



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

IL SISTEMA INTEGRATO DI VALUTAZIONE DELLE
PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE

THE INTEGRATED PERFORMANCE EVALUATION SYSTEM IN
HEALTHCARE COMPANIES

Relatore: Chiar.mo
Prof. Luca Del Bene

Tesi di Laurea di:
Rosa Angela Valentino

Anno Accademico 2020 – 2021

Indice

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. LA PERFORMANCE: CARATTERI GENERALI	6
1.1 La crisi del paradigma burocratico	6
1.1.1 Applicazioni pratiche del paradigma del NPM	8
1.2 Il concetto di performance. Significato e caratteristiche.....	10
1.3 La misurazione della performance: significato e funzioni.....	17
1.4. La Valutazione della Performance: Significato e Funzioni.	19
1.5. I primi modelli di misurazione e valutazione della performance.....	23
1.6 Le caratteristiche dei nuovi modelli di misurazione e valutazione della Performance	24
1.7 L'importanza del feedback continuo.....	27
1.8 Gli attori della valutazione delle performance	29
1.9 L'autovalutazione dei dipendenti	30
CAPITOLO 2. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN AMBITO PUBBLICO E SANITARIO...	32
2.1 La centralità della performance	32
2.2 Le caratteristiche della valutazione delle performance nelle Pubbliche Amministrazioni. 40	
2.3. La complessità della Pubblica Amministrazione	40
2.3.1 La multidimensionalità della performance	42
2.3.2 La misurabilità della performance	45
2.3.3 La trasparenza.....	46
2.3.4 La confrontabilità	47
2.3.5 La condivisione	48
2.4 Le potenziali conseguenze dell'implementazione di un sistema di valutazione delle performance.....	50
2.4.1 Le principali problematiche che interessa il settore pubblico.....	51
2.4.2. Il paradosso della performance.....	53
CAPITOLO 3. L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	56
3.1 Le fondamenta del Sistema Sanitario Italiano: i principi Costituzionali	56
3.2 La Riforma con la legge n.833 del 1978.....	57
3.3 La centralità del tema della valutazione della performance nei processi di riforma del settore pubblico.....	60

3.3.1 Le caratteristiche del processo di aziendalizzazione nella Sanità Italiana.....	61
3.3.2 Un tentativo di controllo della spesa: l'introduzione di meccanismi di quasi-mercato.....	63
3.4 Il ruolo della World Health Organization nella promozione della valutazione dei sistemi sanitari nazionali.....	64
3.5 L'evoluzione normativa della funzione di valutazione nel contesto pubblico italiano.....	66
3.6 La Riforma Brunetta: la legge n.15 /2009 e il Decreto legislativo150/2009	70
3.7 Il Decreto legislativo 25 maggio 2017 n.74.....	72
3.8 I ciclo delle Performance.....	74
3.8.1 Il sistema di misurazione e valutazione della performance	78
3.8.2 Gli attori del ciclo della performance	80
3.8.3 La valorizzazione del merito tramite l'incentivazione.....	82
3.8.4 Misurare e valutare la performance organizzativa.....	84
3.8.5 Misurare e valutare la performance: il collegamento tra performance organizzativa e individuale.....	85
3.9 Considerazioni critiche riguardo il d.lgs. 150/2009	87
3.9.1 L'approccio formalistico burocratico alle dinamiche di gestione delle risorse umane	87
3.9.2 Le problematiche relative ai sistemi di incentivazione.....	90
CAPITOLO 4 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DELL'AREA VASTA.....	93
4.1 Il Sistema Sanitario Regionale delle Marche: il contesto normativo.....	93
4.2 Il ruolo della Regione	99
4.3 L'articolazione delle Aree Vaste	101
4.4. Il modello "Health Network"	102
4.5 Il sistema Sanitario Regione Marche: il piano delle performance	105
4.6 Il modello organizzativo e il suo funzionamento.....	107
CAPITOLO 5 IL SISTEMA INTEGRATO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELL'AREA VASTA 3	113
5.1 La situazione preesistente il DLG 150/2009 e la necessità di cambiamento	113
5.2 Le spinte verso il cambiamento: la necessità di potenziare la logica del "Management by Objectives.....	115
5.3 Le spinte verso il cambiamento: la spinta normativa del D.LGS 150/2009 e il contesto regionale.....	118
5.4 Il processo di Budget.....	119
5.5 Il nuovo sistema di valutazione della performance.....	122
5.6 Gli strumenti operativi previsti: le schede di valutazione.....	125

5.7 Le logiche di fondo che hanno guidato il processo: la ricerca di integrazione con il processo di programmazione e controllo e la gradualità nell'implementazione.....	125
5.8 La valutazione delle performance organizzativa... ..	127
5.9 La valutazione della performance individuale.....	129
5.10 Il sistema premiante.....	132
5.11 Considerazioni conclusive.....	133
Bibliografia e Sitografia.....	136
Ringraziamenti	143

Introduzione

Il lavoro svolto è l'approfondimento di uno dei temi affrontati a lezione di 'Management delle Aziende Sanitarie'. Nell'elaborato viene analizzata la valutazione della performance nelle sue componenti organizzativa e individuale in ambito sanitario e l'implementazione di un sistema integrato di valutazione delle performance all'interno delle Aziende Sanitarie.

Dopo un'iniziale panoramica del concetto di performance e delle sue peculiarità nel contesto pubblico e sanitario, viene analizzato il contesto normativo di riferimento in cui si inserisce la valutazione della performance delle Aziende Sanitarie. La valutazione dei professionisti della salute rappresenta un elemento strategico per l'eccellenza di tutto il SSN, attraverso l'inserimento in un processo continuo di valutazione e aggiornamento.

Successivamente vengono sottolineati i punti di forza e di debolezza del sistema integrato di valutazione della performance e del suo collegamento con il sistema premiante presente nell'Area Vasta 3. Vengono, infine, identificate alcune possibili linee di sviluppo del sistema stesso volte a renderne l'applicazione più completa, efficace e funzionale rispetto alla situazione attuale.

CAPITOLO 1

LA PERFORMANCE E LA SUA VALUTAZIONE: CARATTERI GENERALI.

1.1 LA CRISI DEL PARADIGMA BUROCRATICO.

La messa in discussione dei modelli tradizionali di governance dei sistemi pubblici subisce una forte accelerata negli anni Ottanta e Novanta a causa dell'aumento incontrollato della spesa pubblica e degli insostenibili deficit di bilancio. Secondo il modello della "contingency" i processi di riforma delle pubbliche amministrazioni sono alimentati da fattori esterni, in questo caso la riduzione delle risorse finanziarie disponibili, e da fattori interni, nel caso dei sistemi pubblici l'opportunità politica e le capacità manageriali della classe dirigente pubblica. Questi fattori portano alla ricerca di nuovi assetti istituzionali, organizzativi e gestionali da implementare nel settore pubblico al fine di perseguire soluzioni di "good governance" in grado di superare le principali criticità dei sistemi esistenti. Oltre agli aspetti concernenti l'aumento della spesa e del deficit, era necessario superare gli ostacoli dell'autoreferenzialità delle gestioni pubbliche, la scarsa soddisfazione degli utenti-cittadini e le condizioni di inefficienza. La ricerca della "good governance" comporta la necessità di adottare sistemi di budgeting, di controllo, di gestione delle risorse umane, norme e strumenti volti alla responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi di efficienza ed efficacia al fine di rafforzare il livello di accountability e di trasparenza dell'azione amministrativa pubblica nei confronti dei diversi stakeholder (Banca Mondiale, 1992). Questo focus sulle logiche manageriali comporta il totale superamento del tradizionale modello burocratico fondato sulla specializzazione, sulla divisione del lavoro, sulla gerarchia, sul principio

della scientificità e della normazione preventiva di mansioni e compiti. È in questo contesto che si sviluppa e afferma il cosiddetto paradigma del “New Public Management” (NPM)¹ per il quale il miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza delle amministrazioni

pubbliche è perseguibile attraverso l’utilizzo di logiche e strumenti decisionali, gestionali e operativi di natura tradizionalmente privatistica. Il New Public Management segna così il definitivo passaggio dal modello tradizionale di amministrazione pubblica basato sulla burocrazia e sul controllo centralizzato e gerarchizzato, al modello di gestione più vicino alle logiche manageriali tipiche dei sistemi privatistici. Il New Public Management è, quindi, definibile come uno stile (o meglio un nuovo paradigma) di gestione del settore pubblico che, sull’esempio delle pubbliche amministrazioni anglosassoni soprattutto, vuole integrare il diritto amministrativo e le pratiche gestionali tradizionali di un ente pubblico con una metodologia più orientata al risultato (l’interesse pubblico), mutuata dal settore privato e mirata ad un maggior coinvolgimento nella gestione della cosa pubblica. Tutto ciò per consentire:

- una maggiore elasticità ed economicità nelle prestazioni richieste;
- una riorganizzazione delle burocrazie e dei relativi bilanci in modo più efficiente;
- un ruolo che prediliga le funzioni di coordinamento e controllo, alleggerendo le funzioni di diretta erogazione delle prestazioni di servizio alla cittadinanza, che se non compiute tramite gli iter previsti

¹ Secondo alcuni autori, tra cui Greening, il New Public Management non è considerabile come un nuovo paradigma in quanto sintesi di concetti e principi già espressi in passato da altre teorie. Nonostante alcune voci discordanti, la letteratura dominante ha considerato il NPM come un nuovo e autonomo paradigma (Greening 2001).

dal diritto amministrativo sono spesso più costose a parità di efficienza;

- una separazione tra indirizzo e controllo, di competenza dell'organo, politico e gestione, prerogativa del management;
- una organizzazione per processi e per obiettivi
- una misurazione delle performance e il controllo sui risultati;
- una semplificazione delle procedure per agevolare l'accesso ai servizi;
- il ricorso all'innovazione tecnologica;
- una attenzione sempre maggiore alla qualità.

Si può dire quindi che gli studi di economia aziendale applicati alle amministrazioni pubbliche si siano sviluppati in Italia in parallelo del New public Management (NPM) in Gran Bretagna, Australia, Nuova Zelanda, Stati Uniti. Un parallelismo che peraltro si inseriva in due modelli concettuali diversi. Il modello teorico di riferimento del (NPM) era quello della "autoregolazione del mercato" basato sulla competizione. In Italia negli anni '80 si faceva riferimento all'economia applicata alle amministrazioni pubbliche" o al "passaggio dal modello burocratico, basato sul rispetto delle procedure, al modello manageriale, basato sulla valutazione dei risultati e del rapporto risultati-risorse", mentre a livello internazionale si è aggiunta la "New" rispetto alla denominazione generale di public management².

1.1.1 APPLICAZIONI PRATICHE DEL PARADIGMA DEL NPM.

Si è avuto il passaggio da una logica gestionale basata sugli atti (logica burocratica) ad una per risultati al fine di orientare i comportamenti delle pubbliche amministrazioni verso scelte economiche ed orientate

² In questo contesto si sono sviluppate le riforme delle pubbliche amministrazioni in Paesi quali il Regno Unito (programma Next Step governo Thatcher), Stati Uniti (rapporto Gore, per la ricerca di un "Governo che funzioni meglio e costi meno"), Australia (programmi nazionali "Finance Initiative Management") Nuova Zelanda

all'efficienza e alla qualità dei servizi offerti³.

È possibile, tuttavia, identificare alcuni tratti comuni nelle leve direzionali utilizzate nell'applicazione dei principi del "New Public Management" e negli effetti prodotti. Un primo aspetto è il processo di decentramento organizzativo e di scorporo delle grandi organizzazioni burocratiche pubbliche attraverso il fenomeno del "nome"; questa tendenza porta alla creazione di strutture dalle dimensioni più ridotte e più flessibili, dotate di una maggiore autonomia strategica, gestionale e operativa bilanciata da una maggior accountability per i dirigenti e l'introduzione di logiche di controllo di gestione fondate sui risultati.

Un secondo elemento riguarda l'introduzione di tecniche e sistemi manageriali e gestionali provenienti dall'ambito privatistico e che pervadono diverse aree e funzioni delle organizzazioni pubbliche (la funzione di programmazione e controllo, la gestione del personale, l'orientamento alla qualità, sistemi di budgeting e di contabilità analitica, l'orientamento al cliente, l'adozione di standard).

Un terzo aspetto è collegato all'adozione di sistemi di quasi mercato ovvero logiche competitive tra le diverse organizzazioni pubbliche ed organizzazioni private al fine di incentivare la ricerca di condizioni di efficienza, efficacia e qualità nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini-utenti. Un secondo elemento riguarda l'introduzione di tecniche e sistemi manageriali e gestionali provenienti dall'ambito privatistico e che

³ L'importanza del passaggio da logiche orientate agli atti a logiche basate sui risultati viene anticipato già nel 1947 da Simon il quale auspica l'avvento di sistemi pubblici basati su obiettivi e mezzi e non su norme e procedure. La riduzione dei vincoli burocratici è ritenuta fondamentale in letteratura, come emerge dagli scritti di Osborne e Gaebler, e, nella prassi, si è concretizzata nei processi di regolamentazione e decentramento dei sistemi operativi.

pervadono diverse aree e funzioni delle organizzazioni pubbliche (la funzione di programmazione e controllo, la gestione del personale, l'orientamento alla qualità, sistemi di budgeting e di contabilità analitica, l'orientamento al cliente, l'adozione di standard).

Un terzo aspetto è collegato all'adozione di sistemi di quasi mercato ovvero logiche competitive tra le diverse organizzazioni pubbliche ed organizzazioni private al fine di incentivare la ricerca di condizioni di efficienza, efficacia e qualità nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini-utenti.

1.2 IL CONCETTO DI PERFORMANCE: SIGNIFICATO E CARATTERISTICHE

Il termine performance ha subito una profonda evoluzione nel corso degli anni. Fino fine degli anni Ottanta, la prevalente concezione autoreferenziale delle amministrazioni pubbliche, il loro orientamento ai compiti e la considerazione del cittadino in posizione "sottoposta", ha portato ad affermare una nozione di performance legata alla necessità di legittimare l'azione della pubblica amministrazione, declinandola nei termini di rispetto delle norme e degli atti amministrativi, senza considerare altri importanti aspetti. Tutta l'attenzione si concentra sulla correttezza, valutata in termini di legittimità della spesa: gli esiti della misurazione sono destinati soprattutto ai controlli esterni e le informazioni rilevanti sono patrimonio di pochi soggetti e non certo oggetto di diffusione pubblica (Perez, 2010).

Con gli anni Novanta, l'introduzione di logiche manageriali derivate dal New Public Management all'interno della PA (Pollit e Bouckaert, 2002), evidenzia l'inadeguatezza del concetto tradizionale di performance.

La progressiva centralità del cittadino, visto come cliente dell'amministrazione e non solo come semplice destinatario dei servizi,

sposta l'attenzione sulla qualità dei servizi erogati e sull'efficienza della produzione: l'orientamento al risultato viene progressivamente a sostituire l'orientamento ai compiti. In anni più recenti, si è fatto strada un nuovo modello di performance vista come “creazione di valore pubblico”, secondo il noto “triangolo strategico di Moore (1995) Il modello valorizza i risultati conseguiti dalle amministrazioni pubbliche, nel contesto socio-economico dello di riferimento, ai fini della valutazione, dell'azione amministrativa. Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di realizzare simultaneamente tre condizioni:

- a) Essere legittimata dai clienti/cittadini/utenti e dalle diverse tipologie di stakeholder interni ed esterni, che mettono a disposizione risorse finanziarie e sostegno (authorizing environment);
- b) Intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo: le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali (operational capacity);
- c) produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (public value). Nel solco di queste coordinate, l'adozione di un sistema di governance orientato alla creazione di valore pubblico consente di arrivare a definire un modello multidimensionale e integrato di misurazione e valutazione delle performance, fondato su queste articolazioni (Fig. 1):
 - la sostenibilità istituzionale, sociale ed ambientale;
 - la qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
 - la competitività territoriale e le dimensioni dell'etica e della responsabilità sociale;
 - la trasparenza, come capacità di render conto ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni all'organizzazione (accountability);

- l'equità nei confronti di gruppi di utenti di stakeholder esterni a debole capacità contrattuale;
- l'efficienza tecnica ed economica che garantisce la produttività;
- l'efficacia (come rapporto tra risultati ed obiettivi) e l'economicità
- (come capacità, nel lungo periodo, di soddisfare in modo adeguato i bisogni della comunità di riferimento).

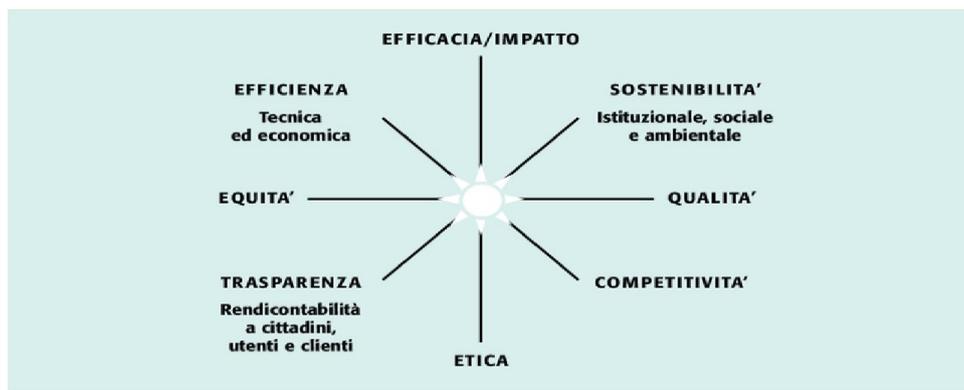


Figura 1 Valutazione multidimensionale delle performance nelle amministrazioni pubbliche

La multidimensionalità del concetto di performance trova una sua prima evidenza in due aspetti rilevanti: l'ampiezza (span) e la profondità (depth). L'ampiezza fa riferimento alla dimensione relativa al carattere multidimensionale proprio del "contenuto" della performance stessa e riguarda contenuti quali: l'input, l'output, gli outcome intermedi e finali, la trasparenza esterna, la soddisfazione dell'utente, la trasparenza interna e l'integrità (viene rappresentata come struttura a raggio). La profondità riguarda invece il suo sviluppo verticale, cioè l'ambito di applicazione a livello individuale di team, di struttura aziendale e di azienda nel suo complesso organizzazioni, politiche, programmi, gruppi, individui (è rappresentata come una piramide).⁴ (Bouckaert e Halligan).

⁴Hinna, L.; Vallotti, G. *PGestire e valutare le performance nella PA*, Maggioli Editore <2010.



Figura 2: Profondità e ampiezza della performance e del sistema di gestione delle performance.
 A. Halachmi and G. Bouckaert, "Organizational Performance and Meauserement in the Public Sector: Towards Service, Efforts and Accomplishment reporting", 1996.

La Fig. 2 mostra un esempio delle dimensioni delle performance applicate alla sanità.

Per quel che riguarda in particolare la profondità, vengono di solito considerati due livelli:

- ❖ Il livello individuale, che riguarda la performance dell'individuo singolarmente considerato o di gruppi di persone e fa riferimento alla capacità di raggiungere gli obiettivi, ai comportamenti e agli atteggiamenti (problem solving, collaborazione con i colleghi...) all'interno dell'organizzazione;
- ❖ Il livello organizzativo, che concerne la performance sia dell'intera organizzazione, sia delle singole unità operative. A questo livello, il tema della performance si lega al processo di pianificazione e programmazione strategica, così come ai sistemi di rilevazione della qualità, della soddisfazione dell'utente e di accountability tramite le forme della rendicontazione sociale. Esiste anche un terzo ambito che si riferisce al livello di policy evaluation e riguarda la valutazione delle performance delle politiche pubbliche ed i loro effetti sulla collettività'.

In molti studi la nozione di performance coincide con quella di risultato; tuttavia, tra i due concetti esiste una tanto sottile quanto determinante distinzione. La performance è infatti un concetto dinamico poiché comprende al suo interno sia l'esito finale poiché comprende al suo interno sia l'esito finale dell'azione, il risultato, sia le modalità con cui si è giunti a tale esito e dunque, ad esempio, le condizioni di efficienza ed efficacia.

