardiologia. I servizi di supporto sono garantiti dalla medicina di laboratorio, radiologia, medicina nucleare, emodinamica, servizio trasfusionale, anatomia patologica. All'interno dell'ospedale si svolge la didattica per la facoltà di medicina e psicologia e di varie specializzazioni. L'attività ambulatoriale viene svolta da tutte le specialità presenti presso l'azienda.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

### **3.4 Costruzione del fascicolo personale**

Il fascicolo personale del dipendente rappresenta una fonte di informazioni per il dipendente ai fini della valutazione ma anche per l'azienda come:

- strumento di valutazione/rendicontazione delle performance;
- strumento di costruzione di cultura dell'autovalutazione;
- strumento per ricercare il miglior fit tra capacità della persona e ruolo/posizione ricoperta;
- Strumento per lo sviluppo organizzativo, per allineare capacità a richiesta, in evoluzione dell'organizzazione.

Le informazioni che contiene sono:

Job description, redatta alla luce dell'atto aziendale e del regolamento dell'organizzazione, è una descrizione delle responsabilità, dei requisiti e delle qualifiche necessarie per accedere ad una specifica posizione. Descrive la posizione lavorativa presente in azienda con nome, scopo della posizione, posizionamento gerarchico della posizione, mansioni, caratteristiche necessarie per svolgere le mansioni indicate;

mappatura delle competenze sia per il vantaggio competitivo e organizzativo sia come strumento di risk management delle competenze presenti in azienda e per gestire per tempo il ricambio generazionale, evitando che competenze specifiche vengano perse con il pensionamento/uscita di un dipendente (figura 3.2) (figura 3.3);

contratto individuale redatto al momento dell'assegnazione dell'incarico: contratto collettivo nazionale dei lavoratori dal 1996 e successivi, contratti di diritto privato ecc.;

curriculum vitae aggiornato la cui pubblicazione sul sito aziendale è stata resa obbligatoria dal decreto legislativo n.150/2009;

esiti delle valutazioni annuali o pluriennali;

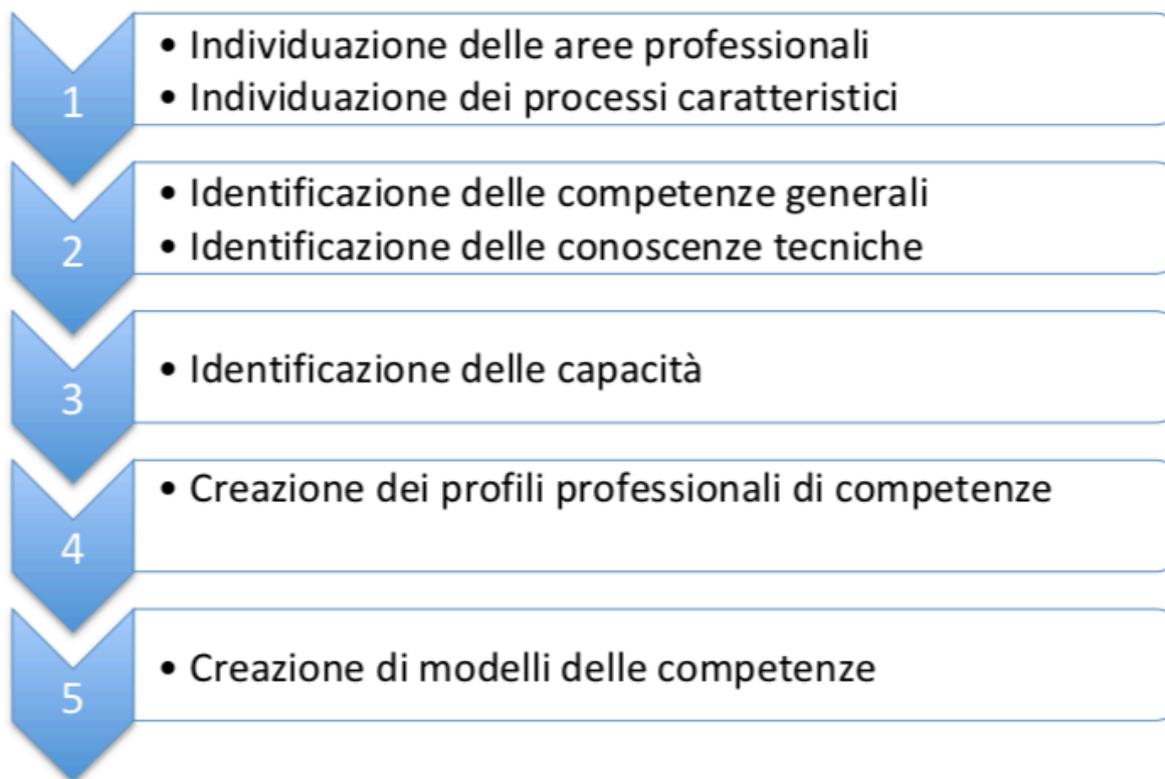
Altre informazioni provenienti da altre fonti: dove opera (profilo strategico), cosa fa (linee di attività), quali conoscenze/esperienza comprovata utilizza (formazione), quali conoscenze potrà utilizzare (ricerca).

