



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

---

Corso di Laurea Magistrale in

**Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari**

**La valutazione della performance individuale in Sanità: un caso  
di studio e analisi**

**Individual Performance Evaluation in Healthcare: a case study  
and analysis**

Relatore: Chiar.ma  
Prof.ssa Alessia D'Andrea

Tesi di Laurea di:  
Matteo Scattolini

Correlatore: Chiar.ma  
Prof.ssa Mariateresa Ciommi

Anno Accademico 2022 – 2023



*AL MIO BELLISSIMO  
RAGGIO DI SOLE...*



# INDICE

INTRODUZIONE .....	7
--------------------	---

## CAPITOLO 1

L'AZIENDA SANITARIA: PROFILI EVOLUTIVI E ELEMENTI DEFINITORI .....	11
1.1 Nascita ed evoluzione del Sistema Sanitario Italiano: excursus storico istituzionale dal DL.vo 833/1978 al DL.vo 229/1999 .....	11
1.2 Le aziende del sistema sanitario italiano: inquadramento e caratteri economico-aziendali .....	21
1.3 Il concetto di Azienda: caratteri economico-aziendali .....	26
1.4 I ruoli chiave nella gestione di un'Azienda Sanitaria .....	29

## CAPITOLO 2

STRUMENTI DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE .....	33
2.1. Lo sviluppo dei sistemi di performance management nella Pubblica Amministrazione italiana e la "Riforma Brunetta" .....	33
2.2 I punti chiave della Riforma Brunetta .....	37
2.3 Il Ciclo di Gestione della Performance nella PA .....	40
2.3.1 Il Piano della Performance .....	45
2.3.2 Relazione sulla Performance .....	50
2.4 Misurazione e valutazione della Performance Organizzativa .....	52
2.5 Misurazione e valutazione della Performance individuale .....	54
2.6 Strumenti per la valutazione della performance previsti dalla normativa .....	56

## CAPITOLO 3

IL CASO DI STUDIO: MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI UNA UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE NELLA A.S.L. 3 ABRUZZO-----	59
3.1 Obiettivi dello studio-----	59
3.2 Metodologia dello studio del caso.-----	59
3.3. Contesto in cui si sviluppa lo studio.-----	62
3.4. Misurazione e valutazione della Performance del personale Medico e Infermieristico dell'U.O.S.D. Gestione anestesiologicala Blocco Operatorio: "analisi e discussione dei risultati ottenuti" -----	64
3.2.1 Analisi e rappresentazione grafica dei risultati del personale Medico. -----	65
3.2.2 Analisi, rappresentazione grafica e commento dei risultati delle schede di valutazione del personale Infermieristico -----	69
3.2.3 Tentativi di aggregazione -----	83
CONCLUSIONI -----	95
<i>BIBLIOGRAFIA</i> -----	99
<i>SITOGRAFIA</i> -----	105

## **INTRODUZIONE**

Il concetto di Performance nella Pubblica Amministrazione è stato introdotto e formalizzato con il D.Lvo 150/2009 che mira a misurare i livelli di Performance organizzativa e individuale al fine di migliorare la produttività, l'efficienza e la trasparenza nelle amministrazioni pubbliche; con la "Riforma Brunetta" le P.A. sono tenute a misurare, valutare e rendicontare l'andamento dei livelli di Performance garantendo la massima trasparenza delle informazioni relative all'operato svolto.

La Performance Measurement racchiude in se numerose metodologie di analisi e misurazione della Performance in base alla tipologia di amministrazione che si intende approfondire ma al contempo condividono alcuni caratteri comuni, componenti chiave del percorso di misurazione e valutazione: il ciclo di gestione della performance è il fulcro comune e si articola in varie fasi a partire dal "Piano della Performance" dove si definiscono e si assegnano gli obiettivi, collegamento tra gli obiettivi prefissati e risorse disponibili, una attività di costante monitoraggio del processo in corso, valutazione della Performance individuale e collettiva con il successivo uso di sistemi premianti e infine l'attività di rendicontazione agli organi politico-amministrativi e agli stakeholder, pubblici e/o privati che ruotano attorno all'organizzazione.

Il lavoro svolto nasce con l'obiettivo specifico di osservare, analizzare e dimostrare come si sviluppa il processo di misurazione e valutazione della Performance in una P.A., nel dettaglio nella realtà di una Azienda Sanitaria Locale, facendo riferimento ad una unità produttiva altamente specialistica, l'U.O.S.D. Gestione Anestesiologica Blocco Operatorio.

Lo studio condotto è uno studio definito "non interventista" dove il ricercatore si limita a raccogliere i dati, sintetizzarli, analizzarli e infine li commenta al fine di poter dare una spiegazione al fenomeno osservato; le informazioni raccolte derivano da questionari di valutazione della Performance risalenti al 2022: attraverso l'uso di tecniche statistiche, come il chi-quadrato e l'analisi di correlazione, si è voluto dare una spiegazione al fenomeno in questione mostrando e confrontando i risultati presenti sulle schede di valutazione con quelli derivanti dall'analisi statistica.

Lo studio condotto si articola in un percorso che inizia con un excursus storico del processo di aziendalizzazione delle Aziende Sanitarie nel panorama italiano definendo le tappe storiche e legislative principali che hanno permesso di arrivare alla situazione odierna.

Dopo una panoramica d'insieme di ciò che è stato lo scenario italiano e delle sue modifiche legislative più significative esposte nel primo capitolo, il secondo capitolo tratta in maniera dettagliata l'argomento sulla misurazione e



valutazione della Performance entrando nel dettaglio dei dettami legislativi contenuti nella “Riforma Brunetta”, esponendo la metodologia di come avviene il processo di misurazione, valutazione e rendicontazione in un P.A.

Il terzo capitolo si è sviluppato attraverso un percorso articolato in fasi: la prima fase è stata il fulcro per la raccolta dei dati partendo innanzitutto dalla richiesta formale da parte del ricercatore di potervi accedere; successivamente tutte le informazioni raccolte sono state tabulate e rese disponibili attraverso la rappresentazione grafica. Come elemento di chiusura si identifica un nuovo possibile scenario da poter proporre come alternativa a quello vigente al fine di garantire una maggiore equità nell’assegnazione del punteggio dove ne consegue una differenziazione dei premi per ciascun lavoratore.



# CAPITOLO 1

## L'AZIENDA SANITARIA: PROFILI EVOLUTIVI E

### ELEMENTI DEFINITORI

#### **1.1 Nascita ed evoluzione del Sistema Sanitario Italiano: excursus storico istituzionale dal DL.vo 833/1978 al DL.vo 229/1999**

La Costituzione Italiana, all'art. 32 Cost., proclama la salute e il suo mantenimento come uno dei valori fondamentali che regolano e ispirano la vita dei cittadini andando a evidenziare e impostare un sistema di tutela pubblico, sociale, gratuito e universale a tutti gli indigenti.

Secondo la Carta costituzionale la salute è un “diritto fondamentale” del cittadino e lo Stato, organo garante della Costituzione, definisce e regola quali sono le attività, i mezzi e le risorse necessarie affinché il bene salute venga garantito, in maniera egualitaria e gratuita, ad ogni cittadino dello Stato italiano.

Il legislatore, nel portare a termine il programma definito per garantire equi livelli di salute, deve “armonizzare” un pacchetto di risorse di tipo organizzative, finanziarie ed umane che non potrà discostarsi dai contenuti individuati dai precetti costituzionali.

L'avvento del Sistema Sanitario Nazionale si è avuto con la legge del 23 dicembre 1978, n.833; con questa legge si modifica radicalmente tutto l'assetto

organizzativo presente in Italia: viene definitivamente abolito il “sistema mutualistico” caratterizzato dalla presenza di numerose organizzazioni che erogavano l’assistenza sanitaria sul territorio, un’assistenza diversificata dal punto di vista qualitativo e non equa su tutto il territorio nazionale<sup>1</sup>. Con il sistema mutualistico si osserva un aumento incontrollato della spesa sanitaria, meritevole di un ridimensionamento radicale dal punto di vista della governance. Con questo criterio viene avviato un processo di rinnovamento dell’intero sistema: si definiscono le “unità di base” del nuovo sistema sanitario, le USL, Unità Sanitarie Locali che rappresentavano l’elemento di maggiore innovazione perché integravano all’interno dello stesso territorio tutte le fasi del processo assistenziale e le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Inoltre alle USL venivano demandati non solo gli aspetti di natura sanitaria ma anche quelli di natura amministrativa<sup>2</sup>: la gestione sanitaria viene affidata non solo allo Stato ma anche alle regioni e agli enti locali; le USL gestiscono sia gli ospedali che i servizi territoriali; ogni USL è supportata da una struttura Distrettuale di base territoriale per la gestione e il potenziamento dell’assistenza sanitaria di primo livello; viene ampliata

---

<sup>1</sup> Italia. Legge 23 dicembre 1978, n.833. istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale-Supplemento Ordinario n.360, 28 dicembre 1978.*

<sup>2</sup> Si rimanda a: Linee generali del Sistema Sanitario. In: *Guida all’esercizio professionale per i Medici, i Chirurghi e gli Odontoiatri.* Torino: Edizioni medico scientifiche; 2000.

l'offerta dei servizi resi al cittadino con la stesura e l'introduzione di piani operativi e di collaborazione condivisi con la sanità privata<sup>3</sup>.

Dal punto di vista gestionale e amministrativo la Legge n.833 1978 tenta di razionalizzare la spesa pubblica in materia sanitaria attraverso un processo di programmazione a livello nazionale, regionale e locale a cui affidare il raggiungimento degli obiettivi e uniformare, nelle diverse aree del territorio, le prestazioni. Come anticipato in precedenza, ciò che ha ispirato il rinnovamento dell'intero sistema si lega ad un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria; il punto cruciale ruota attorno al concetto di "efficienza" erogativa del servizio, ovvero raggiungere l'obiettivo prefissato utilizzando il minimo quantitativo delle risorse<sup>5</sup>. Secondo la nuova riforma, il finanziamento del SSN è garantito dall'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, strumento di welfare integrativo nato per garantire ai cittadini una adeguata copertura sanitaria; il fondo nasce come mezzo di programmazione sanitaria, calcolato annualmente sulla "spesa storica" riguardante l'anno precedente. Esso veniva definito a livello centrale attraverso "le contrattazioni" che avvenivano tra Stato e Regioni al fine di definire le risorse assegnate ad ogni Regione.

Dal punto di vista istituzionale il SSN si articola su tre livelli:

- Livello Nazionale;

---

<sup>3</sup> Cfr. Adinolfi P. *Incentivi e produttività nelle aziende sanitarie. Uno studio sugli ospedali italiani*. Padova: Cedam; 1996.

- Livello Regionale;
- Livello Locale.

Nella nuova riforma il livello nazionale si occupa di coordinare le attività all'interno del territorio definendo obiettivi e risorse da impiegare per il raggiungimento degli stessi, redigono il Piano Sanitario Nazionale e usano le Regioni (livello regionale) come mezzo di raccordo intermedio tra lo Stato e gli Enti locali (livello locale) composti dalle Province, che svolgono attività legate all'igiene ambientale e alla prevenzione e dai Comuni, che operano attraverso il loro braccio operativo, le USL. Ogni USL copre solitamente il territorio comunale di riferimento oppure quello di un'area più ampia se il territorio di riferimento è costituito da comuni di ridotte dimensioni.

Da una attenta analisi del nuovo quadro sviluppatosi a partire dal 1978 si arrivò alla conclusione che il nuovo sistema ideato andava necessariamente rivisto perché non più sostenibile; la spesa sanitaria italiana era diventata incontrollabile perché le Regioni superavano costantemente i limiti imposti dallo Stato per garantire adeguati livelli di salute.

Per tale motivo, a partire dal 1992 il panorama sanitario italiano subisce una radicale trasformazione, attraverso un processo di rinnovamento e innovazione senza precedenti, che segna le tracce del nuovo assetto sanitario in Italia.

La “prima riforma” post 833/78 è stata la Legge 502/1992 riguardante il “Riordino della disciplina in materia sanitaria<sup>4</sup>” e, l’anno successivo, è stata integrata con nuove modifiche introdotte nella nuova Legge 517/93<sup>5</sup>, considerata la “seconda riforma” sanitaria in Italia.

I punti principali indicati nel nuovo DL.vo 502/1992 e successive modifiche, DL.vo 517/1993, hanno riguardato vari aspetti dell’assetto organizzativo sanitario italiano:

- la prima grande modifica apportata è stata la trasformazione delle USL in Aziende (Aziende Sanitarie Locali) cioè aziende che si pongono come garanti della salute del cittadino, dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia amministrativa ed economica. Secondo il nuovo DL.vo le ASL sono sotto il controllo di una nuova figura, un manager, che gestisce con autonomia le attività svolte e pianifica e identifica gli obiettivi da raggiungere sotto le linee generali dettate dagli organi pubblici;
- viene ridotto il numero delle USL, prevedendo per ciascuna di esse un territorio che coincide con quello provinciale;

---

<sup>4</sup> Italia. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 305, 30 dicembre 1992.

<sup>5</sup> Italia. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al DL.vo 0 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge del 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 293, 15 dicembre 1993.

- una delle più importanti innovazioni deriva dal pagamento delle prestazioni dalle quali poi deriva il finanziamento; le prestazioni vengono identificate sulla base di un tariffario definito dalle singole Regioni;
- viene data la possibilità ai grandi ospedali di essere autonomi dalle singole ASL e costituire aziende a sestanti;
- la direzione aziendale viene affidata a nuove figure manageriali: il Direttore Generale, eletto dalla Regione, deve avere i requisiti imposti dalla legge, di titoli, di comprovata esperienza e di età. E' il garante della corretta gestione delle risorse attribuite all'azienda, dell'imparzialità degli atti amministrativi. Il Direttore Generale nomina due figure che coadiuvano il suo operato: il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo e sono responsabili rispettivamente della gestione dei servizi sanitari il primo e della gestione dei servizi amministrativi il secondo;
- viene istituita la dirigenza del ruolo sanitario, articolata su due livelli: il primo identifica le figure mediche degli assistenti e degli aiuti mentre il secondo gli ex primari, nominati ogni cinque anni;



- è stato introdotto il sistema dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie correlato al diritto di libera scelta del cittadino nell'ambito delle strutture pubbliche e private dotate dei prescritti requisiti<sup>6</sup>;
- viene adottato un metodo per la valutazione delle prestazioni, del loro costo e della tenuta della contabilità analitica in modo da analizzare nell'insieme i costi, i risultati e i rendimenti;
- è stata istituita l'AgENZIA per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR);
- vengono identificate delle strutture sanitarie di alta specializzazione, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS)<sup>7</sup>.

Inoltre, il DL.vo 502/92, nel prevedere la riorganizzazione del SSN, stabilisce che le Regioni devono assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere, dalle aziende ospedaliere universitarie nonché dai soggetti accreditati a svolgere la funzione di tutela della salute<sup>8</sup>. A tal proposito il decreto sopra citato istituisce "l'accREDITAMENTO" delle strutture private e, con

---

<sup>6</sup> Cfr. Tommasini A., Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il Decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999

<sup>7</sup> Italia. Decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270. Riordinamento degli istituti zooprofilattici e sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h, della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.

<sup>8</sup> Art. 8-bis comma 1 DL.vo 502/92

il DL.vo 229/1999 e successive modifiche, sostituisce il precedente istituto di convenzionamento.

Le prime due riforme analizzate pocanzi, segnano l'inizio di un processo di rinnovamento del Sistema Sanitario Nazionale; il percorso iniziato nel 1992 si completa con una terza riforma sanitaria sancita dal DL.vo 19 giugno 1999, n. 229 recante le Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, meglio conosciuta come "Decreto Bindi" o "Riforma-ter", con la quale si andavano a definire i nuovi punti di forza per completare il processo di aziendalizzazione:

- si rafforza la natura aziendale delle aziende sanitarie;
- si introduce il concetto di autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali, che ebbero modo di costituirsi in azienda con personalità giuridica pubblica, attraverso un atto aziendale di diritto privato che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento;
- rafforza il concetto di valutazione dei risultati raggiunti in base agli obiettivi prefissati a preventivo;
- vengono riequilibrate le competenze, le responsabilità sui controlli, in materia sanitaria, delle attività svolte da parte dello Stato e delle Regioni nell'esigenza di fornire risposte più veloci e adeguate ai cittadini<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Cfr. Tomassini A., Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.