Il termine performance è legato a molteplici valutazioni effettuate dai diversi soggetti su quanto l'organizzazione stia raggiungendo le aspettative degli individui costituenti (Ford & A.,1982)⁸.

La complessità del concetto di performance emerge anche dagli studi di management pubblico. Tony Boivard, ad esempio, afferma che la performance non può

essere considerata come un concetto unitario con un significato univoco, bensì deve essere vista come “un complesso di informazioni relative ai risultati giudicativi significativi da differenti stakeholder” (Tony Boivard, 1996)⁹.

Con riferimento al grado di profondità della performance e dunque del sistema di gestione della stessa, è facile comprendere come il controllo dei risultati sia particolarmente efficace per quelle figure a forte contenuto professionale che hanno la responsabilità di raggiungere un risultato e non

⁸ FORD, J. D; SCHELLENBERG, D. A. “Conceptual Issues of Linkage in the Assessment of Organizational Performance”. *The Academy of Management Review*, 1982.

⁹BOIVARD, T. “The Political Economy of Performance Measurement” in A. Halachmi and G. Bouckaert, “Organizational Performance and Measurement in the Public Sector: Towards Service, Efforts and Accomplishment Reporting”, 1996.

soltanto di svolgere un compito (Maraghini, 2013)¹⁰.

Il controllo dei risultati è dunque, solitamente, più efficacemente implementabile a livelli più elevati nella gerarchia aziendale.

La criticità e l'importanza dell'ampiezza del concetto di performance è particolarmente forte quando si fa riferimento all'ambito pubblico.

Le organizzazioni pubbliche sono infatti finalizzate a rispondere a determinati bisogni della collettività, riflesso di specifici problemi sociali ed economici.

I tipici meccanismi dei sistemi democratici portano le amministrazioni a individuare alcuni tra i suddetti bisogni come finalità generali, ovvero come priorità da perseguire, e come obiettivi strategici. Gli obiettivi strategici vengono poi scomposti attraverso l'attività di programmazione e di budgeting in obiettivi operativi.

Identificate e acquisite le risorse (input) al fine di attivare le attività necessarie per generare gli output, sono poi gli output, interagendo con l'ambiente e con gli utenti, a generare gli outcome intermedi e finali.

Un punto centrale del concetto di performance è la concatenazione bisogni-obiettivi-azioni-output-outcome ed esprime la vitale necessità di integrazione tra le fasi di pianificazione, programmazione, controllo e valutazione.



Figura 4: La concatenazione Bisogni - Obiettivi - Risorse/Azioni - Output - Outcome fonte

¹⁰ MARAGHINI, M. P. Il controllo dei risultati. In Marasca S., Marchi L. e Riccaboni A. "Controllo di gestione. Metodologie e strumenti". 2013

1.3 MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: SIGNIFICATO E FUNZIONI.

“La misurazione della performance è uno strumento essenziale per il miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e di doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento”¹¹.

Tra i connotati di un’organizzazione eccellente e competitiva c’è il benessere organizzativo, che coniuga produttività e benessere del lavoratore¹¹.

La misurazione della performance è il processo che ha per esito l’identificazione e la quantificazione, tramite indicatori, dei risultati ottenuti. Misurare la performance significa fissare degli obiettivi, stabilire degli indicatori che rispecchino tali obiettivi e rilevare sistematicamente il valore degli indicatori, mentre, valutare la performance vale a interpretare il contributo (in termini sia di risultato che di modalità di raggiungimento dello stesso) e il suo grado di incidenza della finalità dell’organizzazione¹².

La misurazione concerne i risultati ottenuti dall’amministrazione in termini di prodotti (output) e impatti (outcome). La misurazione riguarda anche le attività da svolgere per conseguire tali risultati e le risorse (input) che rendono possibili tali attività. Risorse (input), attività, prodotti (output) e

¹¹Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Misurazione e Valutazione della performance”, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, www.gazzettaufficiale.it;

¹²Atkinson, Waterhouse, Wells (1997), *A stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement*, in “*Mit Sloan Management Review*”, vol 38, n. 3,

impatti (outcome) rappresentano gli oggetti di misurazione. Efficienza, efficacia, qualità, soddisfazione dell'utente, economicità, equità rappresentano alcune delle dimensioni di misurazione della performance.

La misurabilità dei risultati permette ai soggetti, sia con ruoli tecnici che politici, una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività. È basata sull'adozione di un set di indicatori che dovrebbero soddisfare requisiti di¹³:

- Validità: l'indicatore deve poter misurare ciò che vuole misurare ed essere coerente con altri indicatori correlati;
- Sensibilità: l'indicatore deve poter registrare fedelmente i cambiamenti nello spazio e nel tempo¹⁴;
- Comparabilità: l'indicatore deve mantenere lo stesso significato nel tempo e nelle diverse realtà;
- Consistenza: la variazione del valore dell'indicatore non deve essere dovuta ad errori casuali.
- Inoltre occorre tener presente che gli indicatori devono essere ripetibili e ottenibili a costi ragionevoli, accessibili e facilmente comprensibili. Indicatori troppo complessi, non di immediata comprensione da parte degli operatori, non servono ad orientare i comportamenti e vanno evitati.

La misurazione delle performance ha scopi:

- di carattere informativo che consente di apprezzare i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, consentendo al contempo, sia un feedback correttivo, che una base per la valutazione delle prestazioni,

¹³MONTEDURO F., "La misurazione e valutazione delle performance", Corso per SSPAL Emilia Romagna, Toscana, Marche ed Umbria tenuto il 14 dicembre 2009 a Firenze presso Palazzo Medici Ricciardi.

¹⁴Vaselli, Filippetti, Spizzichino (2005), *Misurare le performance del Sistema Sanitario*, il pensiero Scientifico editore.

portando a conoscenza del responsabile l'andamento di alcune variabili utili alle funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo;

- di carattere prescrittivo, rispetto alle azioni che devono essere intraprese;
- di carattere valutativo, rispetto alla correttezza dell'azione svolta e alla valutazione dell'operato dei responsabili;
- di influenzare il comportamento degli individui, che tendono a rivolgere una maggior attenzione a quella dimensione per il solo fatto di sapere che è misurata.

1.4 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: SIGNIFICATO E FUNZIONI.

La valutazione della performance si realizza nel momento in cui le informazioni relative a risorse impiegate, attività, prodotti e impatti realizzati, vengono interpretate alla luce degli obiettivi che l'amministrazione aveva il compito di raggiungere. Il processo di valutazione è tipicamente un processo comparativo, di raffronto cioè tra il valore che gli indicatori definiti in fase di misurazione hanno assunto e il valore obiettivo che era stato definito. Strettamente correlato alla valutazione è il monitoraggio della performance. Se la valutazione si colloca al termine del periodo cui un determinato obiettivo si riferisce, il monitoraggio consiste nel confronto periodico e sistematico dei dati rilevati e degli obiettivi definiti. Tale confronto è finalizzato ad incorporare le informazioni nel processo decisionale, ancorando quest'ultimo alla realtà. Il monitoraggio comprende il concetto di controllo in itinere dell'azione dell'amministrazione ma anche l'intervento correttivo.

Se gli strumenti di monitoraggio presenti in un sistema non danno enfasi a questa dimensione e pertanto non vengono definiti in maniera tale da

supportare i processi decisionali, l'azione di controllo conseguente risulta meno efficace.

Nel mondo aziendalistico “valutare” può assumere un duplice significato. Secondo una prima accezione “valutare” significa stimare, apprezzare, esprimere in termini monetari l'insieme di proprietà quali-quantitative di un determinato oggetto (Giannessi, 1979)¹⁵.

In una seconda accezione, di tipo organizzativo, “valutare” può essere riferito al giudicare l'adeguatezza, appropriatezza e conformità di un'azione, comportamento o risultato rispetto a uno standard atteso; in questa seconda interpretazione “valutare” può essere visto come sinonimo di “verificare”¹⁶. La valutazione, intesa come attività di verifica e di formulazione dei giudizi riguardo a comportamenti, azioni e risultati, costituisce una componente fondamentale dei sistemi gestionali di governo delle aziende.

Oggigiorno molte organizzazioni usano modelli basati sulle competenze (“competency models”) come base per i propri sistemi di performance.

Questi tipi di modelli mettono insieme le conoscenze, le abilità, le competenze, le esperienze e altri ulteriori elementi ritenuti maggiormente utili e strumentali per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione.

Per identificare le competenze chiave e i relativi comportamenti si ricorre a tecniche di analisi quali colloqui, focus group, indagini statistiche, questionari.

Un punto di forza di questi modelli è la possibilità di considerare tutto lo spettro di elementi collegati al successo nel perseguimento dei risultati attesi: è infatti possibile identificare fattori tecnici, interpersonali, di leadership. Inoltre, hanno il pregio non solo di identificare e comunicare i

¹⁵ Giannessi 1979

¹⁶ GIOVANELLI, L. “La valutazione delle performance in ambito sanitario”, Giappichelli Editore, Torino, 2013

fattori chiave per l'organizzazione, ma anche di porre le basi per sviluppare un efficace sistema integrato di gestione risorse umane comprendente attività di staff, addestramento, formazione, promozione, gestione delle performance. La necessità di identificare un numero elevato di fattori chiave deve conciliare con la necessità di dare chiarezza al sistema degli indicatori, andando a selezionare un ventaglio di elementi che risponda anche al requisito di rilevanza.

Il processo di selezione delle competenze chiave deve considerare anche i comportamenti e le aspettative in modo da rappresentare al meglio i diversi livelli di responsabilità, complessità e difficoltà che caratterizzano le situazioni lavorative degli individui ai diversi livelli organizzativi.

Considerare e definire le competenze anche in termini di comportamenti attesi e aspettative permette di comunicare meglio cosa ci si aspetta dai singoli dipendenti, così da rendere il sistema di gestione delle performance più equo e trasparente.

Per rendere il sistema delle competenze e degli indicatori più flessibile e meglio calato sull'organizzazione è possibile identificare alcuni elementi "generici" e applicabili a livello organizzativo, e dunque a tutti i soggetti dell'organizzazione stessa (core competencies), e altri indicatori più specializzati e personalizzati per riflettere alcune specifiche responsabilità tecniche o manageriali proprie di una determinata posizione (specialized competencies).

La decisione riguardo la numerosità e la customizzazione dei set di competenze e indicatori non ha una soluzione univoca e universale; non esiste un unico approccio in quanto vi sono vantaggi e svantaggi per ogni differente opzione. Usare un set comune di indicatori comporta che gli standard sono definiti a livello generale e che i manager devono tradurli in

obiettivi e aspettative specifiche che sono rilevanti per una determinata posizione lavorativa. Inoltre, l'uso di standard comuni a più livelli organizzativi porta vantaggi in termini di minor necessità di risorse e tempistiche per lo sviluppo dei se stessi (Locke & Latham, 1990)¹⁷.

L'utilizzo di indicatori relativi alle aspettative comportamentali non esclude tuttavia il ricorso a indicatori di risultato che variano a seconda dei dipendenti in base alla natura della mansione e degli obiettivi ad essa collegati.

Per misurare e valutare i risultati è possibile ricorrere a indicatori oggettivi di performance, quali possono essere ad esempio il volume delle vendite, la redditività, il volume di produzione e così via.

Questa tipologia di standard è molto utile ma presenta due criticità; in primo luogo queste misure possono risentire delle differenti opportunità in termini di risorse, attrezzature, opportunità di cui dispongono gli individui; in secondo luogo vi è la problematica relativa agli strumenti di misurazione e la loro accuratezza.

Le misure di risultato possono, o meglio “devono”, essere molteplici. Solitamente, indicatori di risultato di natura economico-finanziaria si prestano meglio alla misurazione delle performance conseguite da figure con alti livelli di responsabilità, mentre le misure di risultato operative sono più adatte a figure manageriali di livello inferiore¹⁸.

Lo scenario che si delinea è caratterizzato da un elevato tasso di complessità a prescindere dal settore in cui l'organizzazione opera, complessità ancor maggiore per le organizzazioni operanti nell'ambito pubblico vista la varietà

¹⁷ LOCKE, E. A. & LATHAM, G. P. “A theory of goal setting and task performance”, Prentice Hall, 1990.

¹⁸ MARAGHINI, M. P. *Il controllo dei risultati*. In Marasca S., Marchi L. e Riccoboni A. “Controllo di gestione. Metodologie e strumenti”, 2013.

nella composizione della domanda (i bisogni, le esigenze e le aspettative dei clienti/cittadini) e degli stakeholder.

Le difficoltà non sono semplicemente connesse all'individuazione di possibili indicatori di performance relativi a dimensioni rilevanti per l'organizzazione e influenzabili da parte dei soggetti valutati, ma anche alla rilevabilità di tali risultati e alla loro attitudine a ingenerare negli individui comportamenti coerenti con gli obiettivi aziendali.

1.5 I PRIMI MODELLI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

I primi modelli di misurazione e valutazione delle performance sono caratterizzati da alcune peculiarità da cui scaturiscono criticità e problematiche che hanno “imposto” una loro rivisitazione nel tempo. In primis, tali modelli sono caratterizzati da un forte e predominante focus interno ed hanno ad oggetto quasi esclusivamente misure di natura economico-finanziaria.

I limiti connessi a tale tipologia di focus consistono in:

- Una limitata tempestività dello strumento diagnostico in quanto non evidenziano i fenomeni che agiscono come determinanti di performance non soddisfacenti;
- La difficoltà nel promuovere processi di apprendimento efficaci che dovrebbero permettere di guidare l'azione direzionale.

In secondo luogo, l'orizzonte temporale cui si riferiscono è spesso quello di breve periodo in quanto sono orientati, prevalentemente, al passato privilegiando dunque i meccanismi di controllo retroattivi.

Conseguenza di tale limite è la perdita di vista dell'orizzonte temporale di medio-lungo periodo. Inoltre, tali modelli limitano l'analisi della performance ai soli centri di responsabilità seguendo la dimensione verticale dell'organizzazione ma tralasciando la misurazione della performance in altre dimensioni organizzative ad alto potenziale strategico, quali sono i processi orizzontali e le funzioni di staff (Cifalinò, 2013)¹⁹. Infine, i modelli tradizionali si focalizzano quasi esclusivamente sull'attività di misurazione, trascurando i processi gestionali che dovrebbero anticiparla o seguirla.

1.6 LE CARATTERISTICHE DEI NUOVI MODELLI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

Sono stati sviluppati modelli di misurazione e valutazione della performance più evoluti.

Tali nuovi modelli si contraddistinguono dai precedenti per la presenza di una o più caratteristiche quali l'orientamento verso l'ambiente esterno, la logica di lungo periodo, l'analisi orizzontale della performance, il maggior livello di integrazione.

L'adozione di un orientamento all'esterno o "outward-looking" nell'implementazione di attività di misurazione e valutazione della performance, comporta l'utilizzo simultaneo e complementare di misure interne (ad esempio i costi) e di misure che fanno riferimento a fenomeni esterni ai confini dell'organizzazione.

¹⁹ CIFALINÒ A. *Misurazione delle performance aziendali e valutazione della formazione*. Franco Angeli Editore, 2013.

Vengono così misurati e valutati parametri relativi alle performance ottenute dall'organizzazione nei confronti di competitor o di consumatori.

In questo modo è dunque possibile incrementare il potenziale diagnostico del sistema di gestione della performance in quanto non considera solo indicatori “lagging”, ovvero relativi ai risultati, ma anche gli indicatori “leading” riferiti alle determinanti gestionali.

L'adozione di una logica di lungo periodo implica, invece, l'integrazione della valutazione degli obiettivi strategici con quella degli obiettivi operativi andando così a integrare la valutazione degli obiettivi operativi di medio-breve periodo a quella degli obiettivi strategici di lungo termine. In questo modo si supera l'orientamento al passato tipicamente basato su meccanismi di controllo retroattivi, quali il feedback, andando ad implementare un processo di controllo proattivo che guardi al futuro, detto anche “forward-looking”²⁰.

Un ulteriore elemento di novità è l'affiancamento, nella misurazione e valutazione della performance, dell'analisi dimensionale orizzontale e dunque delle funzioni di staff e di team, all'analisi della tradizionale dimensione verticale lungo la direttrice dei centri di responsabilità. La misurazione e valutazione delle performance rientrano in un più ampio processo che può essere definito come “performance management” o “gestione della performance”. Questo processo ha struttura ciclica e comprende le attività di pianificazione, misurazione e valutazione della performance. I sistemi di “performance management” portano tipicamente a conseguire obiettivi di incremento delle performance e di sviluppo delle risorse umane. Quando si decide di progettare e implementare un sistema di

²⁰ CIFALINÒ A. *Misurazione delle performance aziendali e valutazione della formazione*. Franco Angeli Editore, 2013.

gestione delle performance è fondamentale definire gli scopi, le finalità, cui deve servire il sistema. Un sistema di gestione delle performance, infatti, deve essere focalizzato su un numero limitato di obiettivi in modo da non risultare troppo generico. Le finalità del sistema dovrebbero essere definite considerando le necessità, i bisogni, la cultura organizzativa e il livello di integrazione del sistema di gestione delle performance con altri sistemi di gestione delle risorse umane presenti nell'organizzazione.

Tra le condizioni di efficacia e fattibilità di un sistema di valutazione delle performance è inoltre possibile individuare:

- La conoscenza degli obiettivi (e dei risultati collegati), la consapevolezza da parte di tutti i soggetti che operano all'interno dell'organizzazione dell'esistenza e dell'importanza sia degli obiettivi dell'azienda, sia degli obiettivi a livello di team o individuali.
- La controllabilità degli obiettivi (e dei risultati collegati) e dunque la capacità, da parte dell'organizzazione o dei singoli individui, di influenzare effettivamente il conseguimento degli obiettivi stessi;



Figure 5: Condizioni di efficacia e di fattibilità dei sistemi di controllo

- La misurabilità degli obiettivi (e dei risultati connessi), ovvero la possibilità di rilevare i risultati conseguiti e di confrontarli con i risultati target con precisione e tempestività.

Inoltre, affinché il sistema di “performance management” sia efficace è importante che sia predisposto un ben articolato e definito processo per svolgere le attività di valutazione, con regole e scadenze precise tanto per i manager, quanto per i dipendenti.

1.7 L'IMPORTANZA DEL FEEDBACK CONTINUO.

Il feedback continuo è tecnicamente un ritorno di informazioni in un processo di comunicazione tra due persone teso all'individuazione oggettiva di un comportamento, al fine di modificare o rinforzare il comportamento stesso. Nel caso del management può servire anche per informare il collaboratore sul suo livello di progressione nel raggiungimento degli obiettivi e dei compiti precedentemente assegnati. Durante il processo di pianificazione delle performance attraverso l'individuazione e delle aspettative comportamentali e di risultato è fondamentale che le performance in entrambe queste aree siano analizzate e discusse attraverso un feedback costante lungo tutto il periodo di valutazione.

Le finalità essenziali del feedback manageriale e aziendali sono due:

- La prima è quella di modificare un comportamento, quando il comportamento non è efficace o il compito è stato svolto in modo errato ed è importante che questo non si ripeta più;
- La seconda finalità è quella di rinforzare un comportamento nel caso in cui quest'ultimo sia efficace e si auspica che debba ripetersi il più spesso possibile.

Il feedback continuo non deve riguardare soltanto la manifestazione di livelli di performance anomali, eccezionali o particolarmente insoddisfacenti, ma deve fare riferimento ai contributi e ai risultati traggurdati giorno dopo giorno. Purtroppo, questa condizione spesso non si verifica nelle

organizzazioni anche a causa di una mancanza di capacità nei manager nel fornire i feedback. Affinché il processo di feedback continuo sia efficace è necessario che sia caratterizzato da una comunicazione a doppio senso, top-down e bottom-up, e dall'assunzione di responsabilità congiunta da parte di dirigenti e dipendenti. L'approccio bottom-up, in Italia, è riscontrabile, ad esempio, nei sottosistemi del governo locale e del SSN.