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

L'elemento fondamentale per ogni azienda è assicurarsi che al proprio interno vi siano persone che sappiano fare determinate cose, con una definizione precisa dei contenuti del proprio ruolo e delle posizioni. La mappatura delle competenze richiede capacità interne di creazione e gestione del sistema e grande maturità culturale da parte del personale a cui è indirizzato, in quanto deve confrontare il proprio livello di capacità e conoscenze con un standard predefinito, ma soprattutto accettare l'esito del confronto e le azioni correttive per essere adeguato alle responsabilità lavorative che gli sono attribuite dalla direzione per l'incarico ricoperto. Il processo che rappresenta il percorso di sviluppo del dirigente potrebbe essere scomposto come segue: individuazione incarichi gestionali, definizione dei criteri di graduazione degli incarichi gestionali, attribuzione dell'incarico gestionale, valutazione dei risultati a seguito dell'incarico gestionale, individuazione degli incarichi professionali, definizione dei criteri di graduazione degli incarichi professionali, attribuzione dell'incarico professionale, valutazione dei risultati a seguito dell'incarico professionale. Il dirigente di struttura complessa nell'ambito di ogni specialità dovrebbe segmentare l'iter di sviluppo professionale a cui correlare una tipologia di incarico professionale (es. alta professionalità, media professionalità, professionalità di base, professionalità inferiore a cinque anni), e dovrebbe mappare la professionalità dei propri collaboratori professionali collocandoli nell'ambito delle tipologie identificate, valutarli rispetto a standard professionali prodotti dalla letteratura e dalle società scientifiche. Il contributo del Nucleo di Valutazione e del Collegio Tecnico ben definito nell'ambito normativo il primo e nell'ambito del contratto collettivo nazionale dei lavoratori il secondo è stato ben individuato e ampiamente descritto nei capitoli precedenti.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**Figura 3.2: Mappatura delle competenze**



Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

**Figura 3.3: Rivisitazione del framework di competenze RACS 2008**



RACS 2008: Royal Australasian College of Surgeons

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

In questo capitolo viene effettuata una simulazione di costi di realizzazione di una unità dedicata alla programmazione della valutazione del personale all'interno di un'azienda. Costo pieno 153894/anno

**Tabella 1: Costi di realizzazione**

Costi diretti	Costi indiretti	Costi generali
<b>Personale</b>	Utenze : 1480	Stanza per 2 postazioni di lavoro (16 mq) 4.500/mq=72000
Medico manager 75.000/anno	Rifiuti: 64,37/anno	Servizi igienici (5 mq) 4500/mq=22500
Ingegnere gestionale 28.000/anno	Pulizie (servizio di esternalizzazione): 13.000	Spogliatoio dipendenti (5 mq) 4500/mq=22500
<b>Tecnologia</b>	<b>Altri costi</b>	Deposito materiale di consumo (5 mq) 4500/mq=22500
Computer per due postazioni 2000x2 ammortamento 5 anni	Formazione 40.000	
Mobilio: 1000 ammortamento 5 anni	Marketing 60.000	
Materiale di cancelleria:1200/anno		
Materiale di guardaroba: 200/anno		

Costi diretti: Personale: 103.000/anno; tecnologia: 5000 con ammortamento a 5 anni: 1000 + materiale di cancelleria e guardaroba:1400/anno. Costi Indiretti: 14.544/anno. Costi generali: 139500 con un ammortamento in 10 anni: 13.950/anno. Altri costi (formazione, marketing): 100.000 con ammortamento in 5 anni: 20.000/anno.