La gestione delle risorse, nodo cruciale del processo di aziendalizzazione, ha avuto come scopo principale quello di rendere un sistema efficiente ed efficace, indirizzato verso il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale e regionale, rispettando i parametri imposti dalla legge e basando le loro attività su un uso coerente delle risorse messe a disposizione. Nel determinare le risorse da destinare alle singole Regioni, che poi vengono suddivise per il numero delle aziende presenti al suo interno, vengono analizzati diversi aspetti: fabbisogno sanitario, popolazione residente, capacità fiscale e dimensione geografica di ciascuna regione. Il riparto delle risorse avviene poi su quota capitaria ponderata<sup>10</sup>, ovvero in base al numero di cittadini e ai loro bisogni, tenendo conto delle caratteristiche socio-demografiche di ogni regione; la quota capitaria viene poi corretta sulla base di alcune variabili come età, sesso e moltiplicata per il numero di residenti per ciascuna Regione<sup>11</sup>. Le Regioni a loro volta si sostengono attraverso le entrate regionali quali IRPEF, IRAP che spesso sono insufficienti a garantire la copertura della spesa sanitaria: viene previsto un fondo, il “fondo perequativo nazionale”, un fondo alimentato con parte del gettito della compartecipazione

---

<sup>10</sup> Valore medio pro capite nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza

<sup>11</sup> Ministero della Salute (2008), libro bilancio sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale

all'IVA utilizzata per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Il termine “perequazione” viene usato in diversi rami del diritto per indicare un atto o un’azione che abbia lo scopo di eliminare le discriminazioni o sanare eventuali svantaggi subiti. Treccani, Dizionario lingua italiana, 2009

## **1.2 Le aziende del sistema sanitario italiano: inquadramento e caratteri economico aziendali.**

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse<sup>13</sup>. Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interesse istituzionale sono la collettività di riferimento che partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica; questo fenomeno si presenta con maggiore frequenza a seguito della regionalizzazione del SSN dove è possibile identificare, negli organi di governo regionali, i rappresentanti della popolazione all'interno del governo dell'azienda sanitaria.

Tutte le regioni devono definire l'articolazione del territorio regionale individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono; tali aziende possono essere individuate sotto le diverse forme ammesse dall'ordinamento giuridico in: Azienda Sanitaria Locale (ASL); Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST); Azienda Sanitaria Territoriale (AST); Azienda Ospedaliera (AO); Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU); Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS); Ospedale Classificato o Assimilato; Casa di Cura Privata Accreditata.

---

<sup>13</sup> Airoidi, Brunetti e Coda, 1994. Economia Aziendale, Il Mulino, 1994.

Come ben si denota, il quadro che si presenta è molto diversificato ed eterogeneo in virtù dei processi di riordino che si sono susseguiti nei vari SSR negli ultimi anni dove la differenziazione aziendale non si limita solo alla missione istituzionale ma si focalizza su un processo di continuità assistenziale, innovativo per l'intero sistema<sup>14</sup>. Chi garantisce la gestione e l'erogazione dei LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, sono le ASL<sup>15</sup> che regolano, definiscono e gestiscono le strutture ospedaliere e territoriali dell'intera rete assistenziale; le AO e AOU fungono invece da erogatori di prestazioni su richiesta della ASL territoriale al fine di coadiuvarla nell'erogazione dei LEA. Le AO e AOU sono dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, hanno un patrimonio immobiliare proprio, una organizzazione di tipo dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura e fungono da "ospedale di riferimento" per l'area o per la Regione di appartenenza grazie all'elevata specializzazione di cui è dotata<sup>16</sup>.

La necessità di rendere tale processo più adatto alle sfide attuali sta alla base di queste modifiche statutarie avvenute all'interno dei vari SSR con l'intento di

---

<sup>14</sup> Cfr. Del Vecchio e Romiti, 2017

<sup>15</sup> Cfr. Cislighi C., Di Virgilio E. e Tavini G. (2010), Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario come da incarico ricevuto dalla conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 12 gennaio 2010, Roma, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S)

<sup>16</sup> Disposizione art. 20 del D.LGS 7 dicembre 1993, n.517 e dell'art. 3 del DL 18 settembre 2001 n. 347 (Fonte: Amministrazione in cammino)

orientare verso il cittadino una gamma di servizi tali da garantire, all'interno della regione, una adeguata risposta al singolo bisogno di salute.

Le numerose riforme che si sono susseguite nel corso degli ultimi trent'anni hanno portato ad una revisione degli assetti di sistema, adoperando un procedimento definito "ingegneria istituzionale"<sup>17</sup> dove, il numero di aziende sanitarie territoriali a livello nazionale si è fortemente ridotto, passando dalle 197 del 2001 alle 118 di oggi<sup>18</sup> (Rapporto OASI 2020), a causa di numerosi accorpamenti avviati a livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le aziende.

I processi di accorpamento si sono verificati a causa dei numerosi Piani di Rientro (PdR)<sup>19</sup> avviati dovuti al forte deficit finanziario rilevato in alcune realtà sanitarie regionali, dal nord<sup>20</sup> al sud Italia; questa riduzione numerica implica che i loro territori e le loro dimensioni aumentano con una popolazione media nelle regioni del nord Italia che sfiora i 500000 abitanti per azienda oppure come accade nella regione Marche dove l'ASUR, Azienda Sanitaria

---

<sup>17</sup> Cfr, Del Vecchio, 2003

<sup>18</sup> Rapporto OASI 2020

<sup>19</sup> Per approfondimenti si rimanda a Cuccurullo, 2012. Gli accorpamenti sono tra le più drastiche scelte che vengono effettuate a livello regionale. Un esempio è ciò che è avvenuto in Calabria dove il numero di ASL presenti sul territorio è passato da 11 a 5 e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009)

<sup>20</sup> Ai riordini dei SSR lombardo e toscano e alla modifica degli assetti istituzionali delle aziende nell'area metropolitana di Roma avvenuti nel 2015, hanno fatto seguito durante il 2016, ulteriori riforme regionali: in Sardegna è nata la ASL unica, ribattezzata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), in Veneto con la L.R. 19/2016 il numero delle ASL è stato ridotto da 21 a 9 ed è stata istituita l'Azienda Zero; nel 2017 è stata istituita la ASL Città di Torino, nata dalla fusione tra la ASL To1 e ASL To2 (Rapporto Oasi 2020)

Unica Regionale, ha competenza sanitaria sull'intera regione con un bacino di utenza di oltre 1500000 di abitanti<sup>21</sup>.

Anche le Aziende Ospedaliere AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e/o riattribuzione alle ASL passando dalle 97 del 2001 alle 42 attuali segnando una riduzione del 57%<sup>22</sup> del numero di aziende presenti sul territorio.

Della ampia schiera degli enti pubblici del SSR appartengono anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie AOU (ex Policlinico Universitario pubblico) e gli IRCCS pubblici. Attualmente, da dati disponibili del 2020, le prime risultano essere 10, concentrate nel Centro o Sud Italia mentre le seconde sono 21 dislocate maggiormente nel Centro-Nord Italia e comprendono anche le 4 IRCCS pubbliche lombarde<sup>23</sup>.

A completare l'assetto territoriale italiano ci sono gli enti intermedi, attualmente se ne contano 18 situate maggiormente in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano le funzioni di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, e controllo sono presenti altri tre enti intermedi senza funzioni di governo ma con funzioni di coordinamento di specifiche attività:

---

<sup>21</sup> Base di calcolo demografico secondo dati ISTAT 2020

<sup>22</sup> Tale numero risente della nuova classificazione adottata a partire dall'edizione del 2017 del Rapporto che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi

<sup>23</sup> Rapporto OASI 2020



AREU-Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo; Agenzia di Controllo.

Altre realtà dove sono presenti gli enti intermedi sono: A.Li.Sa (Azienda Ligure Sanitaria), l'Azienda Zero veneta e l'ARCS friulana che svolgono contestualmente attività di governo, di coordinamento e di supporto.

Oltre agli enti già citati si contano altri quattro attori che svolgono attività di supporto nei vari SSR: l'ESTAR (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale) toscano, l'Ares 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del Lazio, l'AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra<sup>24</sup>.

A completare l'ampio pannello di erogatori di servizi per conto del SSN ci sono le *strutture private accreditate* che, nel rispetto di accordi contrattuali stipulati con le singole ASL e nel rispetto di determinati requisiti imposti dall'organo regionale competente, fungono da erogatori o concessionari di prestazioni<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Elaborazione OASI a partire dal riadattamento di Del Vecchio e Romiti, 2017

<sup>25</sup> Ministero della Salute (2008), Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale

### 1.3 Il concetto di Azienda: caratteri economico-aziendali

Il concetto di “Azienda” assume un significato molto ampio perché tale termine può essere associato ad un numero elevatissimo di realtà aventi ognuna la propria inclinazione, la propria struttura interna ed esterna, la propria governance e la propria veste giuridica.

La spiegazione che meglio risponde alla domanda: *che cos'è un'azienda?* trova risposta in una serie di caratteristiche ben precise: l'Azienda è una Istituzione costituita da un complesso di beni e persone che operano come un sistema, cioè le parti che la compongono sono strettamente interconnesse tra loro attraverso un ciclo di attività che dà vita alla produzione di beni e servizi destinati al cittadino.

L'Azienda è un sistema autonomo<sup>26</sup> e durevole con la finalità di perdurare nel tempo mantenendo costantemente l'equilibrio economico, presupposto basilare affinché le aziende possano sopravvivere alle persone che durante l'arco della vita aziendale ruotano attorno ad essa, derivante dalla giusta combinazione di determinati fattori e dal loro rapporto con gli ambienti aziendali, esterno ed interno<sup>27</sup>. Il sistema Azienda si pone come obiettivo basilare la creazione del valore: nella dottrina economico aziendale, “creazione del valore” è intesa

---

<sup>26</sup> Secondo Catturi l'azienda si definisce autonoma quando non dipende da nessuno ma è in grado di tracciare autonomamente la rotta con le risorse che ha a disposizione, con i vincoli definiti dall'ordinamento giuridico. Cfr Catturi, *L'Azienda Universale – L'Idea forza, la morfologia e la fisiologia*, Padova 2003, 546.

<sup>27</sup> Si richiama il concetto espresso da Giannesi in *Le aziende di produzione originaria*, volume 1.

come la capacità dell'organizzazione di creare valore per gli azionisti e per tutti coloro che gravitano attorno ad essa; difatti l'azienda per poter sopravvivere deve circondarsi del maggior numero di portatori di interesse a cui, in maniera costante e grazie all'aiuto dei propri manager, realizza le aspettative riposte<sup>28</sup>.

Le Aziende possono essere suddivise, come ricorda Besta, in base al fine: la prima tipologia di Azienda è quella dove la creazione di ricchezza è lo scopo fondante dell'amministrazione (Azienda con scopo di lucro); la seconda invece identifica quelle Aziende dove la ricchezza è un mezzo volto al soddisfacimento di tutti i bisogni di un singolo, di una famiglia o di una collettività<sup>29</sup>(Azienda senza scopo di lucro).

Le Aziende possono avere una doppia natura: Privata e Pubblica; l'azienda privata è quella dove il soggetto giuridico e il soggetto economico sono di natura privata con autonomia imprenditoriale e finanziaria privata, hanno un capitale di rischio proprio e generano ricavi propri mentre l'Azienda pubblica definisce che il controllo viene effettuato o dallo Stato oppure da un altro ente pubblico, possono avere autonomia imprenditoriale ma la loro attività è sotto il controllo di un Organo superiore, sono prive di capitale di rischio e i ricavi generati non vengono suddivisi tra gli azionisti<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Per un approfondimento si rimanda a Coda, ne L'orientamento strategico dell'impresa, Torino 1988, 18 ss.

<sup>29</sup> Si riporta la citazione di Besta in La Ragioneria, II edizione riveduta e ampliata col concorso dei professori Vittorio Alfieri, Carlo Ghidiglia, Pietro Rigobon, Vol.I, Vallardi, Milano, 1922, p. 36.

<sup>30</sup> Per approfondimenti si rimanda al testo di Giovannelli, Modelli contabili e di bilancio in uno Stato che cambia, 37 ss.

Facendo un raffronto tra le caratteristiche delle Aziende private e Aziende pubbliche i pilastri che sicuramente le accomunano sono il concetto economicità, ovvero il giusto equilibrio tra costi e ricavi, efficienza, ovvero il rapporto tra il risultato ottenuto e le risorse impiegate e l'efficacia, ovvero valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Dopo aver esposto in maniera generale il concetto di Azienda e le sue caratteristiche predisponenti, si definisce il concetto di Azienda Pubblica: un'Azienda Pubblica è una azienda il cui soggetto economico (che è colui che detiene il potere di decidere gli indirizzi strategici) è collegato direttamente o indirettamente ad un istituto pubblico. Il processo di aziendalizzazione avvenuto nella P.A. è un processo attraverso il quale le amministrazioni pubbliche acquisiscono i criteri di gestione e di organizzazione di tipo economico-aziendale, tipico delle aziende private.

Dal concetto di Azienda Pubblica si ricava il concetto di Azienda Sanitaria, una organizzazione costituita da un insieme di risorse (umane, finanziarie, tecnologiche) organizzati per raggiungere obiettivi di salute pubblica; anche nelle Aziende Sanitarie sono riscontrabili i dettami fondamentali del concetto di Azienda: durabilità nel tempo, autonomia, efficacia, efficienza ed economicità.

#### **1.4 I ruoli chiave nella gestione di un'Azienda Sanitaria**

L'organizzazione di una Azienda Sanitaria è disciplinata dall'atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da normative statali e regionali; l'atto aziendale, adottato dal Direttore Generale (DG) dell'azienda sanitaria, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica<sup>31</sup>.

Sono definiti "organi" dell'azienda sanitaria il Direttore Generale e il Collegio Sindacale: la nomina del DG avviene attraverso la scelta del suddetto da parte del consiglio regionale da un elenco dove sono presenti tutti coloro che, a livello nazionale hanno i requisiti necessari, titoli ed esperienza comprovata, a ricoprire tale ruolo. Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva aziendale, nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda ed è titolare, in maniera esclusiva, dei poteri di gestione e della rappresentanza dell'azienda a livello locale e regionale. Inoltre, al DG compete verificare, attraverso l'istituzione di organo di controllo interno, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa<sup>32</sup>.

Il collegio sindacale, secondo organo aziendale, verifica il buon andamento dell'attività economica-contabile dell'azienda; vigila sulla conformità del

---

<sup>31</sup> Cons. St., sez V, 9 Maggio 2001, n. 2609

<sup>32</sup> Cfr. G. Giorgio, *Le aziende sanitarie*, in *San. Pubbl.*, 2000, p. 801 e ss.

bilancio aziendale, scritture contabili ed effettua periodicamente le verifiche di cassa denunciando i fatti di gestione se vi dovessero essere gravi azioni mendaci che violino la regolarità degli atti. Il collegio sindacale trasmette periodicamente, con cadenza semestrale, una relazione alla conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia sull'attività dell'azienda<sup>33</sup>.

All'interno dell'azienda sanitaria operano, inoltre, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Consiglio dei Sanitari e il Collegio di Direzione.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo coadiuvano di Direttore Generale nell'espletare le sue funzioni; il primo è il diretto responsabile della direzione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sulle materie di sua diretta competenza. Il secondo invece si occupa in prima persona della direzione dei servizi amministrativi dell'intera azienda.

Il consiglio dei sanitari è un organismo elettivo dell'azienda sanitaria con funzioni specifiche di consulenza sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario; fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale su materie di diretta competenza del consiglio, sugli obiettivi di salute da raggiungere e su eventuali investimenti attinenti alla materia in oggetto.

---

<sup>33</sup>Per approfondimenti si rimanda a R. Balduzzi-G. Di Gaspare (a cura di), *L'aziendalizzazione nel DL.vo 229/99*

Infine, il quadro organizzativo aziendale, si conclude con il consiglio di direzione di cui si avvale il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie nonché alla stesura di un programma di attività aziendale, sviluppo e direzione di specifici servizi e sul coerente uso delle risorse umane. Concorre alla formulazione dei programmi di formazione, attua progetti per l'attività intramuraria e pone all'attenzione del Direttore Generali i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup>Cfr. C. Corbetta, *Aziende Sanitarie Locali*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, I, Milano, 2006, p. 628 e ss.





## **CAPITOLO 2**

### **STRUMENTI DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

#### **NELLE AZIENDE SANITARIE**

#### **2.1. Lo sviluppo dei sistemi di performance management nella Pubblica Amministrazione italiana e la “Riforma Brunetta”**

A partire dai primi anni Novanta, il legislatore ha avviato un processo riforma volto ad introdurre, nei vari rami del settore pubblico, un grado maggiore di responsabilizzazione e con ciò un graduale miglioramento del funzionamento della macchina della Pubblica Amministrazione. Vengono introdotti nuovi sistemi di programmazione e di valutazione della dirigenza con l’assegnazione di incentivi e premi volti a migliorare la produttività gestionale sviluppando un processo che si prefigge di semplificare l’organizzazione e le strutture amministrative pubbliche, concentrando l’attenzione sul *core business* e sulla *mission* istituzionale degli enti.