La responsabilità dei manager consiste nel fornire feedback in maniera corretta, trasparente, tempestiva e soprattutto costruttiva.

La responsabilità dei dipendenti consiste nel cercare di analizzare, attraverso i feedback ricevuti, come stanno perseguendo la performance e reagire positivamente ai feedback stessi.

La formazione di manager e dipendenti riguardo i loro ruoli e responsabilità nel processo di feedback continuo, insieme alla qualità della comunicazione

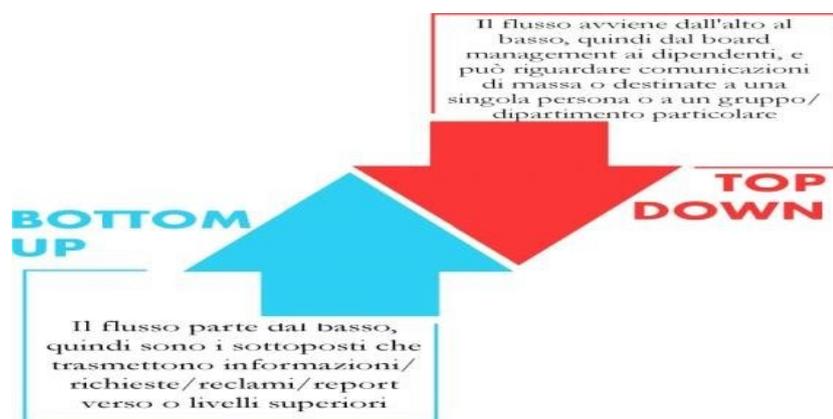


Figure 6: Flussi informativi top-down e bottom-up

tra questi soggetti, è una delle variabili chiave alla base del buon funzionamento del sistema di gestione delle performance.

Un altro aspetto ritenuto rilevante nel processo di feedback continuo è la tempestività.

Infatti, per ottenere l'effetto massimo, è necessario che il feedback sia fornito in prossimità dell'evento. Dipende dai tempi di manifestazione dell'evento e dal periodo preso in considerazione (mese, trimestre, ecc.).

Per gli impiegati infatti è inutile ricevere un feedback mesi o settimane dopo che si è verificato un qualsiasi evento, in quanto le loro performance nel frattempo non saranno migliorate. Per questo motivo il feedback continuo può essere fornito in maniera informale come parte della quotidianità lavorativa.

1.8 GLI ATTORI DELLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE.

Tradizionalmente le figure responsabili della valutazione delle performance sono i manager o comunque i diretti superiori (supervisor) dei dipendenti. Questo perché si suppone che essi siano al corrente dei risultati raggiunti dai propri sottoposti e delle modalità di raggiungimento delle performance stesse. Tuttavia affidare la valutazione esclusivamente a questa categoria di individui comporta alcuni rischi.

Una prima problematica si manifesta nei casi in cui il diretto superiore non abbia contatti frequenti con il dipendente e, dunque, con il suo operato; questa evenienza è sempre più frequente nelle moderne organizzazioni, in particolare con il ricorso a nuove forme di organizzazione del lavoro quali i team virtuali, gli uffici collegati tramite internet (internet-linked offices), telelavoro e telecomunicazione.

Un'altra problematica è connessa all'instaurarsi di dinamiche prettamente umane e dunque agli eventuali conflitti interpersonali che possono alterare l'oggettività della valutazione da parte del singolo individuo.

Un'ulteriore criticità è dovuta all'incremento della complessità delle

mansioni e delle informazioni ad esse collegate, per cui è impossibile pensare che un dirigente conosca nel dettaglio ogni singola operazione che i suoi sottoposti devono mettere in atto per conseguire le performance.

1.9 L'AUTOVALUTAZIONE DEI DIPENDENTI.

Per autovalutazione si intende il processo di valutazione della propria pratica (in genere, lavorativa), da parte di un Soggetto (in genere, un'organizzazione), allo scopo di migliorare le proprie modalità decisionali e gestionali, in funzione del miglioramento della qualità della propria attività (in genere, un servizio erogato a terzi). L'autovalutazione funziona nella misura in cui è parte di un più ampio processo di apprendimento.

L'autovalutazione dei dipendenti è uno strumento utilizzato efficacemente da alcune organizzazioni e si concretizza solitamente nella richiesta di fornire una valutazione sulla propria performance con riferimento a predeterminati standard. L'autovalutazione viene poi confrontata con la valutazione predisposta dal manager. Tuttavia, questo tipo di processo porta spesso a un aumento di comportamenti difensivi, disaccordo e contrasti qualora il manager, in ultima analisi, valuti la performance del dipendente in maniera meno positiva di quanto abbia fatto il dipendente stesso.

Un altro modo di raccogliere input dai dipendenti è quello di chiedere loro un resoconto al termine del periodo di valutazione riguardo i loro traguardi chiave raggiunti o i risultati più importanti conseguiti.

Nonostante le criticità sopra descritte, l'attività di autovalutazione dei dipendenti comporta alcuni chiari vantaggi:

- Innanzitutto, coinvolge i dipendenti nel processo di valutazione aumentando di conseguenza il livello di accettazione e il senso di appartenenza all'organizzazione.

- In secondo luogo, permette ai dirigenti di avere un quadro costante dei risultati raggiunti dai dipendenti e delle modalità con cui sono stati conseguiti.
- Le autovalutazioni nella forma di resoconti periodici possono confluire nella valutazione formale andando a ridurre gli adempimenti a carico dei dirigenti.
- Un altro aspetto positivo è lo sviluppo e il miglioramento della comunicazione tra dirigenti e dipendenti; le autovalutazioni dei dipendenti dovrebbero infatti essere discusse con i dipendenti stessi, in modo da ridurre le differenze di visione riguardo il contributo dei dipendenti.

CAPITOLO 2

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN AMBITO PUBBLICO E SANITARIO.

2.1 LA CENTRALITÀ DELLA PERFORMANCE IN AMBITO PUBBLICO

Nelle società occidentali, la ricerca e promessa di incremento della performance è stato uno dei punti centrali dei dibattiti riguardanti le pubbliche amministrazioni. Ingraham osserva come per gran parte del XX secolo, e in particolar modo dagli anni '80 in poi, la performance sia stata una sorta di canto delle sirene per tutti gli Stati (Ingraham, 2005, vol. 65)²¹. Nel secondo dopoguerra l'espansione del "welfare state" ha aumentato esponenzialmente le aspettative riguardo il ruolo dei governi centrali nell'erogazione di numerosi servizi. Tuttavia tale espansione si arrestò negli anni '80 a causa delle difficoltà di budget di numerosi Paesi e della crisi di legittimità dei sistemi politico-amministrativi.

È in questo periodo che negli Stati Uniti il presidente Ronald Reagan identificò nella gestione centralizzata governativa il problema e non più la soluzione allo stesso²².

In linea con questa tendenza si pone anche Gore (1993) e la sua ricerca di un "governo che operi meglio e costi meno"²³.

²¹ INGRAHAM, P. W. *Performance: Promises to Keep and Miles to Go. Public Administration Review Volume 65, Issue 4, 2005.*

²² Così RONALD REAGAN nel suo discorso inaugurale a Washington DC il 20 Gennaio 1981 ("Government is not the solution to our problem; government is the problem"). Ronald Reagan è stato un politico e attore statunitense, 40° presidente degli Stati Uniti d'America, in carica dal 1981 al 1989, eletto con i voti dei Repubblicani (Reagan, 1981).

²³ Così AL GORE nel terzo report del "National performance Review" nel 1993 (Gore, 1993).

Altri Paesi intrapresero percorsi differenti, classificabili in quattro macrostrategie (Pollit & Bouckaert, 1999)²⁴:

- a. Marketize, ovvero introdurre nei soggetti pubblici logiche, valori e strumenti dell'ambito privato;
- b. Modernizzazione (to modernize), ovvero modificare i valori e le tecniche utilizzate dal settore pubblico;
- c. Mantenimento (to maintain), ovvero utilizzare le vecchie tecniche più intensamente.

Un ruolo centrale nel dibattito riguardante i percorsi di riforma nelle Pubbliche Amministrazioni è stato ricoperto dalla misurazione della performance. Un Paese all'avanguardia in tale ambito è stato sicuramente l'Inghilterra, la quale iniziò a fare ampio ricorso a indicatori di performance a partire dalla fine degli anni '80.

La misurazione e la valutazione della performance della pubblica

²⁴ POLLITT C. & BOUCKAERT, G. *Public Management Reform: a Comparative Analysis*. OUP Oxford- Business & Economics, 1999.

Strategie di riforma		
Strategia	Caratteristiche	Esempi
Minimizzare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spostare la produzione ed erogazione di servizi dal settore pubblico al settore privato o ad altri soggetti della comunità. ▪ Aumento dei punti di contatto tra l'economia di mercato e il sistema politico riducendo le sovrastrutture burocratiche. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbandono da parte dello Stato di alcuni settori/attività; ▪ Esternalizzazione di attività operative o spostamento delle stesse verso altri livelli; ▪ Utilizzo di consulenti esterni; ▪ Privatizzazioni.
Marketize	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Istituzione di logiche di quasi mercato all'interno dei settori pubblici. 	Competizione tra organizzazione pubbliche e private, ricerca dell'efficienza e spinta verso l'accountability, approccio al mercato e ai clienti, cooperazione tra aziende pubbliche. Introduzione in Italia di meccanismi tariffari.
Modernizzare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduzione di nuove metodologie e strumenti; ▪ Incremento della flessibilità e rapidità delle Amministrazioni Pubbliche e dell'erogazione dei servizi. 	Utilizzo di pratiche e metodi dei settori privati; Riforme di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Italiano.
Mantenere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimento dello status quo ▪ Rafforzamento dei controlli tradizionali. 	Riduzione delle spese, blocco delle assunzioni, iniziative/campagne contro sprechi e corruzione

Figure 7: Caratteristiche delle principali strategie di riforma dei servizi pubblici

amministrazione costituiscono elementi fondamentali per il processo di modernizzazione del settore pubblico.

La necessità di progettare e implementare sistemi di misurazione e valutazione della performance delle organizzazioni pubbliche è stato uno degli elementi più presenti e caratterizzanti dei processi di riforme negli ultimi venti anni in molti Paesi del Mondo²⁵. Nel corso degli anni la misurazione della performance è divenuta:

1. Più estesa, in quanto ha ampliato il focus di analisi passando dalle risorse ai risultati, fino a considerare gli impatti di tali risultati;
2. Più intensa, poiché ha incrementato il numero di indicatori e dunque le dimensioni di analisi. In questo modo è aumentata anche la complessità dei sistemi;
3. Più esterna e sempre più rivolta ad alimentare processi di accountability e di rendicontazione.

A partire dagli anni 2000 il dibattito si è tendenzialmente spostato dalle tematiche relative alla quantità delle misurazioni e delle valutazioni, a questioni riguardanti la qualità.

Tale spostamento di focus ha causato in molte realtà della Pubblica Amministrazione, tensioni dovute alla richiesta, dal livello politico, di produrre maggiori “quantità” di prestazioni e migliorarne la qualità, mantenendo, dall’altro lato, inalterato il livello di risorse disponibili.

Il nuovo focus sul collegamento tra risorse e risultati, e dunque sull’efficienza, è stato uno dei nodi cruciali delle riforme che hanno introdotto sistemi di misurazione e valutazione della performance nell’ambito pubblico. Nel corso del tempo sono stati introdotti diversi

²⁵ CHRISTENSEN & LAEGREID, 2001.

strumenti e soluzioni per indirizzare le amministrazioni verso percorsi di maggior efficienza (adozione di best practice, benchmarking, standard).

La misurazione della performance all'interno delle Pubbliche Amministrazioni corre il rischio di divenire eccessivamente focalizzata su parametri tecnici di efficienza ed efficacia che da soli non possono rendere compiutamente conto della performance complessiva di un ente pubblico.

Tentativi di importare direttamente tecniche di pianificazione strategica privatistiche nel settore pubblico sono fundamentalmente falliti a causa di fondamentali differenze nelle finalità e nella natura di organizzazioni pubbliche e private. È dunque necessario un diverso e specifico approccio alla creazione di valore in ambito pubblico (Moore M. H., 2013)²⁶. Un tentativo di sintesi della valutazione dell'azione delle pubbliche amministrazioni è riconducibile al concetto di valore pubblico.

Il valore pubblico può essere visto come l'equivalente del valore creato per i soci nel settore privato, ma con il settore pubblico che opera nell'interesse della collettività.

L'equità con cui i benefici e oneri pubblici sono distribuiti è tanto importante quanto il raggiungimento degli impatti sociali o della soddisfazione dei cittadini/clienti.

La sfida della creazione di valore è pubblico è quella di utilizzare fondi e risorse pubbliche per creare una società più giusta ed equa.

Questo concetto è sfidante poiché pone il suo focus nella collettività, al contrario del valore privato associato alla soddisfazione di bisogni individuali (Nixon & Moore, 2014)²⁷.

²⁶ MOORE, M. H. *Recognizing Public Value*. Harvard University Press, 2013.

²⁶ NIXON, M. & MOORE, M. H. *Creating public value. Transforming Australia's social services*, 2014.

Nell'ambito degli enti pubblici è naturale ricollegare il concetto di valore a quello di utilità finale per il cittadino/fruitori.

Tuttavia non è detto che necessariamente l'attività di un'amministrazione pubblica, per produrre valore pubblico, debba tradursi in un servizio finale per una serie di cittadini destinatari identificati.

Il valore pubblico può essere generato, in altri termini, per il cittadino, per l'ente pubblico, per il settore pubblico nel suo insieme e per il sistema economico-sociale nel suo complesso (Valotti, 2005)²⁸.

A un livello più alto, la performance può essere identificata con il soddisfacimento di interessi della collettività intera e con la produzione di beni/servizi pubblici in ambiti molto vasti e di rilevanza generale: l'istruzione, la salute, la sicurezza.

Ambiti di intervento per la creazione di valore pubblico



Figure 8: Ambiti di intervento per la creazione di valore pubblico

Scendendo a livelli, anche dimensionali, "inferiori", quale può essere il livello di una struttura ospedaliera o di un'azienda sanitaria deputata dunque alla gestione di uno specifico servizio, la performance può essere intesa quale

²⁸ Valotti,G. La Valutazione e il Miglioramento della Performance,EGEA,2005

adeguatezza del servizio offerto rispetto ai bisogni espressi dall'utente/cittadino.

La performance, in questa accezione, non è dunque soltanto il risultato prodotto dall'azione di uno o più soggetti, ma l'utilità stessa di tali azioni.

Nell'ambito pubblico lo svolgimento di suddette attività è un prerequisito del valore: affinché si possa parlare di creazione di valore pubblico è infatti necessario che vi sia stata anche utilità per la collettività (Moore M., 2003)²⁹.

Un primo punto di partenza per risalire al processo di formazione del valore pubblico può essere quello che Mark H. Moore definisce “triangolo strategico” (strategic triangle)³⁰. Secondo tale modello il valore pubblico viene a crearsi quando una determinata strategia o azione ha una propria legittimazione democratica (il supporto della comunità, dell'opinione pubblica) e il supporto dell'ambiente autorizzativo (il livello di governo), e quando, ovviamente, il Governo ha la capacità operativa di implementare tale strategia o azione in modo efficace.

La creazione di valore pubblico porta a un aumento di legittimità democratica e migliora la capacità operativa: in sintesi, il successo porta ulteriore successo (Kavanagh, 2014)³¹.

²⁹ MOORE M. *La creazione di valore pubblico. La gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Guerini e Associati, Milano, 2003.

³⁰ Mark H. Moore dal 1974 al 2004 è stato il Guggenheim Professor di Politica di programmi di giustizia penale e Management presso la Kennedy School of Government. Nel 2004, è diventato Hauser professor di Organizzazioni non profit, incarico che ricopre tuttora. A cavallo tra gli anni '90 e gli anni 2000 è stato uno dei critici principali del movimento del New Public Management e può essere considerato come uno dei principali fautori del passaggio al concetto di gestione del valore pubblico.

³¹ KAVANAGH, S. *Defining and Creating Value for the Public*, *Government Finance Review*, 2014.

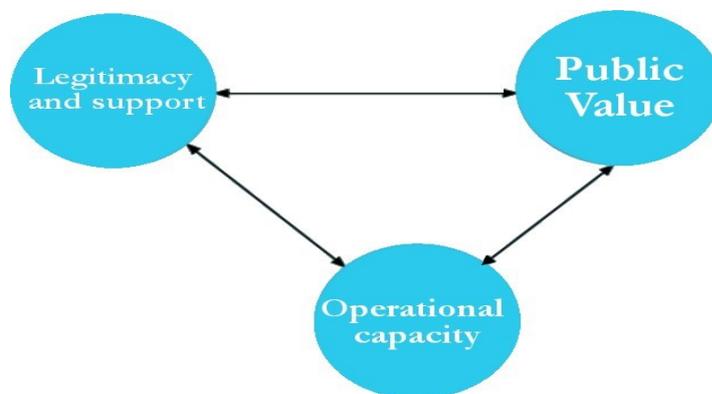


Figure 9: Il triangolo strategico di Kavanagh

Affinando ulteriormente l'analisi è possibile identificare altre "fonti" che concorrono alla creazione del valore pubblico. G. Valotti (2005) identifica tali variabili nell'impatto dell'azione amministrativa (all'interno del quale compaiono anche le componenti del consenso e della legittimità introdotto da Moore), della qualità dell'amministrazione (la capacità operativa nel modello di Moore) e il fattore "competitività".

L'impatto dell'azione amministrativa è determinato dal livello di soddisfacimento dei bisogni espressi o latenti, dall'outcome delle politiche pubbliche (la loro efficacia), dall'equità dell'intervento, dalla tutela delle diverse categorie di interessi e dalla gestione del consenso (non solo politico ma anche a livello, più generale, di legittimazione dell'ente nei confronti degli interlocutori). La dimensione della qualità dell'amministrazione corrisponde all'effettiva capacità operativa nella gestione efficace ed efficiente dell'ente pubblico in un'ottica di lungo periodo. La componente della competitività comporta la necessità di valutare la bontà dell'operato del singolo ente pubblico in relazione alle performance realizzate o potenzialmente realizzabili in altri contesti organizzativi o dallo stesso ente in condizioni di gestione differenti³².

³² VALOTTI, G. *La Valutazione e il Miglioramento della Performance*. EGEA, 2005.

2.2 LE CARATTERISTICHE DELLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI.

La performance all'interno del contesto pubblico, così come la sua misurazione e valutazione, possiede alcune caratteristiche che impongono un approccio ancora più attento rispetto a quanto avviene in altri ambiti.

Di seguito saranno analizzati alcuni tratti peculiari della performance nella Pubblica Amministrazione: la complessità, la multidimensionalità, la misurabilità, la trasparenza, la confrontabilità e la condivisione.

Tali caratteristiche possono essere comuni tanto alla performance pubblica quanto alla performance in contesti privatistici; tuttavia, questi tratti assumono connotazioni particolari all'interno dell'ambito pubblico a causa della natura del contesto stesso e degli interessi cui è soggetto.

2.3 LA COMPLESSITÀ DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.

Il carattere di "complessità" della Pubblica Amministrazione deriva da diversi fattori. Innanzitutto, l'azione delle Pubbliche Amministrazioni è estesa e diffusa in quanto ricopre un'ampia gamma di ambiti e settori. In secondo luogo, il carattere di complessità del comparto pubblico dipende dalla presenza di una pluralità di bisogni cui dare risposta.

La soddisfazione dei bisogni è la ragion d'essere delle aziende pubbliche, le quali erogano beni e servizi al fine di soddisfare i bisogni di una popolazione di riferimento.

Il sistema politico gioca un ruolo determinante nel processo di individuazione dei bisogni da soddisfare. Esso ha il compito di individuare, e interpretare, i bisogni della collettività, evidenziando anche quelli latenti, per poi soddisfarli attraverso i soggetti pubblici (Spano, 2009)³³.