## RISULTATI ATTESI

Alcune aziende hanno saputo disegnare strumenti di governo clinico e di gestione del sapere tecnico dei singoli professionisti. Sulla scia della loro esperienza ci proponiamo di esporre un piano di sviluppo di un sistema di mappatura e misurazione delle performance professionali che apporti benefici sia ai clinici che alle aziende. Per i clinici affinché le valutazioni vengano utilizzate per la graduazione delle funzioni e degli incarichi legati alla progressione delle carriere e per i premi di risultato. Per le aziende invece per comprendere quali aree tecnicamente possono essere maggiormente sviluppate per la presenza di professionisti che hanno determinate competenze e quali competenze invece mancano per lo sviluppo di determinate aree necessarie per il territorio. Le competenze presenti permettono alle aziende di occupare parti del mercato dell'offerta e competenze assenti permettono alle aziende di formare a hoc i professionisti per occupare parte di mercato. Le aziende che per prime hanno saputo occupare aree di intervento e sviluppo per la valutazione della clinical competence hanno creato Unità Operative con personale dedicato in collaborazione con la direzione aziendale. Alcune di esse hanno operato nell'ambito dell'accreditamento Joint Commission International (JCI). La misurazione delle attività e dei comportamenti deve comprendere tutte le dimensioni e aree delle performance di attività, strutturali, organizzative, manageriali e dirigenziali includendo la dinamica economica relativa al budget. Le valutazioni possono essere individuali annuali ma anche aderenti ai contratti nazionali con i collegi tecnici o effettuate dai nuclei di valutazione secondo la normativa universitaria. La scheda di misurazione delle performance può essere cartacea o informatica e deve prevedere il confronto tra valutato e valutatore. La regola ultima nessuno che non è stato valutato può essere valutatore.

## CONCLUSIONI

Valutare il lavoro dei medici significa intervenire nel cuore dell'attività aziendale, orientando i comportamenti professionali e guidando lo sviluppo individuale. Significa anche individuare quei professionisti ai quali possono essere affidati incarichi dirigenziali perchè capaci di guidare un'organizzazione. Nessuna valutazione del personale può prescindere da una buona valutazione del responsabile di struttura sul valutato, che coinvolge la sfera dei rapporti personali, e gli ambiti organizzativi e relazionali. Per tali ragioni le aziende devono prestare attenzione ai disegni dei propri sistemi di valutazione ma allo stesso tempo individuare e formare responsabili capaci di svolgere tale funzione. In particolare il ruolo delle aziende sembra cruciale per lo sviluppo di sistemi che possano integrare la valutazione del responsabile di struttura con altre valutazioni provenienti da collaboratori, colleghi, utenti, controllo di gestione, ufficio relazione con il pubblico, autovalutazione. Il modello di riferimento è quello della valutazione a 360 gradi o dei multi-source-feedback-systems. Un altro possibile coinvolgimento nelle valutazioni è principalmente nelle premialità e nelle progressioni di carriera è quello dei dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri o altri livelli organizzativi equivalenti. Potrebbe essere inoltre utile il coinvolgimento delle regioni, ordini professionali e società scientifiche per la definizione di set di competenze condivise e credibili. Infatti la loro numerosità, la loro specificità e il tasso di rinnovamento a cui sono soggette renderebbe oneroso per le singole aziende sviluppare set di competenze adeguati. Si tratta di un'attività che conferma la maturità del management sanitario che lentamente ha trovato conferma all'interno delle aziende e che ha messo in rilievo l'importanza di conoscere e governare il potenziale delle competenze presenti al loro interno. Le ragioni perché le aziende investano sui tali sistemi manageriali sono molteplici: l'attenzione agli esiti di salute che mette al centro il paziente e il proprio benessere; le trasformazioni e innovazioni organizzative quali team multidisciplinari, l'assistenza per intensità di cura, equipe itineranti; la sempre maggiore attenzione alla sicurezza delle prestazioni; la spinta a introdurre valutazioni delle performance cliniche individuali quali elementi da collegare a graduazioni di responsabilità; gli accreditamenti a livello internazionale e l'adesione a standard di società scientifiche per l'erogazione di prestazioni sanitarie con una maggiore attenzione alla qualità; la possibilità anche per le aziende sanitarie di presentare i loro prodotti allineati con gli sviluppi strategici; una maggiore attenzione alle politiche di ricambio generazionale e in particolare al risk management delle competenze possedute da alcuni professionisti senior da incorporare nel patrimonio aziendale e infine nelle aziende ospedaliere e universitarie l'introduzione di strumenti per misurare l'apprendimento degli specializzandi. In Italia non sono previsti sistemi istituzionali di rivalidazione continua della professionalità dei medici come accade nei paesi di matrice anglosassone