Un secondo tentativo riformatore degli anni Novanta si realizza con la “Riforma Bassanini” che introduce all’interno della Pubblica Amministrazione temi legati alla semplificazione e al decentramento<sup>35</sup> di funzioni amministrative in favore di Regioni ed Enti Locali indirizzando il processo verso un

---

<sup>35</sup> Legge delega 59/1997 e ss – 127/1999 e 191/1998

“federalismo amministrativo”, reso necessario per riformare le organizzazioni statali e mirando ad una semplificazione dei processi amministrativi.

Nel 2009 una nuova riforma detta i principi innovatori da introdurre nella Pubblica Amministrazione: è la “Riforma Brunetta” o Legge delega n. 15/2009<sup>36</sup>; i caratteri principali di tale Riforma sono riconducibili alla *valutazione dei risultati, alla premialità e alla trasparenza*.

Difatti una delle principali difficoltà riscontrate nella Pubblica Amministrazione è l’insufficienza di dati utili per sviluppare una adeguata misurazione della *performance* e la costruzione di sistemi di misurazione non idonei allo scopo perché non rispondevano ai criteri di “validità, legittimità e funzionalità<sup>37</sup>”. A questo proposito la Riforma 15/2009 cerca di intervenire, migliorando la qualità di misurazione dei risultati con l’obiettivo di delineare un efficace processo di analisi utile a valutare e, quindi, a premiare il merito.

In passato l’attenzione è stata sempre posta allo sviluppo di strumenti gestionali di tipo formale, strumenti tecnici non coordinati e privi di ogni collegamento e consequenzialità nel tempo; con ciò è possibile affermare che il principale difetto delle riforme precedenti è da ricondurre all’assenza di riforma

---

<sup>36</sup> Legge delega 15/2009 o Riforma Brunetta, dal nome dell’allora Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione Renato Brunetta

<sup>37</sup> Cfr. Bouckaert, Geert. 1993, Measurement and Meaningful Management. Public Productivity and Management Review. 17(1): 31-43

manageriali e “culturali<sup>38</sup>” e al notevole peso assegnato all’applicazione formale delle norme, tipico di un sistema definito *Civil Law* come quello italiano.

La Riforma Brunetta si pone l’obiettivo di soppiantare il vecchio sistema iniziando un processo di rinnovamento che ha permesso in una prima fase una attività di formazione e di sensibilizzazione delle amministrazioni pubbliche, abilitando il personale ad acquisire le conoscenze e le competenze utili ad implementare correttamente le azioni previste dal D. Lgs 150/2009.

Uno dei perni sui quali la Riforma Brunetta si fonda è la trasparenza<sup>39</sup> perché, la corretta diffusione delle informazioni sulla misurazione della gestione e la trasparenza dei risultati raggiunti permette un maggiore coinvolgimento e una più accurata conoscenza da parte dello *stakeholder* di ciò che è l’attività aziendale; i principali *stakeholder* dell’attività svolta da parte di una Azienda Sanitaria possono essere interni ed esterni: i dirigenti, i dipendenti pubblici, l’opinione pubblica, la collettività, il terzo settore che coopera con l’ente pubblico e altri enti pubblici che coadiuvano l’attività dell’azienda.

---

<sup>38</sup> Cfr. L. Hinna, *La riforma: una lettura in chiave manageriale*, in L. Hinna, G. Valotti, *Gestire e valutare le performance nella P.A.*, Op. cit., P. 81

<sup>39</sup> L’art.11 del D. Lgs 150/09 definisce il concetto di trasparenza come: accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Esso costituisce un livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell’art. 117, comma secondo, lettera m), *della Costituzione*

Alla luce di quanto analizzato fino ad ora è possibile evidenziare la centralità della trasparenza e dell'accountability perché secondo la nuova riforma, senza la trasparenza il cittadino non è informato su quanto realizzato dalla Pubblica amministrazione e non lo abilita a poter esercitare delle pressioni sul miglioramento dei servizi; partendo da questo presupposto, la macchina pubblica è tenuta, nell'ottica di un processo di miglioramento continuo, a condividere con gli *stakeholder* i risultati che sono stati raggiunti ai fini di aumentarne la trasparenza e la conoscibilità dell'operato. Questo, a sua volta, innesca un processo di assegnazione di meriti e premi a coloro che raggiungono determinati risultati all'interno di un arco di tempo definito e con un coerente uso delle risorse<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> D.Lgs 150/09

## 2.2 I punti chiave della Riforma Brunetta

L'art. 3 del D. Lgs 150/09 riassume i valori che la Riforma Brunetta contiene:

- La misurazione e valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati raggiunti sia dai singoli che dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza sui risultati della PA e delle risorse impiegate per il corretto perseguimento del fine pubblico;
- Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla commissione di l'art. 13<sup>41</sup>;
- Le amministrazioni pubbliche adottano adeguati mezzi di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della *performance*;

---

<sup>41</sup> Art. 13 D. Lgs 150/09

- Le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento del destinatario dei servizi e degli interventi;
- Il rispetto delle disposizioni del presente titolo è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance.

Questa riforma ha dato vita ad un processo unico dove ogni amministrazione pubblica deve avviare il proprio “ciclo di misurazione e gestione della performance” seguendo le direttive che sono state indicate all'interno del “sistema di misurazione e gestione della performance”.

Il “**ciclo**” della performance è un percorso che devono seguire coloro che operano all'interno della Pubblica Amministrazione; il punto di partenza è dato dall'analisi della situazione iniziale passando per l'identificazione degli obiettivi di miglioramento con il supporto dei vari portatori di interesse sia interni che esterni. L'assegnazione delle risorse è un nodo fondamentale perché permettono di raggiungere l'obiettivo nei tempi e nei modi stabiliti; ultimo punto riguarda la misurazione e la valutazione dei risultati globali (performance organizzativa) e dei risultati ottenuti dai singoli (performance individuale).

La Riforma Brunetta prevede che la performance individuale e la performance organizzativa siano strettamente collegate perché, secondo il riformatore, non

si possono erogare incentivi personali se la qualità del servizio non supera e/o raggiunge gli standard minimi, se le condizioni economiche e finanziarie dell'ente non lo permettono o se si registrano comportamenti organizzativi inadeguati da parte dei singoli dipendenti<sup>42</sup>. Questa modalità permette, secondo la Riforma, di attuare una seria “gestione delle risorse umane” piuttosto che una formale “amministrazione del personale<sup>43</sup>” introducendo un sistema di valorizzazione personale e del collettivo.

Nel contesto italiano la valutazione della performance individuale costituisce un meccanismo operativo di gestione del personale teso ad allineare i comportamenti individuali (orientati al conseguimento di obiettivi personali) agli obiettivi dell'azienda; la valutazione può avere diverse finalità, tra le altre la crescita e l'apprendimento delle risorse umane.

---

<sup>42</sup> Cfr. L. Hinna, La Riforma: una lettura in chiave manageriale, in L. Hinna, G. Valotti, Gestire e valutare le performance nella PA, Maggioli, 2010, p 91 e ss.

<sup>43</sup> Cfr. L. Hinna, La Riforma: una lettura in chiave manageriale, in L. Hinna, G. Valotti, Gestire e valutare le performance nella PA, Maggioli, 2010, p 91

### 2.3 Il Ciclo di Gestione della Performance nella PA

Il “Ciclo di Gestione della Performance” (Fig. 1) delineato dalla Riforma Brunetta è il mezzo attraverso il quale si mira ad orientare la programmazione della performance individuale e organizzativa verso lo sviluppo di idonei sistemi di rendicontazione volti alla condivisione con chiunque abbia interesse ad acquisire informazioni sulla realtà in oggetto.

Esso si articola in sei fasi che vengono rette da un sistema di misurazione e di valutazione e sono sintetizzate in due documenti di sintesi: *Piano della Performance* e *Relazione della Performance*.

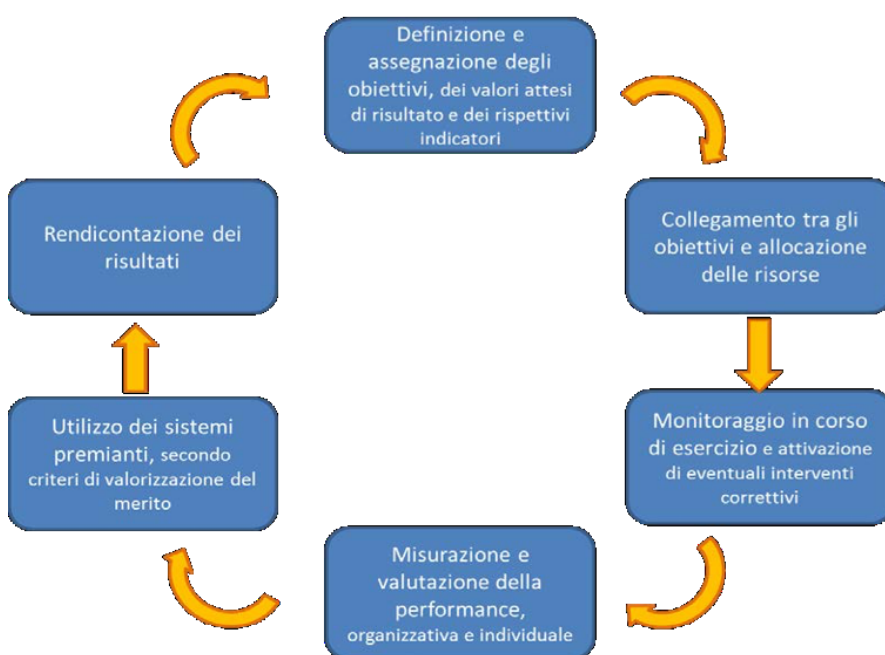


Figura 1: Ciclo di misurazione della Performance. Fonte Performance.Gov.it



Gli attori coinvolti nel Ciclo della Performance sono un organismo esterno e tre interni per ciascuna amministrazione; la CIVIT, Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche, ha il compito di definire le linee guida e i requisiti minimi cui le P.A. devono uniformarsi per il corretto svolgimento del Ciclo della Performance. All'interno di ogni amministrazione la Legge Brunetta prevede la nascita di un nuovo organismo, L'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) con compiti di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso; affianco a questa struttura valutativa c'è l'organo di indirizzo politico amministrativo che definisce, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance e i dirigenti di ciascuna amministrazione che si occupano della valutazione individuale del personale<sup>44</sup>.

Nel Ciclo di Gestione della Performance, la misurazione della performance organizzativa e individuale si colloca tra la fase della pianificazione degli obiettivi (Piano della Performance) e quella relativa alla rendicontazione (Relazione della Performance).

Il decreto analizzato prevede una struttura dove sono compresi i tempi, le fasi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione della

---

<sup>44</sup> CIVIT – Delibera n. 1/2012 – Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance, p. 7 e ss

performance e le molteplici modalità di raccordo tra i sistemi di controllo esistenti e i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio; gli elementi fondamentali<sup>45</sup> su cui si basa un Sistema strutturato di misurazione della Performance sono:

- **Gli indicatori;**
- **I target;**
- **L'infrastruttura di supporto.**

Gli **indicatori**, affinché il processo di misurazione sia rilevante e fornisca ai decisori la possibilità di decidere su informazioni reali, devono essere collegati ad obiettivi **realizzabili e misurabili** ed essere **ripetibili e ottenibili a costi ragionevoli, accessibili e comprensibili**<sup>46</sup>. Per ciascun indicatore il Piano fornisce una unità di misura di riferimento, la fonte del dato derivante dal sistema informativo interno o esterno da cui è possibile ricavare le informazioni necessarie allo sviluppo del calcolo. Difatti, il sistema degli indicatori si associa a delle caratteristiche ben precise, definite all'interno del documento emanato dal "Dipartimento della Funzione Pubblica-*Ufficio per la valutazione della*

---

<sup>45</sup> CIVIT – Delibera n. 89/2010 – Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance (articoli 13, comma 6, lett. D) e 30, del D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, P. 7-8 e ss

<sup>46</sup> CIVIT – Delibera n. 89/2010 – Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance (articoli 13, comma 6, lett. D) e 30, del D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, P. 7-8 e ss

*performance*” denominato Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della *performance*<sup>47</sup>:

- *Precisione e significatività*, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- *Completezza*, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati dell’amministrazione;
- *Tempestività*, intesa come la capacità di fornire le informazioni richieste e necessarie in tempi utili ai decisori;
- *Misurabilità*, capacità di un indicatore di essere quantificabile secondo la procedura oggettiva, basata su dati e fonti affidabili.

Il secondo elemento strutturale è quello di fissare un **target** di riferimento o *valori obiettivo* per gli obiettivi operativi e per gli indicatori del sistema. I target devono essere ambiziosi, ma realistici, quantificabili, misurabili, calibrati sulle competenze e sulle abilità del personale<sup>48</sup>.

L’ultimo elemento del sistema è l’**infrastruttura di supporto**, la quale svolge le funzioni fondamentali di acquisizione, analisi e rappresentazione delle informazioni. Quest’ultima può essere costituita da semplici metodi manuali

---

<sup>47</sup> DPR n. 105 del 2016 che attribuiscono al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

<sup>48</sup>Cfr. AA.VV., (2007), towards a definition of a business performance measurement system, International Journal of Operations e Production Management, Vol. 27, N. 8, pp 784-801

per la raccolta dati a sofisticati sistemi informativi di raccolta, gestione e rappresentazione grafica.

Inoltre, il sistema di misurazione della performance possiede delle caratteristiche “multidimensionali<sup>49</sup>”, intesa come “la possibilità di leggere i fenomeni analizzati mediante più prospettive, in base agli occhi dei diversi portatori di interesse e secondo diverse dimensioni di analisi<sup>50</sup>”. Partendo dal presupposto che numerosi autori sono convinti che, il giudizio sulla PA deve essere espresso nella misura in cui essa è in grado di generare “valore pubblico<sup>51</sup>”, ampliando di conseguenza il concetto che fa leva solo sui criteri di efficienza ed efficacia<sup>52</sup>. Difatti, l’analisi della performance nella pubblica amministrazione prende in esame tre criteri di analisi che sono riassumibili in:

- *Product criteria* (efficacia ed efficienza) che consentono di esprimere un giudizio sulla rispondenza dei beni e servizi pubblici erogati alle esigenze degli utenti e sulle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche;
- *Process criteria* che permettono di focalizzare l’attenzione sul grado di imparzialità, equità, legittimità e trasparenza dei processi amministrativi;

---

<sup>49</sup> Cfr. Atkinson A. A., Waterhouse J. H., Wells R. B. (1997), A stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement, in MIT Sloan Management Review, vol. 38, n. 3, pp. 25-37

<sup>50</sup> Per approfondimenti: Nuti S. (2010), Misurazione e valutazione della performance: principi, struttura e metodi, Piano Industriale Della Pubblica Amministrazione, Il Nuovo Testo Unico Sul Pubblico Impiego, pp. 321-354

<sup>51</sup> Molteplici studi analizzati sono stati condotti sul concetto di valore pubblico. A tal proposito Moore definisce valore pubblico come l’analogo valore degli azionisti e degli utenti nel settore privato, intercettando lo stesso nel valore creato dai governi tramite i servizi, le leggi, i regolamenti e altre azioni. M. H. Moore, Creating Public Value, Harvard University Press 1995

<sup>52</sup> Cfr. B.A. Radin, Challenge the performance movement: accountability, complexity and democratic values, Georgetown University Press, 2006

- Regime criteria che sono funzionali ad una analisi del grado di affidabilità e determinatezza decisionale del soggetto pubblico nel gestire situazioni di crisi e di emergenza<sup>53</sup>.