La Sanità è, infatti, sicuramente uno dei settori più complessi in assoluto

³³ SPANO, A. *Il sistema di controllo manageriale nella Pubblica Amministrazione*, Giuffrè, Roma, 2009.

anche a causa della presenza di numerose e diverse categorie di stakeholder. Vi sono innanzitutto gli utenti/cittadini che usufruiscono del servizio sanitario al fine di vedere soddisfatti i propri bisogni di salute; il livello politico che influenza con le sue scelte gli indirizzi del sistema nel suo complesso; il management delle aziende e le diverse categorie di professionisti sanitari che compongono il complesso puzzle dell'organico delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere.

Infine, un fattore determinante è costituito dalla complessità tecnico-organizzativa di alcuni comparti che compongono il settore pubblico, in particolar modo la Sanità. Dal punto di vista tecnico, la componente tecnologica-scientifica, ricopre un ruolo fondamentale tanto per il successo quanto per l'insuccesso di un'azienda sanitaria.

Per quanto riguarda l'aspetto gestionale e organizzativo è necessario fare riferimento al livello strategico del processo decisionale.

Il contesto sanitario è infatti uno dei pochi ambiti, insieme al settore dell'istruzione, in cui il successo del sistema dipende dalla capacità delle aziende di integrare da un lato la strategia di differenziazione, dall'altro la strategia di prezzo e dunque di contenimento dei costi.

Nell'ambito sanitario una prestazione sanitaria può essere valida ed efficace soltanto se è tagliata su misura sui bisogni del singolo: l'offerta non può essere standardizzata in quanto ogni utente ha caratteristiche e peculiarità proprie. Allo stesso tempo è fondamentale, al fine di garantire la sostenibilità del sistema nel tempo e dunque la sua equità, individuare e implementare modalità che permettano un utilizzo ottimale delle risorse a disposizione (Nutti, *Le prospettive della valutazione della performance: le sfide per la sanità pubblica.*, 2009)³⁴.

³⁴ NUTI, S. *Le Prospettive della Valutazione della Performance: le sfide per la sanità pubblica*, in "Fiducia dei Cittadini e Valutazione Della Performance Nella Sanità Italiana". ETS, 2009

2.3.1 LA MULTIDIMENSIONALITÀ DELLA PERFORMANCE.

Come già accennato nel precedente paragrafo, il carattere della multidimensionalità riguarda innanzitutto il concetto stesso di “valore pubblico”. Considerando il valore pubblico nella sua concezione più ampia e compiuta, ovvero tutte quelle iniziative idonee a mettere il settore pubblico nelle condizioni di esercitare al meglio il proprio ruolo e dunque di fornire con continuità risposte adeguate alle esigenze e bisogni dei destinatari finali, possiamo identificare quattro dimensioni del valore pubblico generato:

- a. Valore generato per il cittadino, riconducibile alla produzione di risultati che hanno un impatto diretto sul cittadino;
- b. Valore generato per l’ente pubblico, collegato al miglioramento delle condizioni del processo di produzione dei risultati;
- c. Valore generato per il settore pubblico complessivamente, riguarda gli interventi di ricerca di sinergie e integrazione tra i diversi soggetti pubblici;
- d. Valore generato per il sistema socio-economico nel suo insieme, riconducibile alle azioni volte a favorire lo sviluppo anche ricercando forme di integrazione con il settore privato e il terzo settore.

Tradizionalmente, nella teoria e nella prassi aziendale, la valutazione di merito riguardo la performance trova sintesi nella verifica della condizione di equilibrio economico a valere nel tempo³⁵.

La sopracitata condizione di economicità non può, tuttavia, esprimere da sola una valutazione completa di situazioni molto più complesse, quali sono le pubbliche amministrazioni e, in particolar modo, la Sanità.

³⁵ GIANNESI, E. *Appunti di Economia Aziendale*, Pacini, Pisa, 1979.

Nel contesto pubblico è infatti necessario considerare e valutare l'economicità alla luce della missione istituzionale che le singole unità perseguono e dell'intreccio ineludibile tra aspetti economici, sociali e politico-istituzionali (Giovannelli, 2013)³⁶.

Tutte queste peculiarità del contesto pubblico fanno emergere il carattere cruciale delle molteplici dimensioni della performance.

Il carattere dell'economicità può essere così scomposto in diverse componenti, alcune tipiche dei contesti aziendali quali gli equilibri gestionali (economico, finanziario e monetario), l'efficienza e l'efficacia, e una componente tipica dei contesti pubblici, l'equità.

Per quanto riguarda l'aspetto dell'equilibrio economico, nel contesto pubblico l'assenza totale o parziale del processo di realizzo economico delle prestazioni offerte alla collettività implica che il risultato economico (composto in Sanità per lo più da imposte e trasferimenti) non è adatto a evidenziare la bontà della gestione in relazione alle finalità istituzionali assegnate.



Figure 10: componenti dell'economicità della performance pubblica

³⁶ GIOVANELLI, L. *La valutazione delle performance in ambito pubblico. Profili teorici ed evidenze empiriche*. Giappichelli Editore, Torino, 2013.

Altre due condizioni che dovrebbero sussistere in ogni momento della vita aziendale sono l'equilibrio finanziario, ovvero l'armonia e coerenza tra fonti e impieghi, e l'equilibrio monetario, sintonia tra flussi in entrata e in uscita e dunque la capacità di far fronte agli impegni di pagamento.

Tanto la condizione di equilibrio finanziario quanto quella di equilibrio monetario, sono strettamente legate al carattere di equità.

In caso vi siano situazioni di mancata armonia tra fonti e impieghi o tra entrate e uscite di denaro, le soluzioni adottabili sono riconducibili all'utilizzo di eventuali risparmi delle generazioni precedenti, alla richiesta di un sacrificio in termini di imposizione fiscale ai cittadini o al rimandare alle generazioni successive parte degli oneri necessari per mantenere il sistema in equilibrio. Tali soluzioni sono tutte lesive, in modo più o meno marcato, del principio di equità.

Nel contesto pubblico la rilevanza della condizione di efficienza è amplificata dall'incidenza dei cosiddetti ricavi convenzionali (imposte, trasferimenti) i quali sono collegati a variabili spesso non riconducibili al reale valore d'uso delle prestazioni offerte. La limitazione di autonomia decisionale sul lato dei ricavi (impossibilità per la singola unità aziendale di determinare il prezzo) comporta un maggiore focus sui caratteri di efficienza tecnica ed economica.

Un'ulteriore dimensione è quella dell'efficacia nelle sue due declinazioni di efficacia interna o gestionale, ovvero la capacità di conseguire gli obiettivi programmati, e di efficacia esterna o sociale, intesa quale capacità di soddisfare le attese dei cittadini-utenti con riferimento anche all'appropriatezza delle prestazioni.

Di cruciale importanza è la dimensione di equità, caratteristica tipica dei contesti pubblici. La condizione di equità può essere intesa come quella

situazione in cui la popolazione accede ai servizi pubblici alle medesime condizioni di fruibilità e di efficacia³⁷.

Può essere “scomposta” in equità di periodo ed equità intergenerazionale.

L’equità di periodo può essere descritta come la capacità di un ente pubblico, in un determinato momento, di offrire ai cittadini condizioni di imparzialità e la soddisfazione dei bisogni espressi. L’equità intergenerazionale fa invece riferimento alle relazioni tra generazioni e alla capacità di un’organizzazione pubblica di offrire alle generazioni stesse un proporzionale e omogeneo rapporto tra benefici attesi e sacrifici sostenuti evitando di privilegiare una generazione rispetto a un’altra.

2.3.2 LA MISURABILITÀ DELLA PERFORMANCE.

La misurabilità dei risultati non solo in Sanità ma nella Pubblica Amministrazione nel suo complesso, è un tema fondamentale e sempre attuale.

Affrontare il tema della misurazione (e di conseguenza della valutazione) in Italia è assai più complicato che nei Paesi anglosassoni a causa di una sostanziale differenza a livello di cultura.

In Paesi come gli Stati Uniti, la Gran Bretagna e il Canada, la cultura della misurazione è solida, così come consolidata è la prassi di contabilizzare i fenomeni ritenuti rilevanti per la gestione. In Italia le pubbliche amministrazioni faticano a considerare i numeri e le misurazioni come supporti per i processi decisionali.

La misurazione e misurabilità dei risultati permette ai soggetti, sia tecnici che politici, una sempre maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività³⁸. In questo senso la misurazione e la valutazione

³⁷ GIOVANELLI, L. *La valutazione delle performance in ambito pubblico. Profili teorici ed evidenze empiriche*. Giappichelli Editore, Torino, 2013.

³⁸ NUTI, S. *Le Prospettive della Valutazione della Performance: le sfide per la sanità pubblica*, in “Fiducia Dei Cittadini E Valutazione Della Performance Nella Sanità Italiana”, ETS, 2009.

rappresentano strumenti essenziali per poter giudicare e responsabilizzare gli individui sui risultati, e per supportare il processo decisionale nell'allocazione razionale delle risorse sulla base di evidenze.

Il passaggio a una cultura della misurazione sempre più consolidata è requisito fondamentale per soddisfare il fabbisogno di accountability degli enti pubblici seguendo due direttrici: da un lato la piena responsabilizzazione riguardo la produzione dei risultati; dall'altro lato il render conto dell'effettivo conseguimento o non conseguimento dei risultati stessi.

2.3.3 LA TRASPARENZA.

La trasparenza è un requisito fondamentale per rispondere alla missione stessa del sistema pubblico. In particolar modo, e con riferimento al paragrafo precedente, il carattere di trasparenza deve permeare il processo decisionale di allocazione delle risorse.

È infatti fondamentale che tali risorse a disposizione degli amministratori pubblici siano allocate non in base alla sensibilità o a criteri soggettivi propri del singolo operatore che si trovi nella posizione di decisore, bensì seguendo un processo trasparente di assunzione di decisioni sulla base di evidenze e dati forniti dalla misurazione.

Ovviamente alcune scelte, in particolar modo a determinati livelli decisionali, competono al livello politico del sistema, ma deve comunque essere reso il più trasparente possibile il processo attraverso cui si giunge a percorrere una strada piuttosto che un'altra. Anche in questo caso è chiaro il riferimento alla necessità di una maggior accountability delle amministrazioni pubbliche, nell'accezione di dover rendicontare agli stakeholder, in modo esaustivo e comprensibile, il corretto utilizzo delle risorse per la produzione di risultati commisurati all'entità delle risorse stesse³⁹.

³⁹ VALOTTI, G. *La Valutazione e il Miglioramento della Performance*. EGEA (2005).

Il concetto di trasparenza è dunque riferito non soltanto alla trasparenza dei procedimenti, e dunque alla correttezza formale degli atti amministrativi, ma è concepito secondo un'ottica più ampia e orientata alla verifica, valutazione e miglioramento dei processi di allocazione e combinazione delle risorse a disposizione, visti quali elementi di tutela della collettività.

2.3.4 LA CONFRONTABILITÀ.

Il carattere di confrontabilità e la necessità di istituire un confronto sistematico ricopre un ruolo essenziale nei contesti, come quello della sanità pubblica, in cui i servizi pubblici non operano sul mercato ma in condizioni diverse e dunque in situazioni di monopolio, quasi monopolio o quasi mercato.

In tali circostanze il cosiddetto benchmarking⁴⁰ è fondamentale (Baretta & Vagnoni, 2005)⁴¹.

Il benchmarking, ovvero l'insieme delle misure a confronto, rappresenta lo strumento essenziale per combattere l'autoreferenzialità e per implementare virtuosi processi di apprendimento delle cosiddette best practice.

Confrontarsi con le altre organizzazioni del sistema, regionale o nazionale, riguardo i numeri, le scelte e i risultati rappresenta da un lato uno strumento con cui la Pubblica Amministrazione può e deve render conto ai cittadini della propria azione, ma anche lo strumento per apprendere, per individuare le proprie debolezze e, dunque, affrontarle.

Confrontando le performance di aziende diverse è possibile, ad esempio, individuare ambiti della performance con più alti livelli di variabilità e,

⁴⁰ *Il benchmarking rappresenta un sistema di misure comuni a più soggetti che permette a ogni soggetto di confrontare i propri risultati con quelli delle altre organizzazioni. Il Sole24 Ore (Nuti, Misurazione e valutazione della performance: principi, struttura e metodi., 2010).*

⁴¹ *BARETTA, VAGNONI. Il benchmarking in ambito sanitario. Cedam, Padova (2005).*

dunque, con più ampi spazi di miglioramento. Individuare i differenziali di risultato rispetto ad altri soggetti che presentano livelli di performance maggiori, permette di individuare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione su cui fondare il futuro miglioramento della propria performance.

Lo strumento del benchmarking diventa inoltre ancor più fondamentale qualora si sia in presenza di situazioni in cui si tende ad attivare strategie di collaborazione o cooperazione e non di competizione tra gli attori del sistema poiché aiuta a scongiurare l'autoreferenzialità, una delle principali cause del blocco dell'innovazione e dei processi di miglioramento. In presenza di autoreferenzialità, infatti, un soggetto tende a autoconvincersi di non poter fare meglio di quanto conseguito precedentemente.

2.3.5 LA CONDIVISIONE.

Il sistema sanitario e le aziende che lo compongono, sono organizzazioni complesse caratterizzate da una dualità gerarchica per la quale esiste una linea gerarchica di tipo gestionale, e una gerarchia di tipo professionale talmente "forte" da distinguere l'ambito sanitario da altri comparti in cui opera la Pubblica Amministrazione.

La presenza di queste due tipologie di gerarchie, implica la necessità di coinvolgimento dei professionisti nel sistema di governance e di valutazione. Tale condivisione e coinvolgimento è una condizione essenziale per il successo del sistema. L'aspetto della condivisione deve essere il più ampio possibile: i professionisti dovrebbero infatti contribuire alla definizione delle "regole del gioco", condividere i criteri di valutazione, in modo da attivare processi di apprendimento in grado di cambiare veramente i comportamenti e migliorare le performance⁴².

⁴² ABERNETHY & STOELWINDER, 1995.

Il carattere della condivisione dovrebbe portare al coinvolgimento, nella governance dell'azienda pubblica, di soggetti anche non tradizionalmente considerati quali protagonisti della gestione aziendale (Vanieri, Calabrese, Campanile, Panero, & Nuti, 2009)⁴³.

L'articolazione e la buona tenuta del Sistema Sanitario Nazionale si fonda sui professionisti del sistema stesso i quali determinano i livelli di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie offerte. Per questo motivo i professionisti medici, infermieri, tecnici, ricoprono sempre più spesso ruoli di coordinamento di risorse.

Il coinvolgimento dei professionisti medici a livello manageriale è una necessità del sistema sanitario in quanto elementi caratterizzanti della cultura organizzativa. Secondo Goodwin, i professionisti medici sarebbero in certo senso assimilabili ai manager della produzione delle organizzazioni privatistiche, in quanto di fatto hanno il potere decisionale su una grande entità di risorse necessarie alla produzione delle prestazioni sanitarie avendo la responsabilità, ad esempio, di decidere i ricoveri e di identificare il percorso terapeutico (Maran & Vagnoni, 2013)⁴⁴.

La ricerca di condivisione e coinvolgimento riguarda sempre più anche la partecipazione del paziente/cittadino alle decisioni riguardanti la sua salute. In questo senso è indirizzato l'approccio dello "shared decision making" (SDM) sviluppatosi all'interno dei confini dei modelli incentrati sul paziente (Stewart, 2001)⁴⁵.

Lo "shared decision making" è un modello che promuove il coinvolgimento

⁴³ VAINIERI, M.; CALABRESE, C.; CAMPANILE, C.; PANERO, C. & NUTI, S. *Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav*. MECOSAN n. 69, 2009.

⁴⁴ MARAN, L.; VAGNONI, E. *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche*. Maggioli Editore, 2013.

⁴⁵ STEWART, M. *Towards a global definition of patient centred care*. BMJ, 2001.

del paziente, soprattutto nelle fasi decisionali riguardanti il trattamento e in presenza di diverse opzioni terapeutiche.

Il coinvolgimento può essere definito come la “capacità del paziente di avere un ruolo attivo nelle decisioni e nei piani riguardanti la sua cura” (Charles, Cafni, & Whelan, 1997)⁴⁶.

Quest’ottica di maggiore partecipazione del paziente/cittadino è strettamente collegata anche al concetto di empowerment che vede, il paziente come protagonista attivo e consapevole nelle decisioni riguardanti la propria vita e il proprio benessere.

La partecipazione dei pazienti/cittadini può assumere diverse forme e varia a seconda delle finalità, dei cittadini coinvolti, del grado di partecipazione, delle metodologie impiegate e del contesto.

In linea generale, gli effetti più frequentemente generati dai processi di coinvolgimento dei pazienti/cittadini sono:

- La possibilità di creare e sviluppare nuove forme di comunicazione;
- La possibilità di rendere i servizi sanitari più accessibili;
- Il cambiamento della cultura organizzativa;
- Il miglioramento della percezione dell’ente pubblico agli occhi

della comunità di riferimento (Brigoni, Bianco, Sampaolo, & Carra, 2005)⁴⁷.

2.4 LE POTENZIALI CONSEGUENZE DELL’IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE.

L’implementazione di sistemi di “performance measurement” e di “performance management” nei contesti pubblici è spesso accompagnata da problematiche e ostacoli dovuti alla specificità dei contesti stessi.

⁴⁶ CHARLES, C.; CAFNI, A. & WHELAN, T. *Shared decision making in the medical encounter: what does it mean?* Social Science and Medicine Journal, 1997.

⁴⁷ BRIGONI, P.; BIANCO, E.; SAMPAOLO, L. & CARRA, L. *Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie.* 2005.

Le principali criticità riscontrate nel settore pubblico possono essere così riassunte:

- Attenzione alla quantità dei dati;
- Attenzione ai dati che devono essere prodotti per legge;
- Indeterminatezza, ambiguità degli obiettivi;
- Intangibilità di alcune finalità pubbliche;
- Difficoltà di misurazione outcome;
- Adozione vs utilizzo;
- ✓ Problemi culturali;
- ✓ Relazioni staff di controllo/destinatari dei dati.

2.4.1 LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE CHE INTERESSANO IL SETTORE PUBBLICO

Le problematiche connesse alla scelta e all'utilizzo di indicatori di performance adeguati sono legata alle caratteristiche intrinseche dei contesti pubblici e del valore pubblico oltre che al carattere di multidimensionalità della performance stessa.

È rischioso assumere, a priori, che gli output o gli outcome possano essere misurati, così come è rischioso, dal punto di vista della bontà della valutazione, concentrarsi solo su quegli aspetti che sono ritenuti certamente misurabili. (Heath & Radcliff, 2007)⁴⁸.

Le problematiche connesse alla scelta degli indicatori a supporto della misurazione e valutazione delle performance, ricorrono tanto nel settore privato quanto nel pubblico a causa della stessa natura del concetto di performance. Tuttavia, tali rischi sono amplificati quando si opera all'interno del contesto pubblico, ambito in cui i risultati devono essere valutati alla luce

⁴⁸ HEATH G.; RADCLIFF J. *Performance Measurement and the English Ambulance service*, Public Money & Management, pp. 223 – 227, 2007.

della qualità effettiva dei servizi offerti e dell'efficacia delle politiche messe in atto (Broadbent, 2007)⁴⁹.

Il rischio connesso alle problematiche relative all'incentivazione consiste nei possibili comportamenti opportunistici o disfunzionali quali possono essere il "gaming" e il "effort substitution" (Kelman & Friedman, 2009)⁵⁰.

Il fenomeno definito come "gaming" avviene quando i soggetti, consci dell'attività di misurazione e valutazione in corso, alterano la misurazione stessa della performance o migliorano effettivamente il livello di performance conseguita al momento per poi, al contrario, farlo crollare subito dopo⁵¹.

Il fenomeno del cosiddetto "effort-substitution" consiste, invece, nello spostamento di risorse e sforzi da una componente del sistema a un'altra al fine di migliorarne la performance oggetto della valutazione a scapito delle altre dimensioni non valutate (Doods, 2012).