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

pertanto risulta cruciale programmare e far funzionare i sistemi di misurazione, valutazione e controllo delle performance come previsto dalle norme nazionali.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## RIFERIMENTI NORMATIVI

la legge Pagliani-Crispi del 22 dicembre 1888, n. 5849, in materia di “tutela dell’igiene e della Sanità Pubblica”;

la legge Crispi del 17 luglio 1890, n. 6972, “sulle istituzioni pubbliche di beneficenza” (IPAB-CRISPI);

il regio decreto (R.D.L.) 30 settembre 1938 n. 1631, detta anche legge Petraghiani: “norme generali per l’ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali”;

la legge dell’11 gennaio 1943 n. 138, in materia di “mutualità fascista- Istituto per l’assistenza di malattia ai lavoratori”;

il decreto ministeriale 8 novembre 1976, in materia di «Orientamenti per l’attuazione delle strutture dipartimentali previste dall’art. 55 della legge 18 aprile 1975, n. 148.

la legge del 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di “riordino della disciplina sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

il decreto legislativo del 7 dicembre 1993, 517, “modificazioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

il decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, in materia di “sicurezza sui luoghi di lavoro” sostituito dal decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81, in materia di “tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”;

Ministero della Salute, decreto 24 luglio 1995 in materia di “contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel Servizio Sanitario Nazionale”;

il DPR 10 dicembre 1997, n. 484, in materia di “regolamento recante la determinazione dei requisiti per l’accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”;

il decreto legislativo del 19 giugno 1999, n. 229, in materia di “norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;

la legge 19 ottobre 1999, n. 370, in materia di “disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica”;

il decreto legislativo del 21.12.1999, n. 517, in materia di “disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell’articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

la legge 21 ottobre 2005, n. 219 in materia di “nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”;

il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di “ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

la legge 30 dicembre 2010, n. 240, in materia di “organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento”;

il Decreto Ministeriale del 2 aprile del 2015, n. 70 in materia di “regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

CCNL dell’area sanitaria – triennio 2016-2018 pubblicato G.U del 28 gennaio 2020

l’articolo 14, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

l’articolo 1, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

art. 47, del decreto del presidente del consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 in materia di “definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## BIBLIOGRAFIA

Cosmacini G. (2016). *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. 1° edizione italiana. Biblioteca Storica Laterza.

Lega F., Mauri M., Prenestini A. (2010). *L'ospedale tra presente e futuro*. Edizione Egea.

Geddes D.M. (2011). *Gli ospedali d'Italia – Ieri, Oggi, Domani*. Redazione SI.

Lega F. (2016). *Management e leadership dell'azienda sanitaria*. 1° edizione italiana. Edizione Egea S.p.A.

Casali G. (2000). *I sistemi di programmazione e controllo di gestione: risultati di un follow-up*. Report OASI CeRGAS.

Casati G., Frosini F. (2001) *La gestione del budget nelle aziende sanitarie: aspetti critici*. Report OASI CeRGAS.

Del Vecchio M., De Pietro C. (2001). *La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende*. Report OASI CeRGAS.

Filannino C. (2002). *Sviluppo di carriera e sistemi di valutazione professionale del personale dirigente: un'analisi delle aziende sanitarie lombarde*. Report OASI CeRGAS.

Cantù E., Palucci G. (2004). *L'uso dei DRG nei sistemi di gestione dell'Aziende Ospedaliere Lombarde*. Report OASI CeRGAS.

Bergamaschi M., Lecci F. (2009). *Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità*. Report OASI CeRGAS

De Pietro C. et al. (2010). *La valutazione dei medici nel SSN: proposte in campo e pratiche aziendali*. Report OASI CeRGAS.

Ministero della Salute. (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche*.

Carbone C. et al. (2013). *Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione*. Report OASI CeRGAS.

Del Vecchio M. et al. (2018). *Mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: sistemi e strumenti a confronto*. Report OASI CeRGAS.

Quali indicatori di performance utilizzare per costruire il fascicolo professionale, valutabile ai fini della dirigenza secondo il D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPR 10 dicembre 1997 n. 484

## SITOGRAFIA

General Medical Council (2013). *Good medical practice*. Disponibile su [www.gmc-uk.org/guidance](http://www.gmc-uk.org/guidance);

*La prima grande riforma sanitaria italiana*. Disponibile su [www. StudioCataldi.it](http://www.studiocataldi.it).  
(<https://www.studiocataldi.it/articoli/39231-la-prima-grande-riforma-sanitaria-italiana>).

Lega F., Mauri M., Prenestini A. (2010). *L'ospedale tra presente e futuro*. Edizione Egea. Disponibile su [www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)