### **2.3.1 Il Piano della Performance**

La prima fase del Ciclo di Gestione della Performance ha inizio con la predisposizione del Piano della Performance, un documento di programmazione triennale elaborato in correlazione con il Ciclo di Programmazione Finanziaria e di Bilancio. Il piano rappresenta il percorso che l'azienda avrà nel triennio identificando gli obiettivi da raggiungere e i target da rispettare, elementi cardine sui quali si baserà l'attività di misurazione e valutazione della performance. Lo scopo del documento è quello di assicurare gli standard di *qualità, comprensibilità ed attendibilità* delineati all'interno della Delibera CIVIT 112/2010<sup>54</sup>. Il Piano ha lo scopo di assicurare la *qualità* della rappresentazione della performance dato che in esso è esplicitato il processo e le modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi permettendo la verifica interna ed esterna della qualità del sistema di obiettivi; il decreto infatti analizza e identifica gli obiettivi come:

---

<sup>53</sup> Cfr Hood C., A public management for all Season?, Public Administration Vol. 69 Spring 1991

<sup>54</sup> Delibera CIVIT 112/2010-Struttura e modalità di relazione del Piano della Performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività;
- Specifici e misurabili;
- Obiettivi in grado di determinare un effettivo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- Riferibili ad un arco temporale, di norma ad un anno solare;
- Devono essere confrontabili almeno al triennio precedente;
- Devono avere degli standard definiti a livello nazionale;
- Devono essere correlati alla quantità e qualità delle risorse a disposizione<sup>55</sup>.

Il Piano della Performance permette la verifica del rispetto di tali requisiti dato che definisce il metodo e il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

La seconda finalità del Piano è quella di garantire la *comprensibilità* della rappresentazione della performance affinché il contributo che l'amministrazione, nel suo complesso, intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività sia facilmente comprensibile a coloro che analizzeranno il documento-stakeholder esterni.  
(Delibera 89/2010).

---

<sup>55</sup> Come riportato dal decreto gli obiettivi devono essere rilevanti e pertinenti con i bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione, per cui devono essere corrispondenti alle indicazioni di carattere generale contenute negli strumenti di programmazione.

La terza finalità è quella di assicurare l'*attendibilità* della rappresentazione della performance ovvero renderla verificabile ex post al processo di pianificazione (principi, tempi, fasi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

L'Art. 10 comma 1 del D.Lgs prevede che, all'interno del Piano vanno riportati nell'ordine: gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione e gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e di comparto e i relativi indicatori.

La stesura del Piano si basa su specifici principi generali, riportati all'interno del documento redatto dalla "Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni Pubbliche":

Principio n.1: Trasparenza- l'amministrazione ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del piano in coerenza con la disciplina del decreto e gli indirizzi della commissione (Delibera n. 105/2010)<sup>56</sup>;

Principio n.2: Immediata intellegibilità- il Piano deve essere di dimensioni contenute e facilmente accessibile e comprensibile a tutti gli stakeholder interni ed esterni;

---

<sup>56</sup> Delibera n. 105/2010

Principio n.3: Veridicità e verificabilità- i contenuti riportati all'interno del Piano devono essere veritieri e corrispondere alla realtà e per ogni indicatore deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati;

Principio n.4: Partecipazione- la definizione del Piano deve avvenire attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che a sua volta deve garantire la partecipazione al personale afferente alla propria area organizzativa;

Principio n.5: Coerenza interna ed esterna- i contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento e con gli strumenti e le risorse a disposizione: ciò rende il Piano attuabile;

Principio n.6: Orizzonte pluriennale- l'arco di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali.

Da quanto analizzato a livello ministeriale, si evince che il Piano ha lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della performance, dato che in esso sono esplicitati il processo e le modalità con cui sono stati formati gli obiettivi dell'amministrazione e l'articolazione complessiva degli stessi; questo quindi consente la verifica interna ed esterna della qualità del sistema degli obiettivi, o meglio, il livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Art. 10 del D.Lgs 150/2009



Il sistema di misurazione e valutazione della performance viene analizzato inoltre sotto una duplice veste: quella organizzativa e quella individuale.

La valutazione della performance organizzativa è uno degli strumenti essenziali per migliorare i servizi pubblici, ma anche il mezzo che consente di svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e performance organizzative. Per formare un adeguato sistema di misurazione e valutazione della performance, è necessario perseguire due precisi fini: in primis bisogna soddisfare a pieno le esigenze dei cittadini coinvolgendoli all'interno del processo e in seconda battuta una adeguata allocazione delle risorse premiando le eccellenze e riducendo le inefficienze<sup>58</sup>.

La valutazione della performance individuale inquadra il legame che sussiste tra le strategie messe in atto e la valutazione individuale analizzando le capacità dei singoli individui sulla base delle risorse che vengono loro assegnate, sui tempi, sulle responsabilità ai vari livelli organizzativi e sugli obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

---

<sup>58</sup> Delibera Civit n. 89/2010

### **2.3.2 Relazione sulla Performance**

La Relazione sulla Performance è prevista all'Art.10 comma 1 lettera b) del D. Lgs. 150/2009 e costituisce lo strumento di sintesi mediante il quale l'amministrazione illustra i risultati, in maniera snella e comprensibile, ottenuti nel corso dell'anno precedente ai cittadini e agli stakeholder interni ed esterni, concludendo così il Ciclo di Gestione della Performance.

Comunicare verso l'esterno e verso l'interno i risultati e gli obiettivi raggiunti dall'amministrazione pubblica è una pratica prevista dal Decreto e resa obbligatoria dallo stesso; la normativa difatti prevede la presentazione della Relazione alle associazioni di consumatori, agli utenti, ai centri di ricerca e a tutti coloro che hanno interesse affinché si possano garantire i principi di trasparenza, intellegibilità, veridicità e verificabilità della valutazione e del merito<sup>59</sup>.

A partire da questo principio, la relazione viene redatta attraverso le indicazioni fornite dal decreto 150/2009, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, validata dall'OIV e infine approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo.

---

<sup>59</sup> Delibera CIVIT n. 5/2012

La normativa a riguardo definisce il rispetto di determinati principi all'atto della sua redazione: le amministrazioni pubbliche redigono annualmente la Relazione della Performance a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, alle risorse disponibili ed a eventuali scostamenti realizzati<sup>60</sup>; è il documento cardine affinché si possano verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel Piano, al fine di valutare l'efficacia della funzione amministrativa. In tale prospettiva assume rilevanza la terza sezione della Relazione, riguardante l'analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi e se si sono verificati o meno scostamenti dal bilancio iniziale; ciò permette l'analisi del raggiungimento degli obiettivi da parte dell'Ente che valuta l'operato dell'amministrazione (analisi organizzativa) e successivamente, a cascata, permette la valutazione individuale.

---

<sup>60</sup> Art. 10, comma 1 del D. Lgs. 150/2009

## **2.4 Misurazione e valutazione della Performance Organizzativa.**

La Performance Organizzativa<sup>61</sup> quantifica i risultati raggiunti dall'organizzazione nel suo complesso, dall'unità organizzativa o da un gruppo di lavoro con momenti valutativi intermedi e finali. Gli elementi che compongono la misurazione e la valutazione della Performance Organizzativa sono quattro: le unità di analisi della misurazione, gli indicatori, il passaggio dalla misurazione alla valutazione e la partecipazione di cittadini e utenti.

Le unità di analisi della misurazione sono tre: amministrazione nel suo complesso, singole unità organizzative e processi e progetti.

Gli indicatori sono un elemento cardine del sistema e deve presentare delle caratteristiche ben precise: tempestività ovvero la capacità di fornire informazioni rilevanti in tempi utili; misurabilità, ovvero un indicatore deve essere quantificabile attraverso una procedura oggettiva.

Il terzo elemento della performance organizzativa definisce il passaggio dalla misurazione alla valutazione; la valutazione è un elemento fondamentale perché permette di identificare i fattori esogeni ed endogeni che hanno potuto creare problemi o impedimenti al corretto svolgimento dell'attività. Inoltre l'obiettivo finale della valutazione si esplicita attraverso l'assegnazione di un punteggio utile a: migliorare l'organizzazione, definire nuovi obiettivi da

---

<sup>61</sup> <https://performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG-SMVP> 29 dicembre 2017.pdf

raggiungere e aumentare il processo di valorizzazione della risorse umana nel contesto organizzativo. A conclusione dell'analisi della performance organizzativa un altro ruolo chiave lo giocano gli utenti dei servizi e i cittadini che ruotano attorno all'organizzazione; la loro partecipazione è molto rilevante perché attraverso procedimenti di indagini sul grado di soddisfazione dell'utenza possono esprimere il loro parere sul servizio fornito attraverso la **customer satisfaction** oppure comunica in maniera diretta con gli **OIV**.

## 2.5 Misurazione e valutazione della Performance individuale.

La misurazione e valutazione della Performance individuale<sup>62</sup> è un processo che si costituisce di sistemi specifici, in base a dove l'organizzazione si trova ad operare. In base a ciò che è stabilito dalla normativa la performance individuale può essere utilizzata per fini di miglioramento personale oppure per attribuire incarichi di maggiore responsabilità; altri scopi per i quali questo metodo viene utilizzato riguardano la possibilità di attribuire pesi differenti alle diverse dimensioni che compongono la Performance, prevedere metodi di valutazione differenti e differenti tempistiche e frequenze per le diverse tipologie di valutazione per cui, per garantire l'erogazione dei premi da parte dell'azienda, la Performance individuale deve avere dei tempi di valutazione che rientrano nell'anno solare.

La valutazione individuale si compone di specifiche dimensioni come i *risultati*, riferiti agli obiettivi inseriti nel Piano della Performance e i *comportamenti* che definiscono il “come” una determinata attività è stata svolta. La valutazione può essere sottoposta a nuovi metodi che prevedono l'inserimento di nuovi soggetti valutatori:

- Valutatori dal basso, cioè i collaboratori valutano un loro diretto superiore;

---

<sup>62</sup>[https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/LG\\_performanceindividuale\\_20191220.pdf](https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/LG_performanceindividuale_20191220.pdf)

- Valutazione fra pari;
- Valutazione da parte di stakeholder esterni;
- Valutazione a 360 gradi che prevede l'uso combinato di tutte le forme precedentemente descritte.

La Performance individuale definisce e valuta l'operato dei dirigenti e del personale non dirigenziale; al personale dirigente, la cui attività è strettamente legata al raggiungimento degli obiettivi di natura organizzativa, vengono valutati non solo gli obiettivi raggiunti a livello individuale ma anche quelli raggiunti dall'unità organizzativa che dirige. Per quanto riguarda il personale non dirigenziale, la sua valutazione può avvenire sia analizzando gli obiettivi raggiunti dal gruppo e sia gli obiettivi raggiunti dal singolo che si collega ad altre attività all'interno del contesto organizzativo.

Il processo di misurazione e valutazione della Performance individuale prevede prima un processo descrittivo di cosa valutare e successivamente la definizione e assegnazione del punteggio finale. Il "cosa" valutare si identifica nelle primordiali fasi di: programmazione, dove avviene la condivisione di ciò che si vuole ottenere dal soggetto valutato, monitoraggio, elemento intermedio dove si può far fronte ad eventuali cambiamenti e infine valutazione, dove si definisce la prestazione del soggetto sottoposto a valutazione si individuano nuove modalità per poter migliorare, in futuro, la prestazione stessa.

## **2.6 Strumenti per la valutazione della performance previsti dalla normativa.**

I principali strumenti a supporto del performance management utilizzati nelle organizzazioni pubbliche sono rappresentati dalla **scheda di valutazione** e dal **colloquio di valutazione**.

Il lavoro svolto verterà maggiormente sull'analisi della scheda di valutazione, elemento essenziale basato su criteri di sintesi, formali ed espliciti che permettono al valutatore di poter sviluppare un processo di valutazione chiaro e facilmente intuibile anche dal valutato.

La scheda di valutazione è un documento scritto, codificato e firmato dal dirigente responsabile che permette di abbattere la aleatorietà che è invece presente in un colloquio verbale tra soggetto valutatore e soggetto valutato e può essere redatta e presentata o in forma cartacea oppure in forma digitale. È da rilevare che la modalità con cui si presenta una scheda costituisce un indicatore fondamentale circa il grado di importanza che l'attività valutativa riveste nell'organizzazione: la presentazione in formato digitale risponde ad uno standard unitario, rispecchiando molto quella cartacea offrendo però status di distacco e di asetticità tra il soggetto valutato e il soggetto valutatore.

È uno strumento che ha un percorso storico all'interno dell'organizzazione poiché l'accumularsi delle schede elaborate ed archiviate nel corso del tempo



permettono di costruire un vero e proprio database delle prestazioni e delle competenze organizzative, sia in merito ad un singolo soggetto, sia in merito a team o intere funzioni e divisioni organizzative facilitando così il monitoraggio sull'andamento prestazionale del singolo lavoratore che dell'intera organizzazione.

Le informazioni che vengono rilevate, raccolte e archiviate possono essere elaborate sotto forma grafica, tabellare o discorsiva e incrociate con altre informazioni correlate costituiscono una fotografia costantemente aggiornata sul profilo qualitativo del personale dell'organizzazione<sup>63</sup>.

Le schede di valutazione possono essere orientate al raggiungimento e alla valutazione di obiettivi e fini differenti: in alcune organizzazioni sono finalizzate all'accertamento e successivo apprezzamento dei risultati raggiunti da una risorsa in un determinato periodo lavorativo, in altre essa è centrata solo ed esclusivamente sulla valutazione dei comportamenti, competenze e abilità a livello professionale. Sempre in base alle scelte operate dall'organizzazione, nella scheda di valutazione può essere dato maggior rilievo ad aspetti di tipo quantitativo come il margine di profitto o il numero di interventi effettuati o di tipo qualitativo come conoscenze e competenze tecnico professionali legate al

---

<sup>63</sup> Per approfondimenti sull'argomento: Castiello D'Antonio, Andrea, "Il colloquio di valutazione delle prestazioni". Milano: Franco Angeli, 2005.

“saper fare” o ancora a fattori comportamento organizzativo legati al “saper essere”.

## **CAPITOLO 3**

# **IL CASO DI STUDIO: MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI UNA UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE NELLA A.S.L. 3 ABRUZZO**

### **3.1 Obiettivi dello studio**

Lo studio condotto si pone l'obiettivo di analizzare i risultati della Performance individuale di due categorie di lavoratori di una unità organizzativa e definire la relazione che si crea tra le variabili sottoposte a studio; per constatare se tra gli elementi sotto analisi esiste una relazione significativa, le variabili vengono trattate con metodi statistici per verificare se esiste un rapporto di dipendenza o indipendenza tra loro.

### **3.2 Metodologia dello studio del caso.**

Per lo studio condotto è stato utilizzato un approccio definito in letteratura come “non interventista” o “naturalista” ovvero è stata condotta una indagine di tipo conoscitivo dove il ricercatore non è intervenuto nella manipolazione dei dati ma si è limitato ad osservare il fenomeno al fine di limitare l'influenza sui dati raccolti<sup>64</sup>. In questa circostanza la posizione del ricercatore viene anche

---

<sup>64</sup> Yin, Case Study Research, 2003.

definita “non partecipante palese” dove il ricercatore osserva il fenomeno senza intervenire in alcun modo all’azione e non partecipa in prima persona al cambiamento.

Lo studio che è stato condotto è di tipo “descrittivo” dove il ricercatore ha l’intento di descrivere gli elementi fondamentali che caratterizzano un determinato fenomeno<sup>65</sup>, analizzarli e commentare i risultati ottenuti.

Lo studio condotto è basato su un protocollo di ricerca strutturato appositamente per il caso di studio in questione partendo dalla definizione del caso di studio, definire gli obiettivi del progetto, cosa si intende indagare e come si intende raccogliere le informazioni necessarie, reportistica delle informazioni raccolte e analisi dei risultati, metodologia per la comunicazione dei risultati ottenuti<sup>66</sup>; come supporto all’attività di impostazione dello studio è stato utilizzato come motore di ricerca Google Scholar dove sono stati selezionati gli articoli che trattano nel dettaglio la Performance, la Valutazione della Performance e la Valutazione della Performance nella Pubblica Amministrazione con full text gratuitamente consultabili; inoltre sono stati analizzati Decreti Legge e Decreti Legislativi consultabili gratuitamente che trattano la materia oggetto di studio.

---

<sup>65</sup> Chiucchi, il metodo di studio di caso del management accounting, 2015 pp. 15.

<sup>66</sup> Chiucchi, il metodo di studio di caso del management accounting, 2015 pp 38.

I dati sono stati raccolti e analizzati previa autorizzazione da parte della Direzione Generale dell'A.S.L. di Pescara che ha permesso l'accesso a dati sensibili dopo la presentazione di una richiesta formale da parte del ricercatore. La raccolta dati è avvenuta attraverso le informazioni fornite dalle schede di valutazione dell'anno 2022 del personale dipendente dell'azienda, nello specifico sono stati costituiti due campioni da 20 componenti ciascuno, scelti casualmente da una popolazione di 30 Dirigenti Medici e 62 Infermieri aventi caratteristiche simili all'interno dei singoli gruppi, 20 Dirigenti Medici e 20 Infermieri rispettando come criteri di inclusione per l'arruolamento le seguenti caratteristiche:

- L'appartenenza alla categoria professionale scelta;
- Medici ed Infermieri operanti presso U.O.S.D. Gestione Anestesiologica Blocco Operatorio.