L'introduzione, all'interno di un'organizzazione, di cambiamenti significativi, quale può essere l'implementazione di un sistema di valutazione della performance, comporta il dover affrontare la cultura organizzativa esistente che tende, solitamente, a frapporre ostacoli e resistenze (Cotta, 2010)⁵².

Tali resistenze possono essere di natura organizzativa, cognitiva o emotiva, e si fondano su prassi e abitudini radicate nel passato a tal punto da

⁴⁹ BROADBENT J. *If you can't measure it, how can you manage it? Management and governance in High Educational Institutions*, Public Money & Management, 2007.

⁵⁰ KELMAN S.; FRIEDMAN J. N. *Performance improvement and performance dysfunction: an empirical examination of distortionary impacts of the emergency room wait-time target in the English National Health Service*, Journal of Public Administration Research and Theory, 19, pp. 917 – 946, 2009.

⁵¹ DOODS A. *Comparative Public Policy*, Palgrave Macmillan, p. 128, 2012.

⁵² COTTA R. *Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie*, Mecosan, n. 73, pp. 9 – 39, 2010.

comportare il rischio di assorbire e neutralizzare le innovazioni apportate. Le resistenze ai cambiamenti apportati dall'introduzione di un sistema di valutazione della performance sono pressoché inevitabili: ogni attività di valutazione provoca, nei soggetti valutati, un naturale istinto di difesa in risposta a una possibile minaccia, ad esempio, al tasso di autostima degli individui.

Al fine di mitigare queste resistenze è necessario agire su due piani:

- Nel breve periodo intensificare gli sforzi comunicativi per ricostruire il significato vero dell'attività di valutazione per gli attori coinvolti e per l'organizzazione nel suo insieme;
- Nel lungo periodo perseguire l'obiettivo, ambizioso, di cambiare la cultura organizzativa facendo leva sul coinvolgimento degli individui a partire dal vertice aziendale, sulla costruzione di percorsi di apprendimento e di formazione.

2.4.2 IL PARADOSSO DELLA PERFORMANCE.

L'insieme di queste problematiche ha portato alla formulazione del concetto di "paradosso della performance" ossia di una flebile correlazione tra performance stessa e indicatori (Van Thiel & Leeuw, 2002)⁵³. Van Thiel e Leeuw partono dalla definizione di "performance paradox" inteso come la scarsa correlazione tra indicatori di risultato e performance, riprendendo i lavori di Meyer⁵⁴.

Il fenomeno del paradosso della performance è causato dalla tendenza intrinseca degli indicatori di risultato a perdere rilevanza nel tempo, perdendo significatività e valore quali misure della performance non essendo più in

⁵³ VAN THIEL S.; LEEUW F. L. *The performance paradox in the public sector*, PPMR, 2002.

⁵⁴ MEYER M.W.; GUPTA V. *The Performance paradox*. *Research in organizational Behavior*, nr.16, pp.309-369,1994.

grado di distinguere le performance “buone” da quelle “cattive”. Conseguentemente, la relazione tra performance reale e performance misurata viene meno (Meyer & Gupta, 1994).

I motivi alla base di questo processo di deterioramento consistono, come rilevato da Meyer, in quattro processi:

1. “Positive learning” (apprendimento positivo): nel momento in cui le performance migliorano, gli indicatori perdono la loro sensibilità e capacità di identificare performance negative. Si può anche parlare di obsolescenza degli indicatori;
2. “Perverse learning” (apprendimento negativo) avviene invece quando gli individui o le organizzazioni, avendo capito quali aspetti della performance sono misurati, manipolano le loro valutazioni. Tale processo è assimilabile al fenomeno del “gaming” descritto in precedenza o, ancora, al concetto di “tunnel vision” (Smith, 1995)⁵⁵;
3. “Selection” (selezione) indica la possibilità di sostituire gli individui meno performanti, con soggetti più produttivi; nel momento in cui permangono all’interno dell’organizzazione solo individui molto performanti, gli indicatori corrono il “rischio” di divenire obsoleti;
4. “Suppression” (soppressione) indica i casi in cui le differenze, il gap, tra le performance vengono deliberatamente ignorate.

È possibile inoltre identificare alcune caratteristiche o fattispecie presenti nel settore pubblico che incrementano il rischio che un paradosso di performance si verifichi (Fountain, 2001)⁵⁶. Innanzitutto, il suddetto rischio aumenta qualora vi sia una discrepanza, incoerenza, tra gli obiettivi definiti

⁵⁵ SMITH P. *On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector*. International Journal of Public Administration, n. 18, pp. 277 – 310, 1995.

⁵⁶ FOUNTAIN J. E. *Paradoxes of public sector customer service*. Governance, n. 14, pp. 55-73, 2001.

a livello politico e gli obiettivi definiti dagli attori che operano a livello esecutivo⁵⁷, evenienza che, come verrà analizzato in seguito, nel Sistema Sanitario Italiano può manifestarsi visti i diversi livelli che compongono il sistema di obiettivi a cascata.

Altri fattori che concorrono all'aumento della possibilità di incorrere in un paradosso della performance sono l'impossibilità di fallimento delle organizzazioni che operano nel settore pubblico (garante di ultima istanza è lo Stato) e la mancata omogeneità tra costi sostenuti e ricavi (Le Grand, 1991)⁵⁸.

⁵⁷ SMITH P. *On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector*. International Journal of Public Administration, n. 18, 1995.

⁵⁸ LE GRAND J. *The theory of government failure*. British Journal of Political Science, n. 21, pp. 423-442, 1991.

CAPITOLO 3

L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.

3.1 LE FONDAMENTA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ITALIANO: I PRINCIPI COSTITUZIONALI.

I principi cardine dell'attuale Sistema Sanitario Nazionale trovano fondamento nella Costituzione della Repubblica Italiana entrata in vigore nel Gennaio del 1948, e nel grande momento di riforma della Sanità italiana nell'anno 1978.

L'articolo 32 della Costituzione configura infatti, per la prima volta nel nostro Paese, il diritto alla salute. Esso recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

In una prospettiva interpretativa più ampia, il diritto alla salute si configura come il diritto della persona a beneficiare di prestazione positive che si concretano nel diritto, pretesa, ad un'assistenza sanitaria effettiva per il singolo individuo.

I principi ispiratori alla base del servizio sono vari: dal principio della globalità delle prestazioni offerte, all'universalità dei destinatari fino all'uguaglianza e omogeneità dei trattamenti offerti.

L'articolo 32 della Costituzione repubblicana, e i principi in esso enunciati, scaturisce dall'aver accolto, a livello di opportunità politica, una visione

solidaristica della società e dunque anche della sanità⁵⁹.

Delineando la salute come “fondamentale diritto dell’individuo” ma anche quale “interesse della collettività”, il diritto alla salute stessa si configura come un valore costituzionale supremo, una priorità pubblica a cui la collettività tutta deve concorrere a soddisfare.

Ogni individuo è dunque chiamato a contribuire al finanziamento del “sistema sanità” poiché si suppone che il beneficio sociale ed economico ottenuto attraverso il carattere di universalità, sia superiore al beneficio ottenibile mantenendo le risorse raccolte in capo agli individui affinché si adoperino privatamente, autonomamente, per soddisfare il proprio bisogno di salute.

3.2 LA RIFORMA CON LA LEGGE N. 833 DEL 1978.

Il vero momento di svolta nel settore dell’assistenza sanitaria in Italia si ha con la Legge 833 del 23 Dicembre 1978, votata a grandissima maggioranza dal Parlamento, la quale istituisce il Servizio Sanitario Nazionale pubblico. I tre principi fondamentali conseguenti a quanto enunciato nell’articolo 32 della Costituzione Italiana sono: l’universalità dell’assistenza sanitaria, la solidarietà del finanziamento del sistema sanitario nazionale attraverso la fiscalità generale e l’equità di accesso delle prestazioni⁶⁰. Inoltre è previsto

⁵⁹ *La visione solidaristica si contrappone a quella individualistica; della prima sono esempi emblematici il NHS istituito in Gran Bretagna nel 1948 oltre che al Sistema Sanitario Nazionale italiano odierno; per la seconda è possibile ricordare invece i casi degli Stati Uniti d’America e della Svizzera (anche se, ad oggi, non esiste in ambito sanitario un’applicazione pratica pura di tale visione. Secondo la visione individualistica, la salute è da considerarsi come un qualsiasi altro bene ed è dunque diritto dell’individuo quello di adoperarsi per fornirsi di tale bene.*

⁶⁰ *Uno dei meriti della riforma che introdusse il Sistema Sanitario Nazionale è sicuramente quello di aver considerato la salute anche sotto l’aspetto della prevenzione e controllo oltre che da quello della cura. In questo senso Del Vecchio sottolinea come “la tutela della salute viene quindi considerata come il risultato di una ricomposizione operata su un duplice piano: quello della persona, attraverso la sequenza prevenzione- diagnosi-cura-riabilitazione e quello delle interazioni tra individui e ambiente, attraverso la rilevanza attribuita alla prevenzione e agli interventi sugli ambienti e in generale sulle condizioni di vita degli individui”. (Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica. Del Vecchio in Mecosan, 2003, n. 46).*

un carattere di “socialità” delle prestazioni poiché i servizi erogati non sono rivolti soltanto alla cura ma anche alle attività di controllo e di prevenzione (Del Vecchio, 2003). La tutela della salute quale diritto collettivo fu un punto centrale nel dibattito che accompagnò l’elaborazione della legge 833/1978 e portò a una più decisa presa in carico da parte dell’istituzione pubblica: i soggetti pubblici deputati allo svolgimento di tale funzione vedono assumersi una responsabilità sovraordinata che li porta ad essere non solo erogatori di servizi ma anche garanti del risultato complessivo⁶¹ (Veronelli, 2013).

È da questa nuova concezione di salute, intesa come diritto collettivo universalmente riconosciuto, che si collega il carattere di unicità della salute stessa: “la salute e il benessere degli individui non conseguono dalla sommatoria di servizi, ma da un insieme unitario di attività e prestazioni che la collettività è in grado di assicurare, a partire dalla prevenzione”.

Queste considerazioni sottolineano come la nascita del Sistema Sanitario Nazionale istituito nel 1978 incarni il modello del welfare state, in quanto basato su principi solidaristici per cui è la collettività a farsi carico del soddisfacimento della domanda di salute degli individui.

Tale istituzione centrale è deputata alla produzione ed erogazione di servizi socio-assistenziali caratterizzati da omogeneità nella prestazione e accessibili da ogni individuo in base al diritto soggettivo ad usufruire del servizio sanitario sul territorio nazionale.

Tra le idee portanti su cui poggia la L. 833 vi è un pilastro di carattere

⁶¹ VERONELLI G. *Compendio di diritto sanitario*, 2013. Come sottolineato dal Veronelli, nella Legge 833 del 1978 “trovano quindi una prima realizzazione le indicazioni offerte dal Costituente nell’articolo 32 cui la legge di riforma si salda direttamente specificando all’art. 1, commi 1 e 2, che la tutela della salute fisica e psichica del cittadino, intesa come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività viene garantita dalla Repubblica attraverso il Servizio sanitario nazionale nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.

politico e ideologico, nelle migliori accezioni di tali termini, ovvero “il passaggio da una concezione della salute intesa come contropartita di una contribuzione – ancorché obbligatoria e i cui effetti, nella fase finale del sistema mutualistico, finivano per estendersi alla quasi totalità della popolazione – a una concezione della salute come diritto collettivo collegato alla cittadinanza”⁶².

L’unicità del sistema a livello centrale venne concepita per superare uno dei maggiori limiti del sistema precedente, ovvero la presenza di forti ineguaglianze territoriali.

Con l’istituzione del Sistema Sanitario Nazionale viene così a crearsi una tripartizione di competenze e responsabilità per cui lo Stato, titolare della funzione, delega alle Regioni le funzioni amministrative di supporto mentre spetta ai Comuni l’esercizio vero e proprio della funzione attraverso le USL. Il processo di pianificazione nazionale permane a livello centrale ed ha come output il Piano Nazionale Sanitario (PNS) a valenza strategica e durata pluriennale e il rispettivo Fondo Sanitario Nazionale (FSN), ovvero l’insieme delle risorse finanziarie destinate al sistema sanitario stesso.

Il carattere di “regionalità” permane, altresì, non solo nella ripartizione delle funzioni ma anche, secondo una logica di coerenza tra responsabilità e leve disponibili, a livello finanziario: il FSN, infatti, viene poi ripartito secondo un criterio di quota capitaria corretta alle Regioni le quali avrebbero poi provveduto a distribuire tali fondi alle USL (Marinò, *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni.*, 2008)⁶³.

⁶² DEL VECCHIO, M. *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica. Del Vecchio in Mecosan*, 2003, n. 46.

⁶³ MARINÒ, L. *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni.* 2008.

3.3 LA CENTRALITÀ DEL TEMA DELLA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NEI PROCESSI DI RIFORMA DEL SETTORE PUBBLICO.

La tematica della valutazione delle performance sanitarie, come già osservato nel precedente capitolo, assume una particolare centralità e rilevanza negli anni Ottanta e Novanta traendo impulso dal passaggio dal paradigma burocratico al paradigma del “New Public Management”.

I percorsi di riforma che caratterizzano questo periodo sono orientati alla promozione di un processo volto a enfatizzare la dimensione aziendale dei soggetti facenti parte della pubblica amministrazione in modo da indirizzare la gestione dei sistemi pubblici verso obiettivi di efficacia nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini-utenti e degli obiettivi dettati dalla finalità istituzionali, di efficienza nell’impiego delle risorse disponibili e di economicità della gestione (Anselmi, 1995)⁶⁴.

Con il processo di aziendalizzazione si intende ampliare la sfera di responsabilità della classe politica e dirigente in modo da rispondere alle problematiche finanziarie, presenti in molti Paesi al momento della formazione dell’Unione Europea nel 1992, collegate all’espansione pressoché incontrollata della spesa pubblica e al deficit di legittimazione dei soggetti pubblici.

Nel caso italiano, l’aumento incontrollato della spesa sanitaria ebbe come cause fondanti tanto l’assenza di ben definite responsabilità manageriali, tanto l’assenza di incentivi reali volti al contenimento della spesa entro determinati limiti: nella sostanza le USL operavano in regime di risorse infinite mentre lo Stato non disponeva di strumenti di controllo adeguati a causa della mancanza di responsabilità direzionale e finanziaria (Marinò, La

⁶⁴ ANSELMI L. *Il percorso di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale.* Giappichelli, Torino, 1995.

ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni., 2008)⁶⁵.

Il rafforzamento dei principi di responsabilità e di autonomia comporta anche l'affermarsi di una crescente necessità di rendicontazione, necessità intesa nel senso di dovere etico, oltre che formale, di rispondere dei risultati ottenuti tramite la propria attività secondo un'ottica di trasparenza. Questa attività di rendicontazione, meglio definita come accountability, comporta la messa in atto di strumenti informativi adatti a comunicare i risultati della gestione ai diversi stakeholder interni ed esterni, e dovrebbe prescindere dagli obblighi normativi.

Una corretta, sistematica ed efficace attività di accountability è infatti uno strumento essenziale per incrementare la qualità del processo decisionale stesso e per conseguire una migliore legittimazione agli occhi dei cittadini-utenti.

3.3.1 LE CARATTERISTICHE DEL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE NELLA SANITÀ ITALIANA.

Il processo di aziendalizzazione, nel contesto italiano, riceve un forte impulso con la stagione delle riforme del sistema sanitario nazionale negli anni Novanta.

Tale processo si concreta nella separazione delle responsabilità politiche dalla funzione gestionale ed interessa il terzo livello della governance del sistema sanitario: le Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Questo passaggio avviene grazie al superamento del modello delle USL,

⁶⁵ MARINÒ L. *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni.* Giappichelli, Torino, 2008.

trasformate da questi interventi normativi in Aziende Sanitarie Locali dotate di personalità giuridica pubblica. Allo stesso tempo alcuni presidi ospedalieri ad alta specializzazione vengono trasformati in Aziende Ospedaliere secondo lo stesso modello adottato per le ASL.

Per entrambe queste fattispecie è previsto il medesimo modello di governo, ovvero un organo monocratico nominato dalla Regione, il Direttore Generale, affiancato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario, a cui sono conferiti il potere e la responsabilità aziendali⁶⁶.

Le USL cessano così di essere i bracci operativi dei Comuni e diventano enti che coprono ambiti territoriali solitamente sovracomunali.

Uno degli obiettivi del processo di aziendalizzazione, che consiste anche nell'introduzione di logiche e strumenti manageriali storicamente confinati all'imprenditoria privata, è quello di fornire i nuovi attori del comparto sanitario di maggiore autonomia.

Il concetto di "autonomia" viene declinato dal legislatore in diverse accezioni:

- autonomia organizzativa: indica la possibilità di definire l'organizzazione dei servizi nella maniera che più si ritiene idonea;
- autonomia tecnica: indica la possibilità di gestire e organizzare autonomamente i propri processi produttivi;
- autonomia gestionale: indica la possibilità di identificare e attuare scelte strategiche;
- autonomia patrimoniale: indica il possesso di cespiti e la possibilità di

⁶⁶ Il Direttore generale è nominato dalla Regione e scelto tra una lista di candidati laureati in possesso di comprovate esperienze manageriali e legato da un contratto di lavoro di diritto privato della durata minima di tre anni e massima di cinque. È affiancato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario da lui stesso nominati. Altro organo sindacale introdotto dal D.Lgs 229 del 1999 è il collegio sindacale con ruoli di vigilanza, controllo, verifica e accertamento (Marinò, *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni*, 2008).

disporne anche ricorrendo all'alienazione degli stessi;

- autonomia contabile: indica l'implementazione di un proprio sistema informativo e contabile.

Nonostante le intenzioni dichiarate dal legislatore è evidente come non sia possibile parlare di una piena autonomia per quanto riguarda le singole ASL visti i numerosi vincoli cui sono sottoposte tanto a livello economico-finanziario, quanto a livello di pianificazione. Alcuni esempi di questi vincoli sono il limite territoriale, geografico, definito a livello di politiche regionali, il limite economico-finanziario rappresentato dalle risorse disponibili, i ridotti margini di manovra nelle scelte gestionali e strategiche legate alla missione istituzionale delle aziende sanitarie ovvero la funzione sociale di tutela della salute.

3.3.2 UN TENTATIVO DI CONTROLLO DELLA SPESA: L'INTRODUZIONE DI MECCANISMI DI QUASI-MERCATO.

Un ulteriore elemento caratterizzante il processo di aziendalizzazione del sistema pubblico italiano, e dunque del sistema sanitario nazionale, è l'introduzione di logiche competitive e di sistemi di quasi-mercato.

In termini generali, i sistemi di quasi-mercato si caratterizzano essenzialmente per la presenza di due tendenze (Julian Le Grand, 2007)⁶⁷:

in primis, l'abbandono da parte dello Stato centrale del doppio ruolo di finanziatore ed erogatore di servizi con la conseguente focalizzazione sulle funzioni di pianificazione, programmazione e coordinamento, affidando

⁶⁷ JULIAN LE GRAND (29 Maggio 1945) è docente di Politica sociale alla London School of Economics. Dal 2003 al 2005 è stato consulente per le politiche sociali del primo ministro Tony Blair ed è uno dei principali artefici della politica pubblica del Governo inglese basata sull'introduzione della libertà di scelta e della competitività nella sanità e nell'istruzione. È stato inoltre consulente in materia di politica sociale del presidente della Commissione europea José Manuel Barroso oltre che consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Banca Mondiale, del Ministero del Tesoro inglese, del Ministero del Lavoro e della BBC.

l'erogazione delle prestazioni a una pluralità di soggetti pubblici e/o privati che operano in competizione l'uno con l'altro; in secondo luogo, il trasferimento delle risorse, la loro allocazione, alle unità erogatrici avviene secondo il principio di libera scelta dei cittadini al fine di favorire i produttori più efficienti e qualitativamente migliori, con l'adozione del sistema di retribuzione a tariffa (legando i flussi di finanziamento delle aziende alle effettive quantità di prestazioni erogate si incentivano i produttori alla ricerca dell'efficienza).