I dati raccolti sono stati adeguatamente organizzati, sintetizzati, analizzati e interpretati mediante una prima schematizzazione e successivamente sono stati realizzati diagrammi e schemi che spiegano nel dettaglio come è avvenuta l'evoluzione del dato, partendo da un aspetto "macro", ovvero più ampio, fino ad arrivare a produrre un dato "micro" ovvero dettagliato grazie all'ausilio del programma informatico Microsoft Excel. E' stata rispettata la legge vigente in materia di privacy per quanto riguarda la tabulazione dei risultati.

### **3.3. Contesto in cui si sviluppa lo studio.**

La A.S.L. 3 Abruzzo assume la sua conformazione nel 1994 dall'unione delle tre Unità Sanitarie Locali di Penne, Pescara e Popoli.

Come da statuto l'Azienda si presenta con personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e provvede ad assicurare i LEA nel territorio di riferimento che coincide con quello della provincia con un bacino di utenza di 330000 abitanti.

La Mission di riferimento dell'A.S.L. è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini gestendo con efficacia ed efficienza le risorse messe a disposizione promuovendo il buono stato di salute, prevenzione delle malattie e tutela del benessere sociale.

Nella sua attività di programmazione l'A.S.L. assume, come riferimento, le strategie e gli indirizzi definiti dalla Regione e dallo Stato coinvolgendo in maniera attiva la comunità e tutti gli stakeholder che ruotano attorno ad essa; definisce e programma gli obiettivi pianificandoli secondo una logica per livelli, ovvero:

- Primo Livello: Obiettivi generali definiti secondo gli indirizzi e i programmi indicati dalla Regione per il Triennio;
- Secondo Livello: Obiettivi per aree omogenee e relativi risultati attesi;  
Obiettivi per macrostruttura e relativi risultati;

- Terzo Livello: Obiettivi specifici riferiti ai titolari delle strutture autonome (UOC, UOSD, UOS) e relativi risultati.

A ciascun livello gli obiettivi assegnati a ciascun CdR trovano relativa misurazione con un indicatore messo a punto dall'azienda per verificare la performance raggiunta:

- Unità di misura in “%” rispetto ad un target specifico ovvero al valore di un periodo precedente;
- Unità di misura “num”, misura un valore assoluto della quantità di reportistica/adempimenti, spesso collegata a periodi temporali (mensile, trimestrale);
- Si/no verifica della concretizzazione dell'azione/adempimento atteso.

Per l'attivazione di un qualificato sistema di misurazione della performance occorre fissare degli indici con i dovuti valori di esito, gli *Indicatori*, elementi capaci di misurare in maniera sintetica l'andamento di un fenomeno, in questo caso tali indicatori misurano e segnano in maniera qualificata il percorso di monitoraggio e reporting.

### **3.4. Misurazione e valutazione della Performance del personale Medico e Infermieristico dell'U.O.S.D. Gestione anestesiologicala Blocco Operatorio: “analisi e discussione dei risultati ottenuti”.**

Lo studio condotto nasce con l'intento di effettuare una attenta valutazione dell'andamento dei livelli di performance tenuti dal personale afferente all'U.O.S.D. Gestione Anestesiologicala Blocco Operatorio dell'Ospedale Civile Spirito Santo di Pescara riferiti all'anno 2022.

L'unità operativa posta sotto analisi conta undici sale operatorie che garantiscono l'operatività h24 e si fonda sull'operato esclusivo di due figure professionali: Medici Anestesisti-Rianimatori e Collaboratori Professionali Sanitari Infermieri (CPSI): numericamente i Medici Anestesisti sono 30 mentre gli Infermieri sono 62.

Sono stati scelti in maniera casuale 40 soggetti, 20 dal macrogruppo dei Dirigenti Medici e 20 dal macrogruppo degli Infermieri senza tenere conto nella fase di costruzione dei due campioni di caratteristiche comuni specifiche se non quelle relative ai profili professionali e sono stati costruiti due gruppi, uno per i Medici e uno per gli Infermieri, per analizzare le due modalità di valutazione della performance; le schede di valutazione riguardanti le due professionalità sono differenti sia negli indici di valutazione, sia negli indicatori e sia negli obiettivi da raggiungere.



Lo studio condotto punta ad analizzare in maniera sistematica i risultati della performance dei due profili professionali dell'anno 2022 con l'intento di identificare la presenza di una relazione tra le variabili che compongono le schede che dimostrerebbero come la performance dei singoli si modifica in presenza di determinate condizioni (genere, anni di servizio) e definire quanto esse possano essere significativi sul buon andamento dell'attività lavorativa.

### **3.2.1 Analisi e rappresentazione grafica dei risultati del personale**

#### **Medico.**

La scheda di valutazione dei Dirigenti Medici si compone di una prima parte anagrafica dove viene riportato nome e cognome, la qualifica del lavoratore (DIR. MED. I LIV.), gli anni di esperienza (<5 oppure >5) e l'unità operativa di appartenenza. La seconda parte, il core della scheda di valutazione, si compone di sette macroaree che analizzano aree di elevata specificità appartenenti all'attività lavorativa del Medico Anestesista-Rianimatore:

- Area della collaborazione, grado di partecipazione multidisciplinare (dipartimento);
- Area della comunicazione: capacità di motivare, guidare i collaboratori;
- Area dell'espletamento delle funzioni affidate alla gestione delle attività e dell'apporto specifico;

- Area della qualità percepita: grado di orientamento all'utenza;
- Area della tecnologia e dei processi;
- Area delle linee guida e protocolli e delle raccomandazioni terapeutiche, elaborazione, promozione, verifica e disseminazione;
- Area della ricerca clinica applicata e finalizzata.

Ogni macroarea si compone a sua volta di quattro microaree alle quali viene assegnata una valutazione da 1 a 5 dove 1 identifica il punteggio minimo e 5 il punteggio massimo raggiungibile.

Per la categoria Dirigenti Medici sono state analizzate 20 schede: 13 Medici donna 65% e 7 Medici uomo 35%. (Fig. 2)

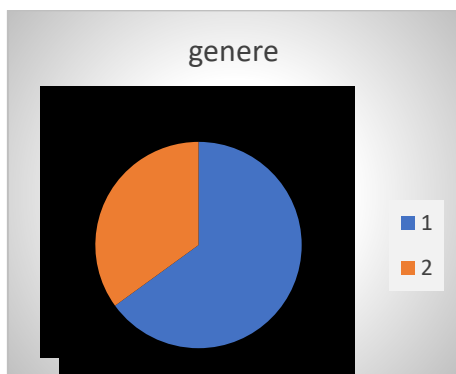


Figura 2: Genere. Nostra elaborazione

Per ogni Medico sono stati identificati gli anni di servizio svolti sotto il profilo analizzato; risulta che 14 elementi del campione, il 70%, hanno una esperienza maturata inferiore a 5 anni mentre 6, il 30%, hanno una anzianità di servizio maggiore 5 anni. (Fig. 3)



Figura 3: Anni di servizio. Nostra elaborazione

Per la valutazione delle singole macroaree è stata analizzata nel dettaglio solo la prima perché i risultati ottenuti e osservati nelle altre sei macroaree hanno evidenziato risultati uguali che non forniscono dati meritevoli di approfondimento.

#### **A1. Area della collaborazione, grado di partecipazione multidisciplinare.**

La macroarea analizzata si suddivide a sua volta in quattro microaree:

- Collaborazione tra colleghi: i dati raccolti riportano che, nel campione analizzato, n. 19 Medici hanno riportato un punteggio di 5 mentre n. 1 ha riportato un punteggio di 4 (Fig. 4);

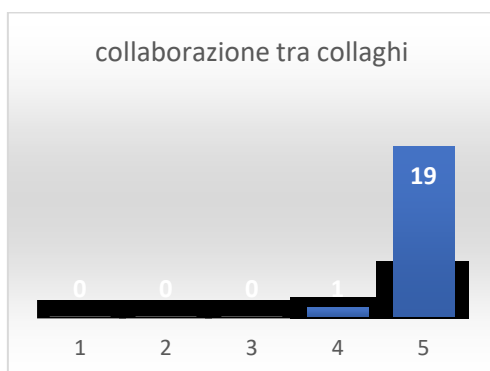


Figura 4: Collaborazione tra colleghi. Nostra elaborazione.

- Collaborazione con altri collaboratori: i dati raccolti riportano che n. 19 Medici hanno riportato un punteggio di 5 mentre n.1 ha riportato un punteggio di 4 (Fig. 5);



Figura 5: collaborazioni con altri collaboratori. Nostra elaborazione.

- Partecipazione ad attività dipartimentali: i dati raccolti riportano che n.19 Medici hanno riportato un punteggio di 5 mentre n. 1 ha riportato un punteggio di 4 (Fig. 6);

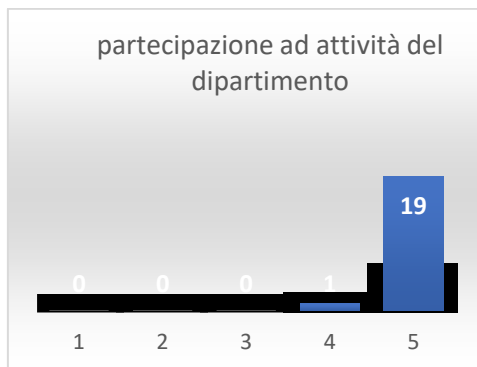


Figura 6: Partecipazione ad attività del dipartimento. Nostra elaborazione.

- Integrazione multidisciplinare: i dati raccolti hanno evidenziato che n.19 Medici hanno riportato un punteggio di 5 mentre n.1 ha riportato un punteggio di 4 (Fig. 7);

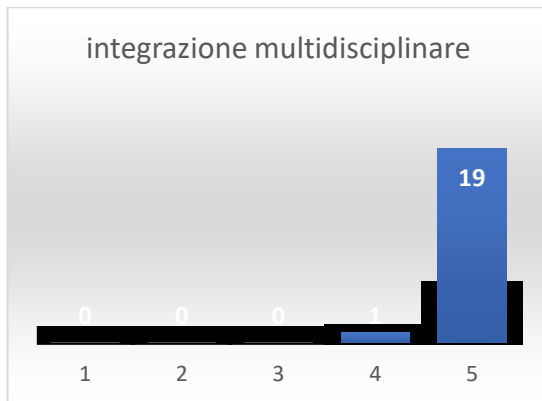


Figura 7: Integrazione multidisciplinare. Nostra elaborazione.

### 3.2.2 Analisi, rappresentazione grafica e commento dei risultati delle schede di valutazione del personale Infermieristico.

Le schede di valutazione degli Infermieri sono anch'esse suddivise in due sezioni distinte: la prima parte racchiude l'anagrafica del professionista ovvero nome e cognome, qualifica professionale (CPSI) e anni di servizio (<2 oppure >2). La seconda parte è costituita da cinque voci che identificano gli elementi valutativi a cui sono sottoposti gli Infermieri:

- Capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche;
- Appropriatelyzza alle tempistiche delle procedure di sala operatoria;
- Verifica delle scadenze dei presidi;
- Aderenza ed implemento delle procedure di sala operatoria;

- Disponibilità all'attività di tutor per studenti e neoassunti.

Anche in questo caso ad ogni voce viene assegnato un punteggio minimo di uno e un punteggio massimo raggiungibile di cinque. Differentemente dalla scheda di valutazione dei Dirigenti Medici, quella degli Infermieri presenta un totale complessivo dei punti assegnati ad ogni lavoratore e uno score di valutazione che, in base al punteggio raggiunto, decreteranno l'erogazione del premio.

Differentemente da quanto osservato per i Dirigenti Medici, i dati raccolti derivanti dalle schede di valutazione analizzate per gli Infermieri hanno mostrato, per alcune voci, una variabilità statisticamente significativa che verrà spiegata in seguito nel capitolo.

Le schede di valutazione analizzate sono 20: 15 Infermiere, il 75% e 5 Infermieri, il 25% (Fig. 8);

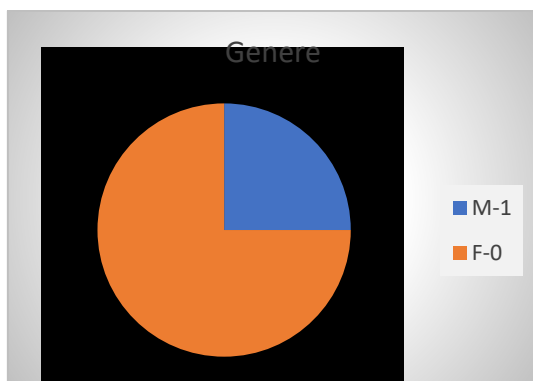


Figura 8: Genere. Nostra elaborazione.

Relativamente agli anni di esperienza, gli Infermieri presenti nel campione sono stati suddivisi in: 2 Infermieri, il 10%, con <2 anni di esperienza e 18 Infermieri, il 90%, con >2 anni di esperienza (Fig. 9);

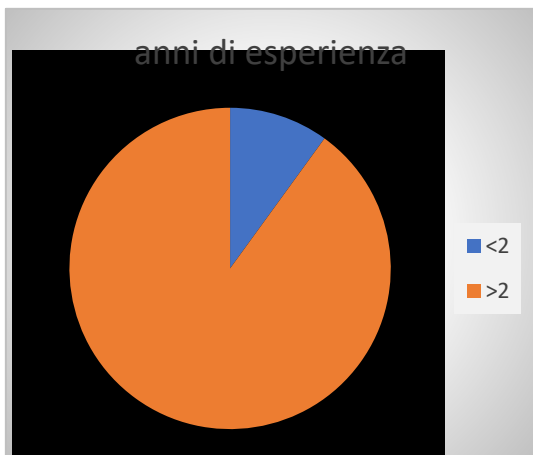


Figura 9: Anni di esperienza. Nostra elaborazione.

La parte descritta in precedenza riguarda l'anagrafica dei soggetti sottoposti a studio; la parte che segue invece analizza il core della scheda di valutazione:

- Capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche: sulla base dei dati raccolti, n. 3 Infermieri hanno un voto pari a 3, n. 5 Infermieri hanno un voto pari a 4 e n.12 Infermieri hanno un voto pari a 5 (Fig. 10);

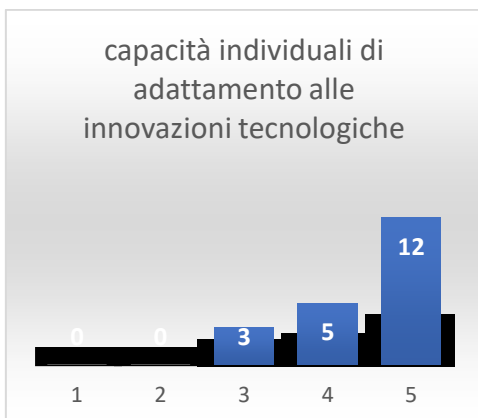


Figura 10: Capacità individuali di adattamento alle innovazioni. Nostra Elaborazione.

- appropriatezza alle tempistiche delle procedure di sala operatoria: in base ai dati raccolti, n.2 Infermieri presentano un punteggio pari a 3, n.3 Infermieri presentano un punteggio pari a 4 e n. 15 Infermieri presentano un punteggio pari a 5 (Fig. 11);

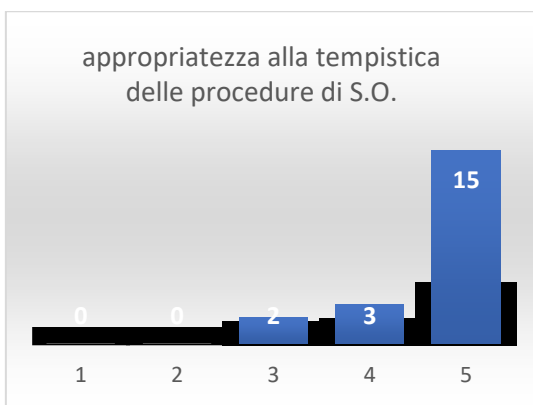


Figura 11: Appropriatazza alle tempistiche delle procedure di S.O.. Nostra Elaborazione.