L'applicazione della logica dei sistemi di quasi-mercato al settore sanitario comporta alcune, ulteriori, peculiarità: resta fermo il principio di libera scelta da parte degli assistiti nonostante vi sia una particolare attenzione alle problematiche della mobilità; la relazione assistito-erogatore di servizi viene mediata da agenzie pubbliche che accreditano i provider (spesso i veri acquirenti non sono gli individui ma tali enti mediatori); eventuale limitazione quantitativa del portafoglio dei produttori per un'agenzia al fine di controllare meglio la qualità delle prestazioni offerte; gli erogatori di prestazioni devono soddisfare la domanda di salute di qualunque cittadino assicurando standard qualitativi predefiniti.

3.4 IL RUOLO DELLA WORLD HEALTH ORGANIZATION NELLA PROMOZIONE DELLA VALUTAZIONE DEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI.

Il tema della valutazione delle performance dei sistemi sanitari nazionali acquisisce notevole rilevanza quando, nel 1998, Gro Harlem Brundtland viene eletta quale Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁶⁶.

Fino agli anni Novanta, infatti, l'attività dell'Organizzazione Mondiale della Sanità era focalizzata sul supporto tecnico ai Paesi in via di sviluppo, rinunciando al ruolo di coordinamento globale.

Durante il mandato quinquennale (1998-2003) l'ex Primo Ministro norvegese

intraprende una serie di iniziative che sanciscono una rottura con il passato nel tentativo di recuperare credibilità e legittimazione internazionale.

Il primo frutto concreto di quest'opera di rinnovamento all'interno dell'OMS⁶⁸ è il World Health Report del 2000 (WHR2000), un documento con il dichiarato intento di fornire un'accurata descrizione dello stato della sanità mondiale alle soglie del XXI secolo e di introdurre una cultura della comparazione delle performance tra i diversi sistemi sanitari nazionali come base per la responsabilizzazione dei governi.

Il WHR2000 venne aspramente criticato a livello metodologico a causa dell'eccessiva rilevanza attribuita al livello di spesa per la salute nei diversi Paesi in quanto non completamente in grado di spiegare le diversità nel grado di salute delle popolazioni.

Il livello di spesa può essere un indicatore e una leva rilevante per quei Paesi in via di sviluppo in cui la spesa stessa si colloca a livelli insufficienti; nelle realtà più sviluppate è opportuno invece ricercare la soluzione nella massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse secondo il criterio "do more with less" perseguendo, allo stesso tempo, anche il miglioramento delle altre dimensioni (efficacia, qualità, appropriatezza ed equità).

Nonostante queste critiche, il merito del lavoro racchiuso nel World Health Report 2000 è quello di aver introdotto e favorito un approccio orientato alla misurazione e valutazione delle performance e alla comparazione tra i diversi sistemi sanitari attraverso la creazione di ranking. I diversi Stati vengono ordinati nel ranking mediante l'aggregazione di tre principali dimensioni

⁶⁸ L'Organizzazione mondiale della sanità, in inglese "World Health Organization" (WHO), è l'organismo delle Nazioni Unite, posto in essere nel 1948, posto a presidio della salute a livello internazionale. Costituisce oggi la massima autorità mondiale in tema di salute e riunisce 193 Paesi. Le attività dell'OMS comprendono la predisposizione di linee guida e standard, la promozione di attività di ricerca in campo sanitario, il coordinamento per la gestione delle problematiche sanitarie più gravi, sono finalizzate a garantire a tutti i popoli il più alto grado di salute possibile eliminando le disparità e disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie nei diversi Paesi.

misurate da numerosi set di indici (l'efficacia delle politiche sanitarie, la capacità di risposta alle attese della popolazione e l'equità della contribuzione alle spese del sistema sanitario).

Tali scelte metodologiche connotano un concetto di performance più ampio rispetto alla capacità di migliorare il livello di salute della popolazione e maggiormente orientato verso l'omogeneità nella distribuzione del livello di salute stesso nei diversi Paesi.

Un ulteriore merito del nuovo corso dell'OMS a guida Brundtland è, dal punto di vista politico, l'aver utilizzato la leva della comparazione tra Paesi per imporre un cambio di prospettiva nei governi (policy maker), chiamati adesso a rispondere delle proprie performance e della distanza dai "best player" del ranking.

La crescente attenzione verso il tema della misurazione e valutazione delle performance, oltre che dell'accountability delle performance dei sistemi sanitari, porta alla stesura della Carta di Tallinn⁶⁹ del 2008, documento che impegna gli Stati Membri europei dell'OMS al rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali attraverso la dimostrazione della bontà delle proprie performance (art. 5), misure capaci di favorire l'accountability e la trasparenza (art. 6) e un presidio costante dell'efficienza quale base per garantire il diritto alla salute dei cittadini (art. 9).

3.5 L'EVOLUZIONE NORMATIVA DELLA FUNZIONE DI VALUTAZIONE NEL CONTESTO PUBBLICO ITALIANO.

Nelle riforme orientate dal paradigma del New Public Management la

⁶⁹ La Carta di Tallinn fornisce linee guida e un framework strategico per promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali nei Paesi della Regione Europea nell'OMS. Fu adottata da tutti i Paesi membri europei del comitato regionale dell'OMS per la sessione europea di Tbilisi nel settembre 2008.

necessità dell'accountability per quei soggetti che hanno la responsabilità del processo decisionale o operativo rende indispensabile un rafforzamento dei meccanismi di valutazione delle performance.

Le figure manageriali e politiche che rappresentano il vertice del processo decisionale nei soggetti pubblici necessitano di adeguati e credibili strumenti di valutazione delle performance al fine di legittimare il proprio ruolo nei confronti della collettività

In Italia la prima prescrizione di meccanismi di valutazione è contenuta nel D.lgs n. 29/1993⁷⁰ in materia di “Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego”. Con questo intervento normativo la funzione di valutazione delle performance va a sovrapporsi a quella del controllo di gestione, quest'ultima indirizzata a verificare la coerenza tra obiettivi e risultati conseguiti.

I meccanismi di valutazione che nascono nella prassi sono solitamente collegati, spesso solo formalmente, a strumenti di premialità ma quasi mai veramente connessi al sistema di pianificazione e, per quest'ultimo motivo, incapaci di apportare benefici al processo decisionale.

Il disegno predisposto dal legislatore inserisce dunque la funzione della

⁷⁰ In particolare, riferimenti a strumenti di valutazione sono presenti nell'Articolo 20 del D.lgs 29/1993 ai punti: “Nelle amministrazioni pubbliche, ove già non esistano, sono istituiti servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa [...]”; 4 I nuclei di valutazione, ove istituiti, sono composti da dirigenti generali e da esperti anche esterni alle amministrazioni [...]. Nell'Articolo 49 ai punti: 3. I contratti collettivi definiscono, secondo criteri obiettivi di misurazione, trattamenti economici accessori collegati: a) alla produttività individuale; b) alla produttività collettiva tenendo conto dell'apporto di ciascun dipendente; c) all'effettivo svolgimento di attività particolarmente disagiate obiettivamente ovvero pericolose o dannose per la salute. Compete ai dirigenti la valutazione dell'apporto partecipativo di ciascun dipendente, nell'ambito di criteri obiettivi definiti dalla contrattazione collettiva.

valutazione nel più ampio sistema di controllo delle pubbliche amministrazioni: le due funzioni, valutazione e controllo, sono dunque tra loro integrate, nonché strettamente connesse ai sistemi di gestione delle risorse umane.

Il percorso normativo riguardante l'introduzione e sviluppo dei meccanismi di valutazione delle performance procede di pari passo ai mutamenti normativi che intervengono in materia di disciplina del personale in ambito pubblico. Un ulteriore passo nello sviluppo dei sistemi di controllo interno, successivo al D.lgs n. 29/1993, è la successione dei contratti nazionali di lavoro a partire dal 1995 in cui si individuano nel controllo di gestione e nel sistema di valutazione, tra loro integrati, gli strumenti adatti per stabilire l'erogazione di eventuali compensi accessori in ottica premiante.

Un contributo determinante per l'affermarsi di strumenti di valutazione nel contesto pubblico si ha con il D.lgs n. 286/1999 in materia di "riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche". Con questo intervento normativo il legislatore intende porre in essere un sistema di controllo organico valido per tutte le pubbliche amministrazioni e composto da quattro principali forme di controllo che agiscono sulle molteplici dimensioni che caratterizzano la gestione delle organizzazioni dei sistemi pubblici.

L'articolo 1 del D.lgs n. 286/1999 prescrive infatti che "le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati a:

- a) Garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) Verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione

amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);

- c) Valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) Valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico)".

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile, indirizzato a garantire la legittimità, correttezza e regolarità dell'azione amministrativa, deve seguire i principi generali propri della revisione aziendale al fine di garantire l'attendibilità del sistema contabile dell'organizzazione e dei documenti da esso redatti.

Il carattere di specificità e complessità di tale attività impedisce ai dirigenti di espletare in prima persona tale funzione e comporta l'affidamento della stessa a organi esterni (collegi di revisione) o interni (ragionerie o organi con funzioni ispettive).

Il controllo di gestione svolge invece una funzione di staff, di supporto, all'attività gestionale degli organi interni all'organizzazione. A delineare le modalità di attuazione di questa funzione concorre l'Articolo 4, comma 1, del D.lgs n. 286/1999 secondo il quale "ogni amministrazione pubblica definisce:

- a) L'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del controllo di gestione;
- b) Le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;

- c) Le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- d) L'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- e) Le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- f) Gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- g) La frequenza di rilevazione delle informazioni.

La valutazione della dirigenza ha ad oggetto le prestazioni e le competenze dei dirigenti e dei responsabili dei servizi ed è integrata con il sistema degli incentivi e dei premi già configurato nei contratti collettivi di lavoro del personale.

L'ultimo elemento del sistema di controllo organico predisposto dal D.lgs n. 286/1999 è la valutazione e il controllo strategico. Questa componente costituisce una funzione di staff per gli organi di indirizzo politico e consiste nella verifica dell'adeguatezza delle decisioni prese in sede di attuazione delle linee di indirizzo politico in termini di coerenza e congruenza tra risultati raggiunti e obiettivi prefissati.

L'adempimento di tale funzione è attribuito a organi che rispondono direttamente ai soggetti cui spetta la responsabilità di definire l'indirizzo politico-amministrativo.

3.6 LA RIFORMA BRUNETTA: LA LEGGE N. 15/2009 E IL DECRETO LEGISLATIVO N. 150/2009.

Il tema della valutazione delle performance ritorna al centro del dibattito politico e dei processi di riforma nel 2009, a dieci anni di distanza dal d.lgs n. 286/1999. Nell'Ottobre 2009 viene infatti approvata la cosiddetta "Riforma Brunetta", il d.lgs n. 150/2009, in attuazione della legge 15 del

marzo dello stesso anno “in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

Con tale proposta normativa si intende procedere a un sostanziale riordino della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti nelle pubbliche amministrazioni attraverso interventi in materia di contrattazione collettiva, valutazione del personale, di dirigenza e di responsabilità disciplinare⁷¹.

Il d.lgs. n. 150/2009 ha il merito di introdurre, per la prima volta in Italia, il termine “performance” per individuare i risultati delle strutture organizzative e le prestazioni dei dipendenti andando a disciplinare la misurazione e valutazione delle performance al fine di perseguire elevati standard economici e qualitativi⁷².

Il decreto legislativo 150/2009 sposa l’approccio del “performance management”, adottando dunque non solo uno strumento ma un’intera logica sistemica che dovrebbe andare a permeare tutto l’insieme dei processi decisionali dell’organizzazione. Non è un caso, infatti, che l’articolazione concreta di tale logica è rimessa ad ogni amministrazione che dovrà operare coerentemente con il proprio bilancio e con il ciclo di pianificazione

⁷¹ *Questi obiettivi sono esplicitati nell’Articolo 1 del testo di riforma (Oggetto e finalità): “...le disposizioni del presente decreto recano una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche [...] intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare”. Ulteriori indicazioni sono fornite nell’Articolo 2: “Le disposizioni del presente decreto assicurano una migliore organizzazione del lavoro [...], elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, l’incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, la selettività e la concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, la selettività e la valorizzazione delle capacità e dei risultati ai fini degli incarichi dirigenziali, il rafforzamento dell’autonomia, dei poteri e della responsabilità della dirigenza, l’incremento dell’efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all’assenteismo, nonché la trasparenza dell’operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità”.*

⁷² *Così nel Titolo II del d.lgs. n. 150 del 2009: “Le disposizioni contenute nel presente Titolo disciplinano il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche [...] al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.*

finanziaria⁷³.

L'obiettivo di rendere possibile la gestione, misurazione e valutazione della performance viene perseguito, dunque, fissando una metodologia di governo delle amministrazioni pubbliche, indipendentemente dagli specifici contesti operativi (Mastrogiuseppe & Ruffini, 2010).

3.7 IL DECRETO LEGISLATIVO 25 MAGGIO 2017, N. 74

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74, ha apportato "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015".

Si tratta di uno dei due decreti attuativi della riforma della PA.

L'obiettivo del decreto è ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni: sono stati introdotti meccanismi di riconoscimento del merito e della premialità, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

Queste le principali novità del provvedimento:

- il rispetto delle norme in tema di valutazione costituisce non solo condizione necessaria per l'erogazione di premi, ma rileva anche ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale e del conferimento degli incarichi dirigenziali;
- la valutazione negativa delle performance rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e, in casi specifici e determinati, a fini disciplinari;

⁷³ D.lg. n. 150/2009. Titolo II, Articolo 4, comma 1.

- ogni PA deve 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 o gruppi di dipendenti;
- oltre agli obiettivi specifici di ogni amministrazione, è introdotta la categoria degli obiettivi generali, che identificano le priorità in termini di attività delle pubbliche amministrazioni coerentemente con le politiche nazionali, definiti tenendo conto del comparto di contrattazione collettiva di appartenenza;
- gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), in base alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, dovranno verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalare eventuali necessità di interventi correttivi; sono previsti strumenti e poteri incisivi per garantire il ruolo degli OIV, con riferimento al potere ispettivo, al diritto di accesso al sistema informatico e agli atti e documenti degli uffici;
- si riconosce per la prima volta un ruolo attivo dei cittadini ai fini della valutazione della performance organizzativa, mediante la definizione di sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi;
- nella misurazione delle performance individuale del personale dirigente è attribuito un peso prevalente ai risultati della misurazione e valutazione della performance dell'ambito organizzativo di cui hanno essi diretta responsabilità;
- è definito un coordinamento temporale tra l'adozione del Piano della performance e della Relazione e il ciclo di programmazione economico-

finanziaria, introducendo sanzioni più incisive in caso di mancata adozione del Piano;

- sono introdotti nuovi meccanismi di distribuzione delle risorse destinate a remunerare la performance, affidati al contratto collettivo nazionale, che stabilirà la quota delle risorse destinate a remunerare, rispettivamente, la performance organizzativa e quella individuale e i criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi corrisponda un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati.

3.8 IL CICLO DELLA PERFORMANCE.

L'art. 4 del D.lgs. 150/2009 articola il ciclo della performance come processo di definizione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e di valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

Il ciclo di gestione della performance nella Pubblica Amministrazione rappresenta un percorso necessario per perseguire il miglioramento continuo dei servizi pubblici seguendo i principi fondanti del modello di Deming (costituito dalle fasi di “plan”, “do”, “check”, “act”).

Il ciclo di gestione delle performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) *Fase programmatica*: definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, dei risultati attesi e dei rispettivi indicatori;
- b) *Fase di collegamento* tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) Fase di monitoraggio in corso di esercizio e predisposizione di eventuali correttivi;
- d) Fase della misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) Fase di utilizzo dei sistemi premianti seguendo criteri di valorizzazione

del merito;

- f) Fase della rendicontazione interna ed esterna dei risultati agli organi/soggetti competenti⁷⁴.

Le fasi del ciclo di gestione della performance evidenziano il carattere di sistematicità e ciclicità della funzione di valutazione della performance, oltre alla necessità di progettare un sistema di misurazione e valutazione coerente e allineato con il resto del sistema di controllo dell'organizzazione.



Figure 11: Ciclo della Performance

La fase di definizione degli obiettivi. L'integrazione del sistema di misurazione e valutazione con i sistemi di programmazione e controllo è evidente nella fase di definizione degli obiettivi. Tali obiettivi sono programmati su base triennale e definiti dagli organi di indirizzo politico-amministrativo di concerto con i vertici dell'amministrazione dopo aver consultato i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative.

⁷⁴ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 5, comma 2

Gli obiettivi devono essere coerenti con quelli di bilancio previsti nei documenti programmatici e il loro conseguimento è alla base dell'erogazione degli incentivi: in questo modo si rende esplicita la necessità di coerenza e integrazione non solo tra funzione di programmazione e attività di misurazione e valutazione, ma anche con riguardo ai sistemi di premi e incentivi.

Nell'ambito della prima fase del ciclo delle performance è necessario predisporre il "Piano della performance", utilizzato a livello strategico come strumento di raccordo tra la pianificazione strategica e operativa partendo dalle indicazioni degli organi di governo e con il coinvolgimento della classe dirigente dell'ente pubblico.

Il Piano è infatti un documento programmatico triennale rivisto e redatto annualmente in cui sono esplicitati obiettivi, indicatori e target di risultato su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance organizzativa e individuale⁷⁵.

Il Piano, in sintesi, si concretizza nella definizione di priorità di indirizzo politico del triennio, di obiettivi strategici e strutturali triennali ed i relativi indicatori, obiettivi operativi riconducibili agli obiettivi strategici e strutturali ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi individuati nel Piano devono, in linea generale, essere: rilevanti rispetto ai bisogni della collettività e alla missione istituzionale; specifici e misurabili; riferibili ad un arco temporale determinato di norma corrispondente a un anno; significativi in termini di miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi; confrontabili con standard di riferimento; confrontabili nel tempo e nello spazio; coerenti con la quantità e

⁷⁵ In questo senso, all'Articolo 10 comma 1, il d.lgs n.150/2009 prescrive che le amministrazioni pubbliche redigono annualmente a) entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio [...]

qualità delle risorse disponibili⁷⁶.

La fase di collegamento tra obiettivi e risorse. Il secondo punto del ciclo della performance fa riferimento al collegamento tra obiettivi e risorse. In questa fase è fondamentale andare a collegare gli obiettivi alla allocazione delle risorse per rispondere alla richiesta di disporre di un sistema di obiettivi coerente con le risorse disponibili⁷⁷.

Il riferimento all'allocazione delle risorse evidenzia la necessità di adottare un metodo budgetario in modo che ogni obiettivo di performance sia valutato in tutte le sue implicazioni sulle risorse dell'organizzazione (investimenti, finanziamenti, formazione del personale ecc.) (Mastrogiuseppe & Ruffini, 2010).

La fase di misurazione e valutazione della performance. È la fase in cui la performance, nelle sue due componenti organizzativa e individuale, viene scomposta e analizzata. È importante sottolineare come il legislatore parli di “misurazione” e di “valutazione”: i due termini non sono infatti sinonimi. La misurazione prevede l'utilizzo continuo e sistematico di indicatori per valutare i progressi nel conseguimento di obiettivi predefiniti.

La valutazione è invece il processo che, partendo dalle misure dei risultati, individua punti di forza e di debolezza ed è caratterizzata da una forte componente decisionale in quanto fondata su capacità di analisi e di interpretazione delle misurazioni raccolte.

La fase dell'utilizzo dei sistemi premianti. Tale fase consiste nel collegare la performance a incentivi monetari, facendo discendere dalla fase di misurazione e valutazione della performance conseguenze di carattere

⁷⁶ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 4, comma 2.

⁷⁷ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 5, comma 2, lett. g.

retributivo.

La fase della rendicontazione dei risultati. A livello consuntivo, a chiusura del ciclo della performance, la “Relazione sulla performance” rappresenta il documento per rendicontare i risultati raggiunti a livello individuale e organizzativo rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con evidenziazione degli eventuali scostamenti⁷⁸. Attraverso questa fase, che chiude il ciclo, la performance viene portata a conoscenza degli stakeholder.

Il decreto prevede dunque una modalità di trasmissione delle informazioni relative alla performance, che rientra nella logica dell’accountability pubblica: le informazioni sono rivolte allo stesso tempo ai politici, ai vertici amministrativi, ai cittadini, ad organi di controllo esterni⁷⁹.

3.8.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

Al fine di valutare annualmente la performance organizzativa e individuale, le Amministrazioni Pubbliche devono adottare un Sistema di misurazione e valutazione della performance in modo da individuare le modalità attuative da implementare per concretizzare i principi del ciclo della performance⁸⁰.

Il sistema di misurazione e valutazione rappresenta dunque un insieme di metodologie e azioni definite per gestire in maniera sistemica e coerente il processo di valutazione delle performance attraverso attività di carattere quantitativo di rilevazione dei dati (misurazione) e qualitativo di giudizio di

⁷⁸ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 10, comma 1, lett. b.

⁷⁹ MASTROGIUSEPPE P; RUFFINI R. *La riforma del lavoro tra continuità ed innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta*, p. 32, Wolters Kluwer Italia, 2010

⁸⁰ Il d.lgs n. 150/2009 al Titolo II, Articolo 7, comma 2, prescrive che “la funzione di misurazione e valutazione delle performance è svolta dagli Organismi indipendenti di valutazione della performance [...] cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice [...], dalla Commissione [...] e dai dirigenti di ciascuna amministrazione [...]”.

sintesi sugli ambiti delle performance (valutazione).

Misurare la performance di un'amministrazione pubblica significa fissare degli obiettivi e individuare degli indicatori che siano specchio fedele degli obiettivi stessi, rilevare sistematicamente (periodicamente) il valore degli indicatori in base a criteri oggettivi.

Valutare le performance significa invece interpretare le misure rilevate e il contributo offerto (risultato e modalità di raggiungimento del risultato ottenuto), e argomentare quanto, come e perché tale contributo abbia inciso sul conseguimento delle finalità dell'organizzazione.

Il sistema di misurazione e valutazione delle performance deve indicare: le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le relative responsabilità che rendono possibile un efficace funzionamento del sistema stesso; le procedure di conciliazione; le modalità di raccordo e di integrazione con preesistenti sistemi di controllo; le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio⁸¹.

La progettazione e l'implementazione di un sistema di misurazione e valutazione della performance rappresenta dunque un adempimento formale, ma nello stesso può rappresentare anche l'opportunità di dotarsi, come organizzazione, di uno strumento coerente e completo attraverso cui monitorare, misurare e valutare l'impatto e la bontà delle scelte strategiche e la capacità dell'ente di realizzare le linee strategiche attraverso le risorse a disposizione.

Il sistema offre l'opportunità di integrare gli strumenti già presenti nell'amministrazione con quelli di nuova introduzione indirizzando le pubbliche amministrazioni verso un modello gestionale che integri tutti gli

⁸¹ *D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 7, comma 3.*

ambiti e gli aspetti delle performance organizzativa e individuale.

Il d.lgs n. 150/2009 descrive nel dettaglio gli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa e della performance individuale⁸².

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa riguarda in particolare: l'attuazione delle politiche indirizzate alla soddisfazione dei bisogni della collettività; l'effettivo grado di attuazione di piani e programmi; il grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso il ricorso a tecniche interattive e partecipative; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali; lo sviluppo delle relazioni con i cittadini e gli stakeholder anche attraverso forme di partecipazione e collaborazione; l'efficienza nell'utilizzo delle risorse con particolare riferimento al contenimento dei costi e all'ottimizzazione delle tempistiche dei procedimenti amministrativi; la promozione delle pari opportunità.

Gli ambiti di valutazione della performance individuale riguardano invece: gli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; il raggiungimento di specifici obiettivi individuali; la qualità del contributo conferito alla performance generale della struttura; le competenze professionali e manageriali dimostrate; la capacità di valutazione dei propri collaboratori.

3.8.2 GLI ATTORI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.

Ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica⁸³ è dotata di "Organismi indipendenti

⁸² D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 8 e 9.

⁸³ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 14, comma 1.

di valutazione della performance” (OIV).

Tale organo interno sostituisce i precedenti nuclei di valutazione o nuclei interni di controllo ed è nominato, consultata la Commissione, direttamente dall’organo di indirizzo politico-amministrativo.

L’Organismo indipendente di valutazione ha il compito di monitorare il funzionamento del sistema di valutazione, la trasparenza e l’integrità dei controlli interni elaborando una relazione annuale sullo stato di salute del sistema stesso. Deve comunicare tempestivamente le criticità riscontrate agli organi interni competenti e all’amministrazione (oltre che alla Corte dei Conti, alla Commissione e all’Ispettorato per la funzione pubblica) e assicurarsi della correttezza dei processi di misurazione e valutazione delle performance e del correlato sistema premiante.

Inoltre, l’OIV propone all’organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l’attribuzione ad essi dei premi: vi è dunque una responsabilità condivisa tra OIV e organo di indirizzo politico nel monitoraggio delle performance.

Concorre infine al processo di misurazione e valutazione delle performance organizzativa e individuale anche l’organo di indirizzo politico-amministrativo di ogni amministrazione cui spetta il compito di promuovere la cultura del merito, della trasparenza, dell’integrità e della responsabilità per il miglioramento della performance.

L’Articolo 15 del decreto prevede che l’organo di indirizzo politico-amministrativo emani le direttive generali contenenti gli orientamenti strategici (in linea con la missione istituzionale dell’ente), definisca di concerto con i vertici dirigenziali dell’amministrazione il Piano e la

Relazione sulla performance, verifichi l'effettivo conseguimento degli obiettivi strategici e definisca il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (oltre ai relativi aggiornamenti annuali).

Infine partecipano al processo i dirigenti di ciascuna amministrazione i quali svolgono una funzione centrale nel ciclo di gestione della performance secondo quanto previsto dal disegno legislativo.

Il ruolo dei dirigenti è di fondamentale importanza poiché hanno il compito di indirizzare l'operato del personale verso il raggiungimento delle finalità dell'organizzazione.

I dirigenti, inoltre, collaborano in primo luogo nella fase ex ante di identificazione degli obiettivi strategici e operativi operando di concerto con gli organi di indirizzo politico e amministrativo.

Come indicato nell'Articolo 6, i dirigenti hanno il compito di supportare gli organi di indirizzo politico-amministrativo nel verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi prefissati e pongono in essere, ove necessario, eventuali interventi correttivi in corso d'esercizio. Inoltre effettuano la misurazione e valutazione della performance individuale del personale sulla base del raggiungimento di specifici obiettivi individuali o di gruppo e del contributo del singolo dipendente alla performance organizzativa⁸⁴.

Nel Titolo V, capo II, del decreto legislativo, dedicato alla dirigenza pubblica, il legislatore sottolinea la distinzione tra le funzioni di indirizzo e controllo di competenza degli organi di governo e le funzioni di gestione amministrativa che spettano alla dirigenza e identifica nelle procedure di valutazione dei dirigenti lo strumento per considerare o meno una possibile

⁸⁴ D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 19, comma 2

riconferma nell'incarico⁸⁵.

3.8.3 LA VALORIZZAZIONE DEL MERITO TRAMITE L'INCENTIVAZIONE.

Con il decreto legislativo n. 150/2009 il legislatore ha inteso spingere con determinazione, anche con un taglio coercitivo, all'introduzione di meccanismi di valorizzazione del merito legati da un lato all'implementazione di sistemi di misurazione e valutazione della performance, dall'altro all'erogazione di incentivi e premi monetari.

Le disposizioni riguardanti la valorizzazione del merito e il sistema premiante sono contenute nel Titolo III del decreto legislativo ("Merito e Premi") e riguardano in particolare la descrizione degli strumenti per la valorizzazione del merito e dei metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa secondo principi di selettività e concorsualità nelle progressioni di carriera e nel riconoscimento degli incentivi⁸⁶.

Tali meccanismi, per risultare efficaci, devono possedere caratteristiche di equità, ufficialità, imparzialità e trasparenza per poter rappresentare la base su cui fondare specifiche politiche di gestione del personale che si traducano a loro volta in sistemi operativi di incentivazione e sviluppo del personale (Cotta, 2010)⁸⁷.

⁸⁵ *La valutazione degli incarichi dirigenziali viene disciplinata in maniera organica nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) dell'area della dirigenza, in cui vengono enunciati i principi e le regole che normano l'impianto base del processo di valutazione.*

⁸⁶ *D.lgs n. 150/2009. Titolo III, Articolo 17, comma 1.*

⁸⁷ *COTTA R. Progettazione e introduzione del sistema di valutazione delle performance individuale in tre aziende sanitarie, Mecosan n.73, 2010.*

Con la Riforma Brunetta vengono introdotti nelle Pubbliche amministrazioni sistemi premianti per la dirigenza e il comparto, che devono essere supportati da un sistema di verifica equo e trasparente che permetta una valutazione che sia differenziabile, verificabile e di taglio fortemente meritocratico.

Nell'impianto normativo queste disposizioni si traducono nella distribuzione forzata delle valutazioni all'interno di tre macro-classi cui corrispondono differenti percentuali di incentivazione economica.

L'Articolo 18 del testo di riforma vieta esplicitamente la distribuzione di incentivi o premi in maniera indifferenziata o sulla base di automatismi in assenza di verifiche e attestazioni su sistemi di misurazione e valutazione adottati.

Il sistema di suddivisione delle valutazioni in tre fasce in cui collocare il personale (dirigenti e dipendenti) condiziona l'attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV): in ogni graduatoria, infatti, il personale è distribuito, a seconda del livello di performance conseguito, in modo che il venticinque per cento sia collocato nella fascia di merito alta alla quale corrisponde l'attribuzione del cinquanta per cento delle risorse destinate alla retribuzione accessoria; il cinquanta per cento del personale viene collocato nella fascia di merito intermedia cui corrisponde l'attribuzione del restante cinquanta per cento di risorse; il restante venticinque per cento si colloca nella fascia di merito bassa cui non corrisponde l'attribuzione di alcun trattamento accessorio⁸⁸.

Nel testo sono previste deroghe rendono tale prescrizione normativa un'opzione attivabile con differenti modalità a seconda delle variabili organizzative e culturali proprie dei diversi enti.

⁸⁸ D.lgs n. 150/2009. Titolo III, Articolo 19, comma 1.

Tuttavia, resta forte il carattere di obbligatorietà e forzatura dell'approccio normativo che si scontra col fatto che una volta implementati nelle diverse organizzazioni, tali sistemi acquisiscono una propria autonomia rispetto alle variabili ambientali e istituzionali.

3.8.4 MISURARE E VALUTARE LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.

Il concetto di “performance” è sicuramente uno dei fulcri del d.lgs. n. 150/2009, in particolare del titolo II.

Il termine “performance” ricorre infatti più di 90 volte⁸⁹ all'interno del testo normativo e tutti gli strumenti previsti dalla nuova legge sono tutti riferibili, più o meno direttamente, alla performance (Mastrogiuseppe & Ruffini, 2010)⁹⁰.

Il concetto di performance cui fare riferimento viene esplicitato dall'art. 8 del decreto in cui si afferma che la performance riguarda:

- a. L'effetto delle politiche attività sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- b. L'effettivo grado di attuazione di piani e programmi misura la capacità di un'organizzazione di portare a termine i propri progetti e programmi rispettando non soltanto i tempi ma anche i limiti di risorse previste a preventivo e gli standard qualitativi identificati;
- c. Il grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- d. La modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali, la cosiddetta capacità innovativa;
- e. Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con cittadini utenti

⁸⁹ *MINISTERO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E L'INNOVAZIONE, Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 50, Istruzioni per l'uso, 2009.*

⁹⁰ *MASTROGIUSEPPE P.; RUFFINI R. La riforma del lavoro tra continuità ed innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta, p. 21, Wolters Kluwer Italia, 2010.*

e portatori di interessi, ambito strettamente legato ai temi della trasparenza della PA e della partecipazione dei cittadini al ciclo della performance;

- f. L'efficienza nell'impiego delle risorse e dunque la ricerca di un miglior rapporto risultati-risorse;
- g. La qualità e quantità di prestazioni e servizi erogati;
- h. Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il concetto di performance non può essere dunque ridotto a condizioni di efficienza intesa come rapporto tra output e input di un processo produttivo, o di efficacia interna intesa quale adeguatezza dell'output rispetto agli obiettivi interni, o ancora all'efficacia esterna e dunque all'impatto dell'output prodotto sui bisogni manifestati dai soggetti "esterni" all'organizzazione. La performance è invece considerata come l'insieme di tutte queste condizioni⁹¹.

3.8.5 MISURARE E VALUTARE LA PERFORMANCE: IL COLLEGAMENTO TRA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E PERFORMANCE INDIVIDUALE.

Il concetto di valutazione delle performance è uno dei perni, insieme a quello della valorizzazione, su cui ruota tutta la logica della riforma Brunetta. Nel decreto legislativo n. 150 del 27 Ottobre 2009 infatti la valutazione interessa tanto la performance organizzativa quanto, a scendere, quella individuale.

Il decreto dispone che la misurazione e la valutazione della performance siano finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi offerti e alla crescita delle competenze professionali dei singoli attraverso la valorizzazione del merito da attuare, nel concreto, con l'erogazione di premi

⁹¹ MASTROGIUSEPPE P.; RUFFINI R. *La riforma del lavoro tra continuità ed innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta*, p. 23, Wolters Kluwer Italia, 2010.

per risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative⁹². Il collegamento tra performance individuale e organizzativa è reso ancor più esplicito nell'Articolo 3 del d.lgs n. 150 secondo cui 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.

La valutazione muove i passi da un approccio trasversale alla struttura andando a misurare la performance organizzativa. Tale componente riguarda la valutazione delle politiche messe in campo dall'amministrazione per soddisfare determinati bisogni della popolazione, del grado di soddisfacimento dei bisogni stessi, del livello di soddisfazione dei cittadini-utenti e del rispetto delle fasi e dei tempi previsti.

La valutazione della performance organizzativa ha indubbiamente importanti riflessi sulla misurazione della performance individuale⁹³.

Questa interazione spinge a delineare, fin dalla fase di programmazione, il contributo del singolo dipendente alla formazione della performance organizzativa.

Tale collegamento, insieme al fatto che le performance individuali definite nella fase di programmazione concorrono poi a formare gli obiettivi su cui esprimere un giudizio in fase di confronto con i risultati effettivamente ottenuti, fa sì che il ciclo delle performance possa realizzare un processo in grado di indirizzare i comportamenti degli individui allineandoli agli obiettivi dell'organizzazione (Barilà, 2010)⁹⁴.

⁹² D.lgs n. 150/2009. Titolo II, Articolo 3, comma 1.

⁹³ Il concetto di performance individuale fa riferimento sia alla prestazione erogata dal dipendente, sia alle competenze professionali e ai comportamenti. Gli ambiti di valutazione si riferiscono dunque non solo all'output lavorativo dell'individuo, ma anche alla persona stessa intesa come competenze e capacità in un'ottica orientata al futuro.

⁹⁴ BARILÀ M. Speciale Riforma Brunetta. Guide di valutazione e incentivi economici. Guida al pubblico impiego, 2010.

Alla luce di questa evidenza diventa fondamentale il ruolo svolto dalla classe dirigente delle pubbliche amministrazioni nell'indirizzare l'operato del personale verso il conseguimento delle finalità dell'unità organizzativa e nel dare dunque efficacia al ciclo delle performance stesso.

3.9 CONSIDERAZIONI CRITICHE RIGUARDO IL D.LGS. 150/2009.

Le innovazioni introdotte dal d.lgs. 150/2009, seppur rilevanti e importanti, devono essere analizzate e accolte ponendo un occhio di particolare riguardo alle condizioni organizzative, culturali, ambientali che caratterizzano le organizzazioni pubbliche.

In primo luogo è chiaramente illusorio pensare di modernizzare ed efficientare le pubbliche amministrazioni andando semplicemente a sanzionare i comportamenti non collaborativi del personale dipendente.

Allo stesso modo è altrettanto illusorio immaginare che gli organi di indirizzo politico diventino capaci, dall'oggi al domani, di indicare con precisione e tempestività obiettivi, priorità, piani e programmi da attuare⁹⁵.

In ultima analisi, è difficile immaginare che i dirigenti pubblici possano improvvisamente acquisire le competenze necessarie per la definizione di obiettivi per i soggetti di riferimento, o che possano all'improvviso migliorare i livelli di efficienza e di efficacia nello svolgimento dei processi decisionali, semplicemente grazie a delle disposizioni normative calate dall'alto.

Per rendere realmente operative e incisive le disposizioni normative e i principi di fondo introdotti dal d.lgs. 150/2009 è necessario, adottando una logica orientata al medio-lungo termine, investire risorse ed energie sulle dinamiche culturali attraverso percorsi formativi diffusi all'interno delle organizzazioni e l'adozione di logiche manageriale- collaborative.

⁹⁵ D.lgs n. 165/2001. Articolo 14, comma 1.

3.9.1 L'APPROCCIO FORMALISTICO-BUROCRAICO ALLE DINAMICHE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.

Uno dei primi elementi di criticità che è possibile riscontrare è la mancanza, pressoché totale, di strumenti, prassi o prescrizioni che promuovano il coinvolgimento del valutato al processo di misurazione e valutazione della performance.

Un limite della riforma è il fatto che indirizzare i sistemi di valutazione verso una distribuzione forzata degli incentivi economici è diverso dal progettare un sistema di valutazione effettivamente ancorato alla crescita professionale e umana delle persone e allo sviluppo dell'organizzazione.

In diversi punti dell'intervento normativo emerge come il legislatore abbia sposato, in particolare nel delineare le nuove regole del lavoro pubblico, un'impostazione della gestione del personale di stampo formalistico-burocratico (Carabelli, 2010)⁹⁶.

L'adozione di tale logica risulta evidente in particolare nelle nuove disposizioni normative in materia di poteri dirigenziali, di potere disciplinare e di contrattazione integrativa.

Criticità possono emergere altresì anche all'interno delle dinamiche sindacali: tra le caratteristiche di un buon manager vi è sicuramente la capacità di instaurare e coltivare buone relazioni sindacali e contrattuali.

Tuttavia, difficilmente tali condizioni potranno svilupparsi soltanto tramite senso lato che il supporto di un assetto legislativo che autorizzi, o vincoli addirittura, il dirigente ad operare in una determinata maniera; le condizioni che andrebbero ricercate sono, al contrario, la diffusione, anche attraverso percorsi formativi incisivi, di una cultura manageriale e organizzativa in

⁹⁶ CARABELLI U. *La Riforma Brunetta: un breve quadro sistematico delle novità legislative e alcune considerazioni critiche*. WP C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona", n. 101, p. 27, 2010.

permetta al dirigente pubblico di far proprie anche competenze specifiche sul piano sindacale⁹⁷.

Allo stesso modo, anche la previsione normativa che impone al dirigente un vincolo a esercitare il potere disciplinare nei confronti dei propri dipendenti appare essere conseguenza dell'adozione di una concezione neo-autoritaria della gestione del personale e del postulato secondo il quale il potere disciplinare costituisce di per sé la strada principale per conseguire un miglioramento dei livelli di efficienza all'interno del comparto pubblico.

Tale ultimo aspetto rappresenta inoltre una forte anomalia rispetto a quanto avviene nel settore privato. Il dirigente privato, infatti, gode sempre, o comunque dovrebbe sempre godere, di un'ampia discrezionalità nell'esercizio delle proprie funzioni manageriali in generale e, in particolare, nell'esercizio del potere disciplinare esercitato su delega del datore di lavoro.