- Verifica scadenze dei presidi: sulla base dei dati raccolti, n.1 Infermiere presenta un punteggio di 3, n.5 Infermieri presentano un punteggio di 4 e n.14 Infermieri presentano un punteggio di 5 (Fig. 12);



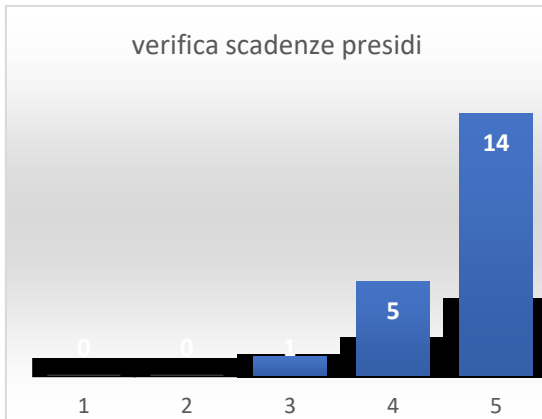


Figura 12: Verifica scadenze presidi. Nostra elaborazione.

- aderenza ed implemento delle procedure: sulla base dei dati raccolti, n.1 Infermiere presenta un punteggio di 3, n.5 Infermieri presentano un punteggio di 4 e n.14 Infermieri presentano un punteggio di 5 (Fig. 13);

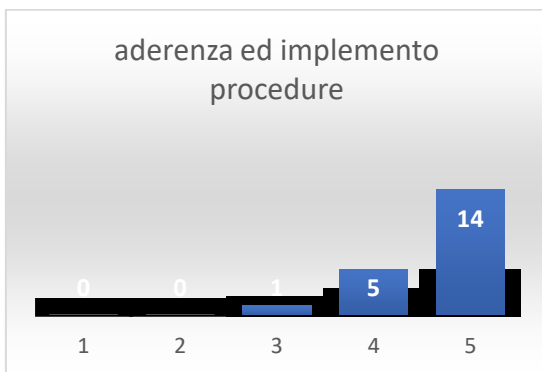


Figura 13: Aderenza ed implemento procedure. Nostra elaborazione.

- Disponibilità ad attività di tutor: sulla base dei dati raccolti, n.1 Infermiere presenta un punteggio di 3, n.7 Infermieri presentano un punteggio di 4 e n.12 Infermieri presentano un punteggio di 5 (Fig. 14);

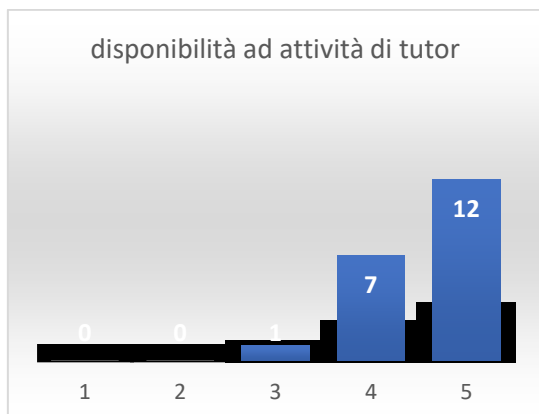


Figura 14: Disponibilità ad attività di tutor. Nostra elaborazione.

Dopo una prima disamina generale dove sono stati analizzati i due tipi di questionari è emerso che tra i Dirigenti Medici c'è una scarsa variabilità dei risultati perché i punteggi riscontrati sono uguali per 19/20 esimi del campione e quindi non meritevoli di un'ulteriore analisi; per quanto riguarda il campione degli Infermieri, l'analisi dei dati raccolti ha presentato alcuni elementi meritevoli di approfondimento: le variabili messe a confronto e approfondite con il metodo statistico del “*chi-quadrato*” o *Indice di Pearson* hanno evidenziato la presenza di correlazione/non correlazione o dipendenza/indipendenza tra le variabili poste in essere al fine di identificare se un determinato carattere X (genere, anni di servizio) possa avere influenza statisticamente significativa su un determinato carattere Y (capacità individuali di adattamento, appropriatezza delle tempistiche di S.O., verifica delle scadenze dei presidi, aderenza ed implemento alle procedure di S.O., disponibilità ad attività di tutoraggio). Il test del chi-quadrato è un metodo

utilizzato in statistica per verificare se ci sono delle differenze statisticamente significative tra valori osservati e valori attesi ovvero definisce se le modalità di un certo carattere X hanno influenza sulle modalità di un certo carattere Y; si esprime con una formula matematica generica:

$$\chi^2 = \sum (fo - fe)^2 / fe$$

dove  $fo$  significa frequenza osservata e  $fe$  frequenza teorica attesa e il simbolo della sommatoria  $\sum$  indica di sommare tutti i valori disponibili ovvero tutti i valori presenti nella tabella di contingenza; quindi, il valore desiderato si ottiene dalla differenza tra valore osservato e valore atteso elevato al quadrato e ciò che ne deriva viene diviso per il valore atteso.

Le variabili messe a confronto sono:

- Maschi e femmine;
- Anni di servizio: <2 e >2.

Le schede di valutazione degli Infermieri sono in totale 20 di cui 5 riguardano i maschi e 15 le femmine di cui 2/20 (10% del totale schede analizzate) hanno una esperienza lavorativa <2 anni mentre 18/20 (90% del totale schede analizzate) hanno una esperienza lavorativa >2 anni; dalla loro analisi sono emersi che i punteggi relativi ai singoli elementi da valutare sono compresi tra 3 e 5 e per la costruzione dei grafici per l'analisi statistica i punteggi 3 e 4 sono stati accorpati.

La prima relazione posta in essere è quella tra “maschi e femmine” dove si intende analizzare se c’è relazione o meno tra il genere e le voci che compongono la scheda di valutazione.

La prima voce analizzata riguarda le “capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche”: il campione totale delle schede analizzate sono 20 di cui 5 maschi e 15 femmine. Dei 5 maschi, i 3/5 (60%) ha avuto punteggio 5 mentre 2/5 (40%) ha avuto punteggio compreso tra 3-4; le femmine invece che numericamente sono 15, 9/15 (60%) hanno avuto punteggio 5 mentre i 6/15 (40%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall’analisi svolta ne deriva una  $P=1,00$  con un OR:1.000 quindi in base ai risultati ottenuti ne deriva che non c’è correlazione positiva tra maschi e femmine per la voce “capacità individuale di adattamento alle innovazioni tecnologiche” (Fig. 15).

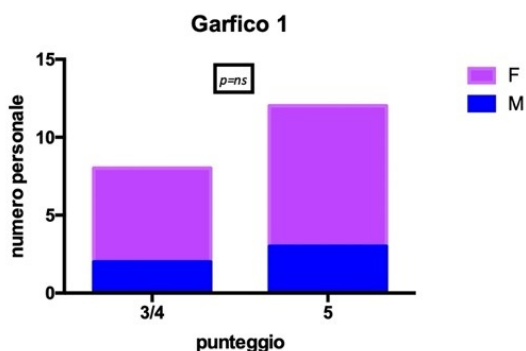


Figura 15: Relazione tra genere e capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche. Nostra elaborazione.

La seconda voce della scheda di valutazione analizzata è “appropriatezza alla tempistica e alle procedure di sala operatoria”: dei 5 maschi che compongono il campione, 3/5 (60%) hanno avuto punteggio pari a 5 mentre 2/5 (40%) hanno

avuto punteggio compreso tra 3-4; delle 15 femmine presenti nel campione, 12/15 (80%) hanno avuto punteggio 5 mentre 3/15 (20%) hanno avuto punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva un  $P=0.56$  con un  $OR=2.667$  che non mostrano alcuna correlazione statisticamente significativa tra il genere e “l'appropriatezza alla tempistica e alle procedure di sala operatoria” (Fig. 16).



Figura 16: Relazione tra genere e appropriatezza alle tempistiche delle procedure di S.O.. Nostra elaborazione.

La terza voce della scheda di valutazione è “verifica delle scadenze dei presidi”: dei 5 maschi che compongono il campione 3/5 (60%) hanno avuto un punteggio di 5 mentre 2/5 (40%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4; delle 15 femmine che compongono il campione 11/15 (73.3%) hanno avuto punteggio pari a 5 mentre 4/15 (26.7%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=0.6$  e un  $OR=1.83$  che non mostrano una relazione positiva, quindi nessuna correlazione statisticamente significativa tra il genere e la voce “verifica scadenza dei presidi” (Fig. 17).



Figura 17: Relazione tra genere e verifica delle scadenze dei presidi. Nostra elaborazione.

La quarta voce della scheda di valutazione analizzata è “aderenza ed implemento delle procedure di sala operatoria”: dei 5 maschi che compongono il campione 3/5 (60%) hanno avuto punteggio 5 mentre 2/5 hanno avuto punteggio compreso tra 3-4; delle 15 femmine che compongono il campione 12/15 (80%) hanno avuto punteggio 5 mentre 3/15 (20%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall’analisi svolta ne deriva una  $P=0.56$  e un  $OR=2.667$  che non mostrano alcuna relazione statisticamente significativa tra il genere e “l’aderenza alle procedure di sala operatoria” (Fig. 18).

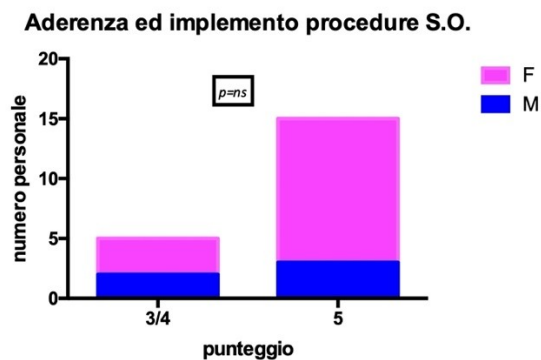


Figura 18: Relazione tra genere e aderenza alle procedure di sala operatoria. Nostra elaborazione.

L'ultima voce della scheda di valutazione valuta la “disponibilità ad attività di tutor per la formazione di studenti e di personale neoassunto”: dei 5 maschi 3/5 (60%) hanno avuto un punteggio pari a 5 mentre 2/5 (40%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4; delle 15 femmine che compongono il campione 9/15 (60%) hanno avuto un punteggio pari a 5 mentre 6/15 (40%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=1.000$  e un  $OR=1.000$  che non mostrano nessuna relazione statisticamente significativa tra genere e “disponibilità ad attività di tutor per la formazione di studenti e di personale neoassunto” (Fig. 19).



Figura 19: Relazione tra genere e disponibilità ad attività di tutor per studenti e neoassunti. Nostra elaborazione.

Il secondo confronto tra variabili viene fatto tra l'esperienza lavorativa (<2 anni oppure >2 anni) maturata e le cinque voci oggetto di valutazione; in base ai dati ottenibili dal campione in analisi di 20 Infermieri, 2/20 (10%) risulta avere <2 anni di servizio presso l'unità operativa Blocco Operatorio e 18/20 (90%) risulta invece aver maturato una esperienza lavorativa >2 anni. L'ipotesi posta sotto osservazione mira a confrontare se c'è una relazione statisticamente

significativa tra anni di servizio svolti presso l'unità operativa e le voci valutabili del questionario.

La prima voce della scheda di valutazione analizzata è “capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche” ed è stata messa in relazione con gli anni di servizio; dal confronto ne risulta che: da un campione di 20 Infermieri 2/2 (100%) ha un punteggio compreso tra 3-4 mentre 0 sono gli Infermieri con punteggio pari a 5; per coloro che hanno una esperienza maturata >2 anni 12/18 (66.7%) ha totalizzato un punteggio di 5 mentre 6/18 (33.3%) ha un punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=0.14$  con un  $OR=9.615$  che non mostrano alcuna relazione statisticamente significativa anche perché il campione di Infermieri con esperienza maturata <2 anni risulta essere troppo piccolo per cui il risultato può essere alterato (Fig. 20).

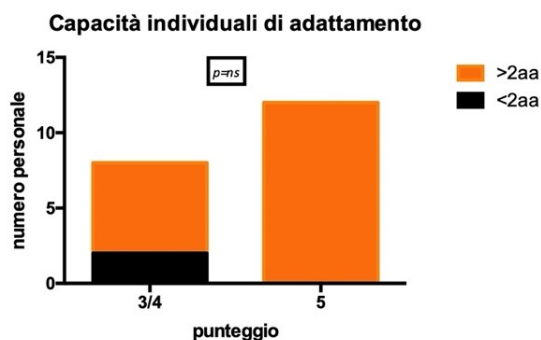


Figura 20: Relazione tra anni di servizio e capacità individuali di adattamento alle innovazioni tecnologiche. Nostra elaborazione.

La seconda voce della scheda di valutazione è definita “appropriatezza alla tempistica delle procedure di sala operatoria” ed è stata messa in relazione con gli anni di servizio; dal confronto ne risulta che: dei 20 Infermieri che hanno



una esperienza lavorativa <2 anni sono 2/2 (100%) con un punteggio compreso tra 3-4 e nessuno con un punteggio pari a 5. Per coloro che hanno una esperienza lavorativa >2 anni, 15/18 (83.3%) ha riportato un punteggio pari a 5 mentre 3/18 (16.7%) ha un punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=0.05$  con un  $OR=22.14$  che mostrano una significatività statistica nella relazione analizzata perché la  $P \leq 0.05$ : quindi c'è una relazione positiva tra anni di servizio >2 e appropriatezza alla tempistica delle procedure di sala operatoria (Fig. 21).



Figura 21: Relazione tra anni di servizio e appropriatezza alle tempistiche e procedure di S.O.. Nostra elaborazione.

La terza voce della scheda di valutazione è definita “verifica delle scadenze dei presidi” ed è stata messa in relazione con gli anni di servizio; dal confronto ne risulta che: dei 20 Infermieri che hanno una esperienza lavorativa <2 anni il 2/2 (100%) ha totalizzato un punteggio compreso tra 3-4 mentre per coloro che hanno una anzianità di servizio >2 anni, 14/18 (77.8%) ha totalizzato un punteggio di 5 mentre 4/18 (22.2%) ha un punteggio tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=0.07$  con un  $OR=16.11$  che mostrano una mancata relazione

tra le due variabili e quindi non mostrano alcuna significatività statistica (Fig. 22).

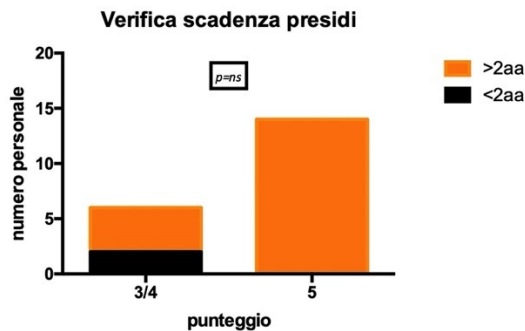


Figura 22: Relazione tra anni di servizio e verifica dei presidi. Nostra elaborazione.

La quarta voce della scheda di valutazione è definita “aderenza ed implemento delle procedure di sala operatoria” ed è stata messa in relazione con gli anni di servizio; dal confronto ne deriva che: dei 20 Infermieri che hanno una esperienza lavorativa <2 anni, 2/2 (100%) ha avuto un punteggio compreso tra 3-4 mentre per gli Infermieri che hanno maturato una esperienza lavorativa >2 anni, 15/18 (83.3%) hanno avuto punteggio pari a 5 mentre 3/18 (16.7%) hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall’analisi svolta ne deriva una  $P=0.05$  con un  $OR=22.14$  che mostrano una significatività statisticamente rilevante nel rapporto tra gli Infermieri che hanno una esperienza >2 anni e l’aderenza ed implemento delle procedure di sala operatoria (Fig. 23).

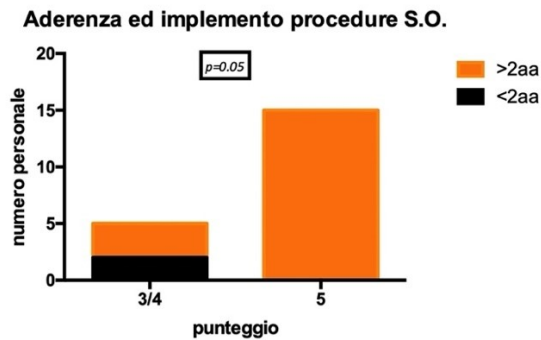


Figura 23: Relazione tra anni di servizio e aderenza ed implemento delle procedure di S.O.. Nostra elaborazione.

L'ultimo punto della scheda di valutazione è definito "disponibilità alla attività di tutor per la formazione di studenti e di personale neoassunto"; dei 20 Infermieri arruolati, 2/2 (100%) che hanno una esperienza lavorativa <2 anni hanno avuto un punteggio compreso tra 3-4 mentre per il personale infermieristico che ha una esperienza >2 anni, 12/18 (66.7%) ha avuto un punteggio di 5 e 6/18 (33.3%) ha avuto un punteggio compreso tra 3-4. Dall'analisi svolta ne deriva una  $P=0.17$  con un  $OR=9.61$  che mostrano la non significatività statistica dei due valori messi a confronto.

I dati analizzati forniscono un punteggio finale che deriva dalla somma dei punteggi assegnati alle singole voci; ad ogni voce l'azienda assegna un punteggio in base a quanto ritiene rilevante l'elemento analizzato.

### 3.2.3 Tentativi di aggregazione

Ma cosa accadrebbe se i pesi assegnati ad ogni elemento oggetto di valutazione venisse cambiato e verrebbero assegnati pesi diversi? (Tab. 1):

ID	MEDIA CASO BASE	MEDIA CASO 2	MEDIA CASO 3	MEDIA CASO 4
1	5,00	5,00	5,00	5,00
2	3,80	3,80	3,85	3,80
3	4,80	4,80	4,80	4,80
4	5,00	5,00	5,00	5,00
5	3,80	3,90	3,90	3,80
6	5,00	5,00	5,00	5,00
7	4,00	4,00	4,15	4,00
8	4,40	4,40	4,30	4,40
9	4,20	4,20	4,10	4,20
10	5,00	5,00	5,00	5,00
11	5,00	5,00	5,00	5,00
12	3,60	3,60	3,65	3,6
13	4,80	4,90	4,90	4,80
14	4,80	4,90	4,90	4,80
15	3,80	3,70	3,60	3,80
16	5,00	5,00	5,00	5,00
17	5,00	5,00	5,00	5,00
18	5,00	5,00	5,00	5,00
19	5,00	5,00	5,00	5,00
20	5,00	5,00	5,00	5,00

Tabella 1: la tabella riporta le medie derivanti dall'assegnazione di pesi differenti per ciascuna domanda di valutazione. Nostra elaborazione.

La tabella mostra la variabilità che le medie hanno quando alle voci che compongono il questionario di valutazione vengono modificati i pesi assegnati; la variabilità si presenta maggiormente quando i punteggi assegnati sono differenti mentre diminuisce quando i punteggi assegnati sono uguali tra loro anche quando vengono modificati i pesi.

Se un Infermiere ha totalizzato il massimo punteggio raggiungibile, ovvero 5 in tutte le voci del questionario di valutazione, anche modificando i pesi assegnati ad ogni voce il risultato finale non cambia e la media aritmetica rimane la stessa nei quattro casi analizzati; se invece i punteggi ottenuti sono diversi tra loro, modificando i pesi di ciascuna domanda di valutazione, le medie aritmetiche si modificano nei quattro casi analizzati. Si possono analizzare quattro scenari differenti: il primo caso mette in evidenza le medie ottenute dagli Infermieri con i pesi assegnati dall'azienda, nel secondo scenario i pesi sono stati modificati dal ricercatore così come è avvenuto per i casi terzo e quarto.

Si prendono in esame due Infermieri che hanno subito una maggiore variabilità cambiando i pesi per ciascuna voce del questionario: ID5 e ID15.

Facendo riferimento ai risultati ottenuti con l'assegnazione classica, ovvero quella scelta dall'azienda, dei pesi per ogni voce del questionario di valutazione si ottengono le seguenti medie (Fig. 24):

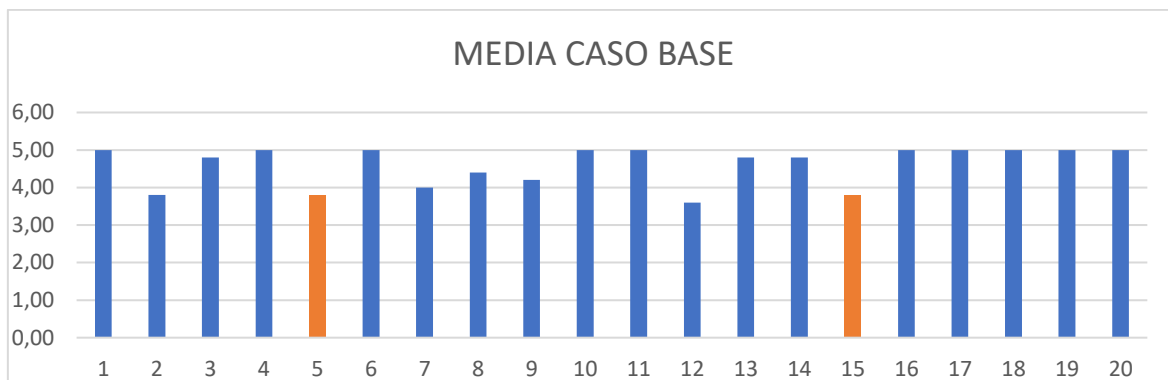


Figura 24: Medie con i pesi assegnati dall'azienda. Nostra elaborazione.

I risultati ottenuti e rappresentati mostrano le medie ottenute dagli Infermieri sulla base dei punteggi assegnati con i pesi che l'azienda ha imposto ad ogni elemento valutativo; nel Caso Base, gli elementi del campione che sono stati scelti mostrano rispettivamente un punteggio medio di partenza di: ID5 3,80 mentre ID15 3,80.

Modificando i pesi che vengono assegnati, i risultati delle medie di ciascun Infermiere sottoposto a studio potrebbero modificarsi; prendendo in esame i due elementi rappresentativi del campione, ID 5 e ID15, si denota questa tendenza alla variazione del risultato finale; si analizza il Caso 2 dove sono stati modificati i pesi per ogni elemento di valutazione: è stato dato un valore di 0,2 per la domanda di valutazione 1, 0,2 per la domanda di valutazione 2, 0,3 per la domanda di valutazione 3, 0,2 per la domanda di valutazione 4 e 0,1 per la domanda di valutazione 5. Le medie delle due unità sono: 3,9 per ID5 e 3,7 per ID15 e sono rappresentate ed evidenziate nel grafico (Fig. 25). E' presente variabilità rispetto alla valutazione ottenuta nel caso base che, anche se minima,

potrebbe comportare una modifica nell'erogazione dei premi relativi alla performance del singolo. Rispetto al Caso Base, il Caso Due mostra un punteggio maggiore per ID5 (3.8 C.B. e 3.9 C.D.) e un punteggio minore per ID15 (3.8 C.B. e 3.7 C.D.).

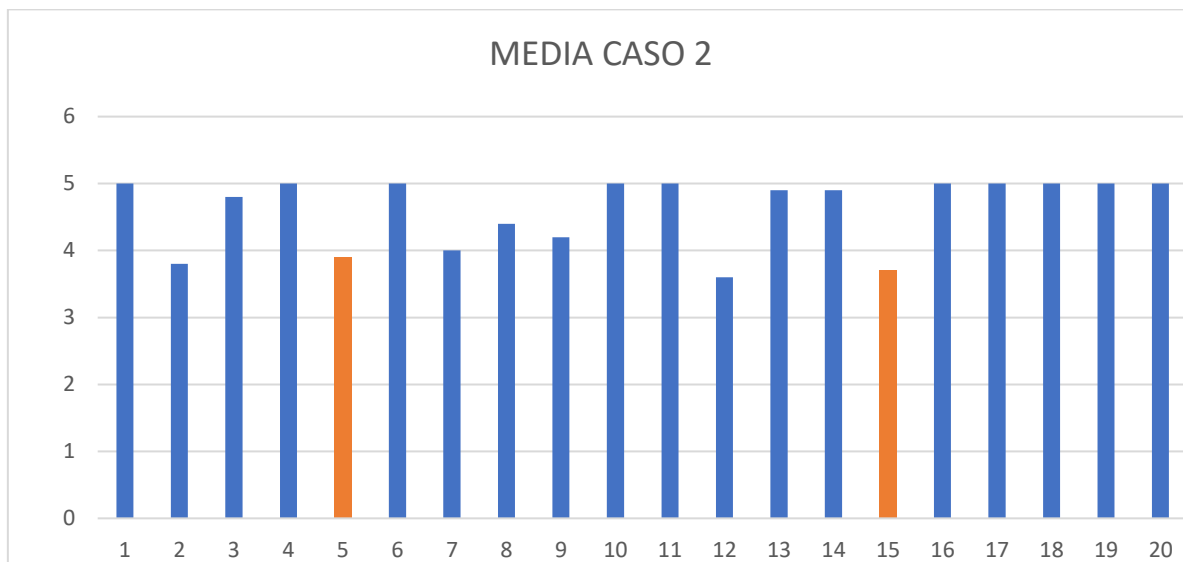


Figura 25: Media caso 2. Nostra elaborazione.

Per avvalorare l'ipotesi iniziale, ovvero che modificando i pesi attribuiti a ciascun valore si modificano anche le medie finali, sono stati assegnati nel Caso 3 pesi differenti per ogni elemento di valutazione rispetto al Caso base e al Caso 2: un punteggio di 0,2 è stato assegnato per la domanda di valutazione 1, 0,15 per la domanda di valutazione 2, 0,4 per la domanda di valutazione 3, 0,15 per la domanda di valutazione 4 e 0,1 per la domanda di valutazione 5. Le medie delle due unità sono: 3,9 per ID5 e 3,6 per ID15 e sono stati messi in evidenza

nel grafico seguente (Fig. 26). Analizzando i dati ottenuti si evince una condizione di variabilità su entrambi i casi osservati in precedenza: per ID5 il valore della media del Caso tre è uguale a quello del Caso due (3,9) nonostante sono stati modificati i pesi assegnati mentre è maggiore dal Caso Base (3,8) come osservato anche in precedenza; per quanto riguarda ID15 le medie riscontrate sono differenti sui tre casi analizzati e c'è una variabilità dovuta alla modifica dei pesi utilizzati: media C.B. 3,8, media C.D. 3,7 e media C.T. 3,6.

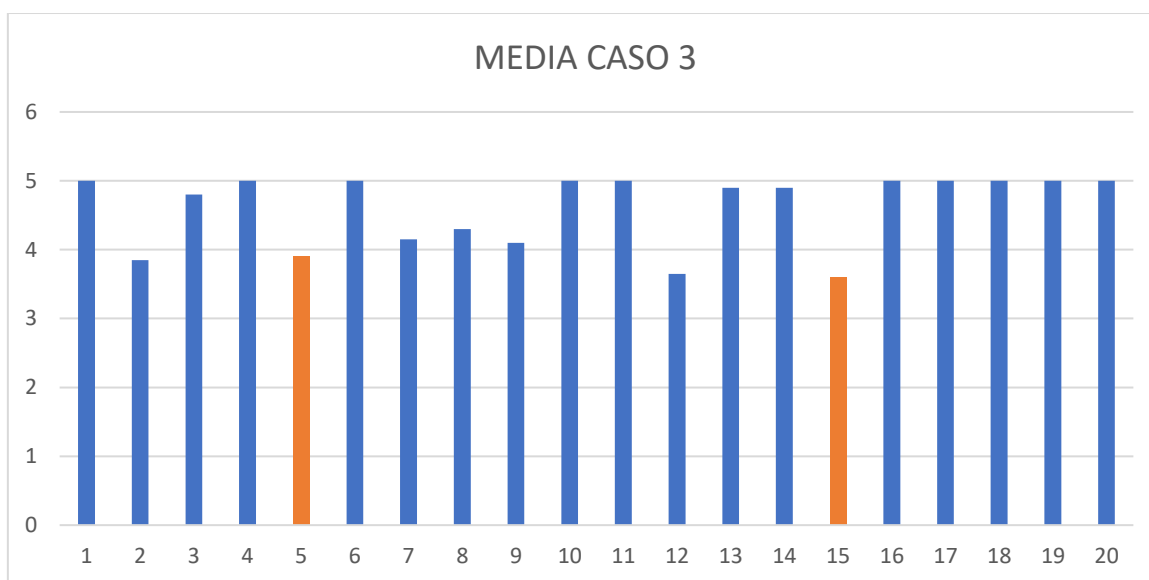


Figura 26: Media caso 3. Nostra elaborazione.

In ultimo sono stati modificati ulteriormente i pesi assegnati per ogni elemento di valutazione e nel Caso 4 sono: 0,2 per la domanda di valutazione 1, 0,1 per la domanda di valutazione 2, 0,1 per la domanda di valutazione 3, 0,2 per la domanda di valutazione 4 e 0,4 per la domanda di valutazione 5. Le medie delle due unità sono: 3,8 per ID5 e 3,8 per ID15 e sono stati messi in evidenza nel



seguinte grafico (Fig. 27). Anche in quest'ultimo caso di analisi si mostra una variabilità tra le medie viste nei casi precedenti: per quanto riguarda ID5, modificando ulteriormente i pesi per ciascuna voce di valutazione, il punteggio medio finale è differente rispetto al Caso Tre (3,9) e rispetto al Caso Due (3,9) mentre è uguale al punteggio medio ottenuto nel Caso Base (3,8). L'elemento ID15 invece mostra una variabilità rispetto al Caso Tre (3,6) e al Caso Due (3,7) mentre è uguale alla media ottenuta nel Caso Base (3,8).

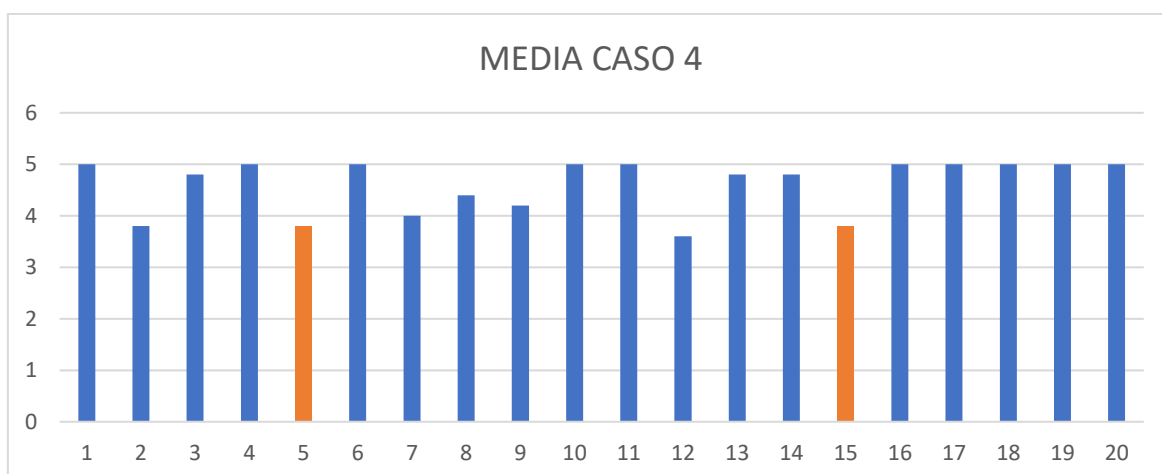


Figura 27: Media caso 4. Nostra elaborazione.

I risultati degli scenari analizzati mostrano come, su un campione di 20 Infermieri, i pesi assegnati a ciascun elemento di valutazione hanno un'importanza anche nel posizionamento del lavoratore all'interno di una classifica basata sui punteggi ottenuti. Le medie finali delle due unità rappresentative scelte, ID5 e ID15, dal campione sono differenti nei quattro

Casi analizzati e vanno ad occupare posizioni differenti nella classifica finale basata sui punteggi medi: nel Caso Base, ID 5 e ID15 occuperebbero la posizione 17, ciò significa che 16 Infermieri hanno avuto un punteggio medio migliore; nel Caso Due ID5 si posiziona al 17esimo posto mentre ID15 si posiziona al 19esimo posto; nel Caso Tre ID5 conferma la posizione n. 17 mentre ID15 si posiziona all'ultimo posto, il 20esimo, perché la media risultante dai punteggi ottenuti è la più bassa della tabella. In ultimo, il Caso Quattro, ID 5 e ID 15 si posizionano entrambi al 17esimo posto in classifica.

Come si osserva dai dati e dai grafici ottenuti, se venissero modificati i pesi assegnati agli indici di valutazione si modificherebbero i risultati delle medie finali e di conseguenza anche la posizione in una classifica di merito risulta modificata rispetto ad una posizione di partenza ottenuta con il punteggio medio assegnato con i pesi definiti dalla direzione aziendale.

I risultati finali hanno mostrato una variabilità che viene approfondita attraverso l'analisi di correlazione. In statistica l'indice di correlazione di Pearson tra due variabili statistiche è un indice che esprime un'eventuale relazione di linearità tra due variabili continue cioè: prese due variabili, X e Y, si crea relazione di linearità quando Y cresce in maniera direttamente proporzionale o inversamente proporzionale al carattere X; se questo indice fa riferimento alla popolazione viene indicato con la lettera greca rho ( $\rho$ ) mentre

se ci riferisce ad un campione si utilizza la lettera (r) dell'alfabeto latino: nel caso di studio sotto analisi fa riferimento ad un campione. L'indice di correlazione si calcola come un rapporto tra la covarianza delle due variabili e il prodotto delle loro deviazioni standard e il risultato sarà compreso tra -1 che indica una perfetta relazione negativa lineare tra le due variabili e +1 che indica una perfetta relazione positiva tra le due variabili; un valore pari a 0 indica che non è presente una relazione lineare tra le due variabili (Fig. 28).

$$r = \frac{S_{xy}}{\sqrt{s_x^2 \cdot s_y^2}}$$

Figura 28: Formula Covarianza. Nostra elaborazione.

Si formula l'ipotesi nulla che riguarda l'assenza di relazione lineare tra le coppie di un campione:

Ho:  $\rho=0$

Si formula anche l'ipotesi alternativa che riguarda la presenza di relazione lineare tra le coppie di un campione:

H1:  $\rho \neq 0$

Su un campione di ampiezza 20 come quello sottoposto ad analisi si possono ottenere delle correlazioni diverse da zero, sia positive che negative; data questa condizione si rifiuta l'ipotesi nulla,  $H_0$ , se il risultato della correlazione è positivo oppure negativo quindi diverso da 0.

Descritti in maniera tabellare, i dati relativi alla correlazione appaiono in questo modo (Tab. 2):

	<b>MEDIA CASO BASE</b>	<b>MEDIA CASO 2</b>	<b>MEDIA CASO 3</b>	<b>MEDIA CASO 4</b>
<b>MEDIA CASO BASE</b>	1			
<b>MEDIA CASO 2</b>	0,9964	1		
<b>MEDIA CASO 3</b>	0,9889	0,9946	1	
<b>MEDIA CASO 4</b>	1	0,9964	0,9889	1

*Tabella 2: tabella di correlazione. Nostra elaborazione.*

Come si evince dai risultati emersi, i punteggi relativi ai quattro casi studiati sono tutti particolarmente vicini ad 1 e anche se non tutti i risultati sono pari a 1 si può affermare che c'è correlazione positiva tra la variabilità dei pesi assegnati ad ogni domanda di valutazione e le medie ottenute dalla valutazione di ciascun Infermiere presente nel campione.

Quello che ne deriva come risultato dell'indagine è che modificando i pesi degli indici di valutazione c'è una interessante variabilità delle medie finali rispetto ai risultati iniziali che possono comportare una diversa erogazione dei premi finali da parte dell'azienda; ovviamente l'azienda gioca un ruolo chiave in questo frangente perché assegnando dei pesi differenti può correre il rischio di discriminare un professionista piuttosto che un altro e di dare maggior peso ad

un parametro piuttosto che un altro. Quindi, assegnando un unico peso a tutte le variabili del questionario come avvenuto nel caso di studio esposto, l'azienda pone sullo stesso livello tutti i lavoratori ottenendo in questo modo valutazioni uniformi ed esenti da discriminanti.



## CONCLUSIONI

Lo studio condotto, sin dalle prime battute, ha voluto rappresentare e mostrare come si sviluppa il fenomeno della “misurazione e valutazione della Performance” fornendo inizialmente una panoramica generale identificando sia gli aspetti tecnici che quelli legislativi e successivamente entrando nel dettaglio di un caso specifico di studio.

Si è analizzato il Decreto Legislativo n. 150/09, Riforma Brunetta, che tratta nello specifico il processo di “misurazione e valutazione della Performance” nella pubblica amministrazione; l’aspetto legislativo che deriva dallo studio della Riforma sopracitata è stato successivamente affiancato all’aspetto tecnico definito nel caso di analisi e di studio condotto sulla realtà aziendale della A.S.L. 3 Abruzzo all’interno del contesto operativo della U.O.S.D. Gestione Anestesiologica Blocco Operatorio.

Il processo ha avuto inizio con la richiesta formale da parte del ricercatore delle schede di valutazione della performance risalenti al 2022 delle due categorie professionali maggiormente rappresentative: Dirigenti Medici-Anestesisti e Infermieri che operano nell’U.O.; dal processo di selezione sono stati creati due campioni rappresentativi delle due popolazioni poste sotto analisi comprendenti 20 unità ciascuno selezionati in maniera casuale tenendo conto solo del profilo professionale ricoperto dai soggetti.

Gli elementi appartenenti ai campioni hanno caratteristiche simili, eccetto che per due parametri: anni di servizio e genere; questi elementi differenziano nei due gruppi e sulla base di queste diversità è stata costruita l'analisi statistica al fine di dimostrare come variano i risultati ottenuti al variare degli indici posti sotto analisi e come variano i risultati dei due campioni sottoposti a studio se i pesi utilizzati per la valutazione subissero delle modifiche rispetto a quelli definiti dalla Direzione Aziendale.

Il primo risultato dell'analisi statistica svolta è stato sui dati relativi ai Dirigenti Medici che hanno mostrato scarsissima variabilità perché i dati risultanti dalle schede di valutazione riportano punteggi complessivi per 19/20esimi identici quindi pur volendo analizzare nel dettaglio le variabili di cui sopra, il risultato non avrebbe riportato alcuna significatività a livello statistico; da questo presupposto il ricercatore si è limitato a raccogliere, tabellare e analizzare i risultati ottenuti senza entrare nel dettaglio dell'analisi e senza effettuare alcuna modifica dei pesi per ogni domanda di valutazione perché, già dalle prime indagini effettuate sui dati raccolti, la variabilità sui punteggi assegnati è stata minima. Questo aspetto si identifica come uno dei limiti dello studio condotto. Per quanto riguarda invece l'analisi effettuata sul campione degli Infermieri, i punteggi ottenuti dai singoli sulle varie domande che compongono il



questionario di valutazione si sono subito presentate con una variabilità nei risultati e quindi meritevoli di approfondimento.

Innanzitutto i risultati delle domande di valutazione hanno mostrato punteggi finali differenziati e ciò denota una differenziazione delle capacità e delle performance del personale Infermieristico afferente presso l'U.O. suddetta; attraverso l'analisi del chi-quadrato, metodo statistico utilizzato nella prima parte del lavoro di studio, si denotano due condizioni: la prima, quella relativa al confronto tra il genere e le varie voci del questionario, nessuna di loro mostra una relazione statisticamente significativa e ciò denota che dal campione analizzato non c'è differenza statisticamente significativa tra l'operato di genere femminile e quello di genere maschile. La seconda condizione invece analizza gli anni di servizio che definisce nel dettaglio due archi temporali: <2 anni di servizio e >2 anni di servizio. Gli Infermieri che operano nell'U.O. con una anzianità di servizio <2 anni hanno riportato, in due voci su cinque, delle differenze statisticamente significative che identificano come, gli Infermieri con >2 anni di esperienza, hanno dei punteggi totali maggiori quindi delle performance migliori rispetto ai colleghi meno esperti. Anche in questo caso gli Infermieri che hanno <2 anni di esperienza sono 2, il 10% del campione analizzato; questo parametro rappresenta il secondo limite riscontrato nello

studio condotto perché, numericamente sono troppo pochi per poter inferenziare il risultato sulla popolazione analizzata.

Continuando ad analizzare il campione degli Infermieri che ha mostrato una significatività statisticamente rilevante sono stati modificati i pesi assegnati ad ogni domanda di valutazione rispetto a quelli assegnati dall'azienda; sono stati sviluppati quattro Casi, incluso il Caso Base (con pesi standard), dove sull'intero pool di Infermieri analizzati, due di loro mostravano una maggiore variazione e quindi sono stati presi come esempio di riferimento per il proseguo dell'indagine. Si denota come la modifica dei singoli pesi fa modificare, anche se di poco, il risultato medio finale di ogni Infermiere del campione portando di conseguenza ad una sostanziale trasformazione di una classifica sui punteggi medi riscontrati.

Con questo approccio innovativo l'azienda è in grado di modificare rotta perché assegnando pesi tutti uguali a tutte le voci si riscontra una uguaglianza di trattamento ma si sottende all'equità perché, a parità di punteggio medio con i pesi assegnati dalla direzione aziendale, si standardizza il metodo di rilascio dei premi ma nel concreto non si premia il lavoratore più meritevole perché le reali capacità del singolo lavoratore vengono pesate non in maniera specifica.

## **BIBLIOGRAFIA**

AA.VV., *towards a definition of a business performance measurement system*.  
International Journal of Operations e Production Management, 2007, Vol. 27,  
N.8, pp. 784-801.

ADINOLFI P., *Incentivi e produttività nelle aziende sanitarie. Uno studio sugli ospedali italiani*. Cedam, Torino, 1996.

AIROLDI, BRUNETTI e CODA, *Economia Aziendale*. Edizioni Il Mulino, 1994.

ART. 8-bis comma 1 DL.vo 502/92.

ART. 11 del D. Lgs 150/09.

ART. 10 del D.Lgs 150/2009

ATKINSON A. A., WATERHOUSE J. H., WELLS R. B., *A stakeholder Approach to strategic Performance Measurement*. MIT Sloan Management Review, 1997, Vol. 38, N.3, pp 25-37.

BALDUZZI R. e DI GASPARE G. *L'aziendalizzazione nel D.L.vo 229/99*.

BESTA F., ALFIERI V., GHIDIGLIA C. e RIGOBON C. *La Ragioneria, II vol.*, Villardi, 1922.

BOUCKAERT and GEERT. *Measurement and Meaningful Management*.  
Public Productivity and Management Review. Vol. 17, pp. 31-43

CASTIELLO D'ANTONIO A., *Il colloquio di valutazione delle prestazioni*. Franco Angeli, Milano 2005.

CATTURI G., *L'azienda Universale. L'Idea forza, la morfologia e la fisiologia*. CEDAM, 2003, pp. 546

CATTURI G., *Principi di economia aziendale. L'Azienda universale. L'Idea forza, la morfologia e la fisiologia*. CEDAM, ed.7, 2021.

CHIUCCHI M. T., *Il metodo di studio di caso del management accounting*, Giappichelli Editore, 2015, pp.15.

CHIUCCHI M. T., *Il metodo di studio di caso del management accounting*, Giappichelli Editore, 2015, pp.38.

CISLAGHI C., DI VIRGILIO E. e TAVINI G., *Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario come da incarico ricevuto dalla conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (A.GE.NA.S), 2010.

CIVIT – Delibera n. 89/2010 – Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance (articoli 13, comma 6, lett. D) e 30, del D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, P. 7-8 e ss.

CIVIT 112/2010-Struttura e modalità di relazione del Piano della Performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

CIVIT – Delibera n. 1/2012 – Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance, p. 7 e ss.

CIVIT n. 5/2012.

CODA V., *L'Orientamento strategico di impresa*. UTET, Torino, 1988, 18 ss.

CORBETTA C. *Aziende Sanitarie Locali*. Dizionario di diritto pubblico, Milano, Vol. I, 2006, pp.628 e ss.

CUCCURULLO C., ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Proposti, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro*. Rapporto OASI, 2012.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 305, 30 dicembre 1992.

D.Lgs 150/09.

D.Lgs 150/09, Art. 13.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al DL.vo 0 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge del 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 293, 15 dicembre 1993.

Decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270. Riordinamento degli istituti zooprofilattici e sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h, della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.

Delibera n. 105/2010.

DEL VECCHIO M. e ROMITI A., *Governare le aziende sanitarie in cambiamento: Top e Middle Management alla prova delle nuove dimensioni*. EGEA, Milano, 2017.

Disposizione art. 20 del D.LGS 7 dicembre 1993, n.517 e dell'art. 3 del DL 18 settembre 2001 n. 347 (Fonte: Amministrazione in cammino).

Elaborazione OASI a partire dal riadattamento di Del Vecchio e Romiti, 2017.

DPR n. 105 del 2016 che attribuiscono al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

GIANNESI E., *Le aziende di produzione originaria: volume primo, le aziende agricole*. 1959.

GIORGIO G. *Le aziende sanitarie*. Sanità Pubblica. 2000, pp. 801 e ss.

GIOVANNELLI L. *Modelli contabili e di bilancio in uno Stato che cambia*. Giuffrè. 2000.

*Guida all'esercizio professionale per Medici, i Chirurghi e gli Odontoiatri.*

Edizioni medico scientifiche, Torino, 2000.

HINNA L., VALOTTI G. *Gestire e valutare le performance nella P.A.*

Maggioli Editore, 2010, pp. 81.

HINNA L., VALOTTI G. *Gestire e valutare le performance nella P.A.*

Maggioli Editore, 2010, pp. 91 e ss.

HOOD C., *A public management for all season?* Public Administration, 1991,

Vol.69.

LEGGE delega 59/1997 e ss – 127/1999 e 191/1998.

LEGGE delega 15/2009 o Riforma Brunetta, dal nome dell'allora Ministro della Pubblica Amministrazione e Innovazione Renato Brunetta.

LEGGE 23 Dicembre 1978, n.833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Gazzetta Ufficiale-Supplemento Ordinario n. 360, 28 Dicembre 1978.

Ministero della Salute (2008), libro bilancio sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale.

MOORE M. H., *Creating Public Value*, Harvard University Press, 1995.

NUTI S. *Misurazione e valutazione della Performance: principi, struttura e*

*metodi.* Piano Industriale Della Pubblica Amministrazione, nuovo testo unico sul pubblico impiego, 2010, pp. 321-354.

RADIN B. A., *Challenge the performance movement: accountability, complexity and democratic values*. Georgetown University Press, 2006.

Rapporto OASI 2020.

TOMMASINI A., SIGNORELLI C., *La terza riforma sanitaria: il Decreto Bindi e le normative collegate*. Società Editrice Universo, Roma, 1999.

YIN. R. K., *Case study research: Design and Methods*. Sage Publications, Inc., 2003.



## SITOGRAFIA

<https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/430>

[https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/LG-performanceindividuale\\_20191220.pdf](https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/LG-performanceindividuale_20191220.pdf)

[https://performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG-SMVP\\_29\\_dicembre\\_2017\\_.pdf](https://performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG-SMVP_29_dicembre_2017_.pdf)



## RINGRAZIAMENTI

Questo percorso, tanto voluto quanto sudato, volge al termine. Ho avuto l'onore di incontrare sulla mia strada tante persone che mi hanno permesso di aumentare e migliorare il mio livello culturale e umano, di trasmettermi i dettami del management, di invitarmi ad entrare in un mondo che ti avvolge e ti crea dipendenza: sì, il management crea dipendenza.

E' stata dura, bisogna ammetterlo, ma esco con uno zaino pieno di nuove nozioni, esperienze e conoscenze che mi porteranno ad avere quella possibilità che due anni fa ho deciso di concedermi.

In questo periodo ho ricevuto il regalo più bello che un uomo di 33 anni possa ricevere: sono diventato papà di uno splendido bambino, L. M., a cui dedico questo mio elaborato, questo mio percorso, questa Nostra vittoria; mi reputo una persona fortunata perché ho avuto con me la migliore compagna di viaggio possibile, Alessia, con la quale ho condiviso gioie, dolori, ansie, paure ma anche cose meravigliose, come nostro figlio: siamo i custodi del più prezioso dei doni che due persone possono avere.

Un pensiero speciale va alla mia mamma e al mio papà, persone insostituibili per me, persone uniche alle quali devo i miei valori e gli insegnamenti più grandi che mi accompagnano da quando sono bambino e a cui dedico una parte di questo traguardo. Accompagnatore testardo, il più temerario dei guerrieri, il

visionario e il bambino oramai cresciuto di mio fratello: un grazie lo merita anche lui, anzi un enorme grazie, perché in maniera indiretta mi ha insegnato a non mollare e a mirare sempre in alto.

Un sentito ringraziamento va a Patrizia, Romolo, Luca e ai cari Nonni acquisiti perchè con il loro supporto e i loro preziosi consigli hanno reso questo risultato possibile; grazie alla mia Responsabile, la Dott.ssa Anna D'Aloisio e al mio Primario, la Dott.ssa Maria Rizzi che mi hanno messo nella migliore condizione possibile di poter lavorare e studiare per tutto il periodo del corso di Laurea e che hanno contribuito nella corretta raccolta dei dati.

Grazie alla mia Relatrice, La Prof.ssa D'Andrea e alla mia Correlatrice, la Prof.ssa Ciommi che hanno avuto la pazienza di seguire uno studente allo stremo delle forze.

E un ultimo ringraziamento, non di minore importanza, va ai miei angeli custodi, sempre al mio fianco.

Adesso mi concedo una pausa, una piccola pausa rigenerativa per poter ripartire alla conquista del mio sogno.