È proprio tale discrezionalità che può contribuire a valorizzare la funzione dissuasiva dello stesso strumento sanzionatorio: la possibilità di “minacciare” l'esercizio di tale strumento rappresenta un carattere essenziale del potere disciplinare poiché, talvolta, la “minaccia” di una sanzione può essere di per sé sufficiente e talvolta funzionalmente più utile rispetto all'applicazione della sanzione stessa (in particolare in caso di infrazioni di scarsa rilevanza)⁹⁸.

Ed è proprio tale discrezionalità che viene sottratta al dirigente pubblico, obbligato ad esercitare sempre il potere disciplinare. Tuttavia, come è risaputo, il ricorso inflessibile allo strumento sanzionatorio non può essere

⁹⁷ CARABELLI U. *La Riforma Brunetta: un breve quadro sistematico delle novità legislative e alcune considerazioni critiche*. WP C.S.D.L.E. “Massimo D'Antona”, n. 101, p. 28, 2010.

⁹⁸ CARABELLI U. *La Riforma Brunetta: un breve quadro sistematico delle novità legislative e alcune considerazioni critiche*. WP C.S.D.L.E. “Massimo D'Antona”, n. 101, p. 30, 2010.

idoneo o sufficiente a stimolare un atteggiamento proattivo e partecipativo nei lavoratori.

3.9.2 LE PROBLEMATICHE RELATIVE AI SISTEMI DI INCENTIVAZIONE.

Il legislatore, nel tradurre a livello normativo il principio meritocratico, ha accolto l'adozione della elementare regola (ma non sempre efficace) de "il bastone e la carota", facendo proprio il binomio comando-autorità e non dando abbastanza importanza ad elementi quali il coinvolgimento, la motivazione, la valorizzazione delle competenze.

Un ulteriore limite nasce dalla struttura stessa del sistema premiante previsto dal d.lgs. 150/2009: l'articolo 19 del decreto prevede infatti che l'Organismo Indipendente compili una graduatoria interna del personale, dirigente e non, in modo che:

- a. Il venticinque per cento sia collocato nella fascia di merito alta, alla quale corrisponde l'attribuzione del cinquanta per cento del trattamento accessorio;
- b. Il cinquanta per cento sia collocato nella fascia di merito intermedia, alla quale corrisponde l'attribuzione del cinquanta per cento;
- c. Il restante venticinque per cento sia collocato nella fascia di merito bassa, alla quale non corrisponde l'attribuzione di alcun trattamento accessorio.

È evidente come, tuttavia, il parametro meritocratico utilizzato in questo processo non è relativo a un livello di performance individuale assoluto, bensì a un livello di performance relativo alla realtà organizzativa e all'ambiente in cui il singolo individuo è inserito. Se un singolo individuo è inefficiente, ma poco meno dei suoi colleghi, allora gli spetterà un premio; allo stesso modo un dipendente, mediamente più che efficiente ed operoso in senso assoluto ma meno produttivo rispetto ai suoi colleghi diretti, può non vedersi

corrisposto alcun premio⁹⁹.

Il rischio cui si può incorrere è quello, da un lato, di andare a implementare un sistema di valutazione e gestione della performance omogeneo nella forma ma non nella sostanza, dall'altro di generare circoli viziosi che portano a livellare la performance verso il basso e non verso l'alto.

In alcuni casi si può addirittura alimentare un patto "collusivo" tra valutatori e valutati al fine di depotenziare la valutazione. Questa tendenza è alimentata dal timore, dal lato dei valutatori e della classe dirigente degli enti pubblici, che l'introduzione di un sistema di valutazione delle performance permeante e diffuso possa favorire la nascita di conflitti e tensioni in seno all'organizzazione¹⁰⁰.

Nella prassi è stata inoltre applicata la cosiddetta incentivazione a pioggia cui si accompagnano, in alcuni casi, valutazioni effettuate per mero adempimento formale e per necessità imposta dalla normativa. In questo modo si è favorito lo sviluppo di una valutazione di carattere formale senza misurarsi con la dimensione culturale e relazionale del processo di formazione della performance.

Un ulteriore limite del sistema di incentivazione previsto è la difficoltà incontrata nell'implementare tale sistema premiante in assenza di modifiche dei rapporti contrattuali in essere poiché le norme della riforma incidenti sulle relazioni sindacali debbono attendere, per la loro operatività, la stipulazione dei contratti nazionali collettivi successivi alla riforma stessa.

⁹⁹ GUSTINI G. *Valutazioni critiche sul D.L.vo 150/2009 (Decreto Brunetta)*. A.N.D.I.S. di Viterbo. 2012.

¹⁰⁰ COTTA R. *Progettazione e introduzione del sistema di valutazione delle performance individuale in tre aziende, Mecosan nr.73, 2010*

CAPITOLO 4.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DELL'AREA VASTA TRE.

4.1 IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE DELLE MARCHE: IL CONTESTO NORMATIVO.

In attuazione degli art. 32 e 117 della Costituzione, la Regione Marche assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso il Servizio Sanitario Regionale, il quale salvaguarda i principi di solidarietà, equità e universalità. La regionalizzazione del SSN vede una forte fase di riforma a partire dal 1992-93 (d.lg 502/92¹⁰¹ e d.lg 517/1993) rafforzata poi con il D.lg n. 56/2000).

La Legge regionale disciplina il riordino del Servizio Sanitario Regionale, definendo l'insieme delle attività, funzioni e strutture che sono volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e della comunità.

Il Servizio Sanitario Regionale delle Marche, coerentemente con i principi e gli obiettivi della legge n. 833 del 23 Dicembre

1978¹⁰², svolge le funzioni di:

¹⁰¹ Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, TITOLO I, Art. 1: "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale".

¹⁰² La Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 in materia di "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" rappresenta uno dei principali punti di svolta nel percorso di piena attuazione legislativa dei principi racchiusi nell'Art. 32 della Costituzione. Al TITOLO I, Capo I, Art. 1 della Legge 833/1978 il legislatore sottolinea come "il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio."

- Identificazione dei bisogni di salute e della conseguente domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie della comunità marchigiana;
- Ricerca della coerenza e dell'adeguatezza dell'offerta di prestazioni pubbliche e private con le necessità identificate e con le risorse programmate;
- Risposta alla domanda di benessere della comunità attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni;
- Ricerca della qualità dell'assistenza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficienza dei servizi e dell'economicità nell'impiego delle risorse disponibili;
- Coinvolgimento e partecipazione dei cittadini nelle scelte programmatiche. Un ruolo centrale nella funzione di programmazione è svolto dal Piano Sociosanitario regionale (PSSR) approvato dal Consiglio Regionale dopo aver acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria. Tale documento, elaborato in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, assicura l'integrazione con il Piano Sociale Integrato Regionale (promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e individua:
 - Gli obiettivi di salute, le aree di intervento prioritarie, le esigenze di salute rilevate o espresse;
 - I livelli di assistenza definiti attraverso indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali; standard di servizi; pacchetti assistenziali integrati;
 - L'organizzazione di dettaglio del Servizio Sanitario Regionale;
 - I criteri per la definizione dei programmi di intervento e dei progetti obiettivo di rilievo regionale;
 - Il quadro delle risorse finanziarie da destinare nel periodo di vigenza al Servizio Sanitario Regionale;

- Gli indicatori e i parametri per la verifica della qualità e dei costi delle prestazioni erogate, nonché per la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.

L'art.4 della Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del SSR), ha istituito l'Agenzia Regionale Sanitaria (A.R.S.) che è lo strumento operativo per la gestione delle funzioni del SSR all'interno della Regione Marche con riferimento alle seguenti materie:

- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro;
- integrazione sociosanitaria;
- sanità veterinaria.

Obiettivo strategico dell'ASUR è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e la sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali.

L'Agenzia Regionale Sanitaria (A.R.S.) è soggetto di diritto pubblico, dotato di personalità giuridica, di autonomia amministrativa e contabile. La posizione apicale è ricoperta da un Direttore della Giunta regionale, la quale definisce anche gli obiettivi dell'A.R.S.

Con la legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del SSR) è stato riorganizzato il SSR e sono stati disciplinati i seguenti Enti del SSR:

- L'ASUR con sede in Ancona;
- L'Azienda ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I -G.M. Lancisi- G.Salesi", con sede in Ancona.

L'ASUR è la fusione per incorporazione nell'ex Azienda U.S.L. 7 di Ancona delle altre dodici ASL. L'esperienza di un'unica azienda sanitaria nella Regione è stata la prima in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intero territorio regionale e con una popolazione assistita di più di 1.500.000 di cittadini.

L'ASUR ha funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo a livello centralizzato dell'attività aziendale e di Area vasta, nel rispetto degli obiettivi e delle direttive impartite dalla Giunta Regionale. È articolata in Aree Vaste Territoriali, Distretti e Presidi Ospedalieri. In tale contesto, l'ASUR conserva la propria mission di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche.

Ogni Area Vasta, derivante dall'accorpamento delle precedenti Zone territoriali, è dotata di autonomia gestionale tecnico-professionale, è soggetta a rendicontazione analitica, da' corso alle procedure e agli atti finalizzati all'instaurazione con terzi di rapporti giuridici aventi valenza nel relativo territorio e provvede alla gestione diretta e ai relativi rapporti; ha il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria. Organo apicale dell'Area Vasta è il relativo Direttore, individuato e nominato dalla Giunta regionale su proposta del Direttore generale dell'A.S.U.R.

Le Aree Vaste sono cinque:

- Area Vasta Territoriale n.1 (comprendente Pesaro, Urbino, Fano);
- Area Vasta Territoriale n.2 (comprendente Ancona, Senigallia, Jesi, Fabriano);

- Area Vasta Territoriale n.3 (comprendente Civitanova Marche, Macerata, Camerino.);
- Area Vasta Territoriale n.4 (comprendente Fermo);
- Area Vasta Territoriale n. 5 (comprendente San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno).



Figure: le aree vaste

L’Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi” concorre al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio-sanitaria regionale, nonché alla realizzazione dei compiti istituzionali dell’Università.

Detti presidi sono dotati di autonomia gestionale e operativa nell’ambito degli obiettivi e dei budget fissati dalla Giunta regionale. L’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord” assicura l’esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e il

coordinamento delle attività dei servizi territoriali delle zone di riferimento.

Essa opera sui seguenti stabilimenti:

- Presidio “San Salvatore”, con sede in Piazzale Cinelli n. 1 di Pesaro;
- Presidio “San Salvatore”, con sede in Via Lombroso n. 1, loc. Muraglia, di Pesaro;
- Presidio “Santa Croce”, con sede in Via Vittorio Veneto n. 2 di Fano.

L’organo apicale è il Direttore generale, nominato dalla Giunta Regionale.

Con legge regionale 21 dicembre 2006, n. 21 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell’Istituto ricovero e cura a carattere scientifico “I.N.R.C.A.” di Ancona), è stato disciplinato l’assetto dell’Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (I.N.R.C.A.). Ha carattere Scientifico a rilevanza nazionale non trasformato in fondazione, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del d.lg. 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

L’I.N.R.C.A. ha sede legale ad Ancona e sedi periferiche nelle regioni Lombardia, Calabria e Marche; svolge attività di ricerca e assistenza nei confronti della popolazione anziana, intervenendo nella prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e poli patologie disabilitanti.

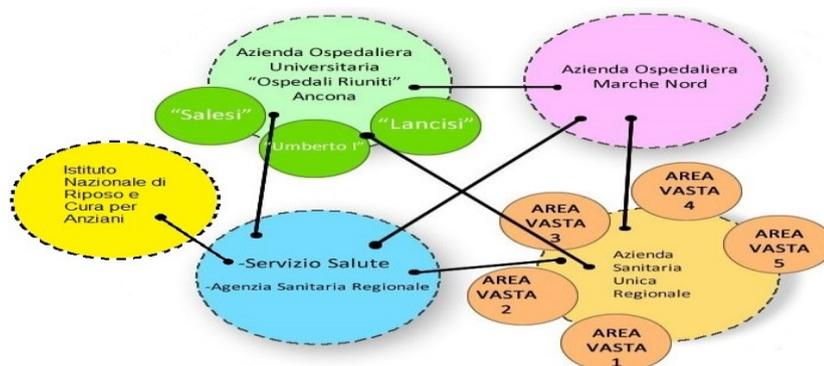


FIGURE 9: le principali articolazioni del sistema sanitario nella regione Marche

4.2 IL RUOLO DELLA REGIONE

È compito della Regione disciplinare il Servizio Sanitario regionale approvando il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) e il Piano triennale degli interventi e dei servizi sociali in modo da favorire l'integrazione tra sanità e sociale.

La funzione di programmazione della Regione comprende la definizione di regole e comportamenti tali da garantire la funzionalità del sistema nel suo complesso attraverso la differenziazione dei ruoli, l'attribuzione di responsabilità e il bilanciamento dei poteri, la messa in atto di meccanismi e strumenti a supporto degli attori del sistema, il perseguimento degli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità.

Nello svolgimento della funzione di indirizzo la Regione deve: ricercare un utilizzo di misure e linguaggi il più possibile standardizzato (al fine di permettere la valutazione tra i diversi soggetti); implementare un sistema informativo coerente e omogeneo; promuovere comportamenti comuni e condivisi; rendere chiari e ben definiti i confini dei ruoli e delle competenze. La funzione di controllo è orientata al complessivo governo dei risultati in termini di salute: la Regione, in quanto garante del sistema sanitario, ha il compito di valutare complessivamente gli impatti e i costi finali della tutela della salute.

Tale tipo di valutazione è caratterizzata da un elevato grado di difficoltà e complessità in quanto ha ad oggetto elementi quali: il livello di funzionamento complessivo del sistema di protezione sociale; le dimensioni di equità, universalità e imparzialità del sistema stesso; la trasparenza delle scelte in relazione alla scarsità delle risorse disponibili; il valore aggiunto che viene conferito alla comunità in termini di sviluppo economico, tecnologico, di partecipazione al servizio pubblico di cittadini, imprese, no profit e associazioni di volontariato.

Secondo la nuova concezione, l'ospedale deve essere strutturato secondo modelli a intensità di cure superando le rigidità dei vecchi modelli “a divisioni”, in modo da poter rispondere in modo più efficiente alle diverse esigenze delle acuzie cosicché gli utenti percepiscano in maniera netta la sensazione di presa in carico delle loro problematiche da parte dei professionisti.

Nel nuovo modello emergono le innovative figure degli “hospitalists”¹⁰³, soggetti responsabili della continuità dei percorsi dei pazienti, e dei “consultants”: gli specialisti debbono dare risposte coordinate agli utenti nelle varie aree di intensità fino al momento del riaffido ai servizi territoriali e ai medici di medicina generale.

La logica di fondo della nuova visione dell'ospedale ha come punto centrale l'approccio alla persona come un'entità unica e non come un insieme di apparati e organi.

Uno degli obiettivi più importanti e innovativi del PSSR è sicuramente la continuità assistenziale e l'integrazione sociosanitaria. Tale risultato può essere ottenuto attraverso l'implementazione di un sistema a rete nel quale può svilupparsi una forte sinergia operativa tra le diverse categorie di prestazioni e i servizi della rete stessa. (F. Mercuri, Mecosan)

Tra gli strumenti utilizzabili per conseguire l'obiettivo della continuità assistenziale si trovano:

- a. I percorsi diagnostico-terapeutici (PDT);
- b. I protocolli operativi relativi alla continuità tra attività ospedaliere e attività distrettuali;

¹⁰³ Il termine “hospitalist” fu coniato nel 1996 da Robert Wachter e Lee Goldman per indicare uno specialista nella cura di pazienti ricoverati (National Health Policy Forum. Brief Issue n. 842. 30 Marzo 2011).

- c. Le prestazioni domiciliari e residenziali;
- d. Le linee guida che indirizzano i diversi comportamenti delle unità organizzative al fine di perseguire omogeneità nell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- e. L'assistenza medica di base lungo le 24 ore;
- f. L'integrazione sociosanitaria ovvero tutte quelle azioni che collegano le prestazioni sanitarie a quelle assistenziali erogate dai Comuni.

Con riferimento a questi obiettivi, il PSSR identifica i tratti che devono caratterizzare la risposta territoriale in:

- Accesso facilitato attraverso la predisposizione dello Sportello Integrato Distrettuale;
- Presenza di attività di valutazione multidimensionale e di continuità assistenziale tra azioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione;
- Integrazione sociosanitaria.

4.3 L'ARTICOLAZIONE DELLE AREE VASTE.

Al fine di garantire l'erogazione di un insieme di prestazioni e servizi sociosanitari integrati con l'offerta della rete ospedaliera, le Aree Vaste si articolano, oltre che nei presidi ospedalieri già descritti in precedenza, in Distretti Sanitari, Area Dipartimentale di Prevenzione e Dipartimenti.

I Distretti Sanitari, solitamente di estensione sovracomunale ma inferiore a quella della Area Vasta stessa, hanno il compito di valutare i bisogni della popolazione di riferimento e la relativa domanda di prestazioni e servizi, di garantire l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni e di erogare tali prestazioni e servizi secondo le modalità stabilite in fase di programmazione e sulla base delle risorse stanziare.

Una delle funzioni fondamentali del Distretto Sanitario è quella di favorire il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dalle farmacie convenzionate, con le

prestazioni e servizi erogati dalle strutture gestite direttamente dal distretto stesso, dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere accreditate.

Tra le attività garantite all'interno del distretto si trovano:

- a. L'assistenza specialistica ambulatoriale;
- b. Le attività e servizi consultoriali¹⁰⁴ per la tutela della salute dell'infanzia, della maternità e della famiglia;
- c. I servizi rivolti ad anziani e disabili;
- d. Cure domiciliari per pazienti oncologici e terminali;
- e. Le attività e i servizi di assistenza domiciliare integrata.

È all'interno del distretto, inoltre, che trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di prevenzione.

Secondo le linee guida del Piano Sociosanitario Regionale, i Distretti Sanitari devono inoltre provvedere a rafforzare l'integrazione sociosanitaria nei percorsi tra presidi ospedalieri, cure intermedie, cure domiciliari e residenziali tramite lo sviluppo dell'utilizzo di unità di valutazione multidimensionale.

4.4 IL MODELLO “HEALTH NETWORK”.

La nuova tendenza che va affermandosi negli ultimi decenni è caratterizzata dalla formulazione di piani di cura personalizzati, basati sulle linee guida emanate dalle società scientifiche o da organismi nazionali accreditati e

¹⁰⁴ “Il Consultorio Familiare è la struttura complessa che, all'interno del Dipartimento delle Attività Distrettuali, attiva programmi di tutela della maternità, di sostegno e promozione della responsabilità genitoriale, di informazione e formazione sulle scelte procreative coscienti e responsabili, di sostegno e tutela ai problemi degli adolescenti e di prevenzione dell'aborto, particolarmente per l'area giovanile e delle donne immigrate” (dal “Piano Sociosanitario Regionale 2009-2011. Regione Marche”).

ancorati alle prove secondo i principi della “Evidence based healthcare”¹⁰⁵. Il modello organizzativo che meglio si presta allo sviluppo di questi principi è quello della rete o “health network”, in cui i vari soggetti che operano nel sistema sanitario ai vari livelli di complessità svolgono ruoli ben definiti dalle linee guida e sono collegati a doppio filo tra loro da un sistema informativo.

A livello generale, il modello a rete è quel modello organizzativo che comporta l'utilizzo di diffusi meccanismi di coordinamento tra i vari attori sociali diversi da quelli tradizionalmente usati nei sistemi caratterizzati da una forte impronta gerarchica.

Il modello a rete, infatti, prevede che gli attori presenti nel sistema mantengano elevati gradi di autonomia e discrezionalità nelle scelte e nell'esercitare la propria azione e che, allo stesso tempo, rinuncino all'opportunismo nelle loro relazioni in modo da improntare le stesse alla mutualità e alla cooperazione.

L'implementazione di un sistema a rete implica l'adozione di meccanismi di coordinamento non-gerarchici, che possono funzionare solo se supportati da una cultura organizzativa fondata sulla partecipazione degli attori e sulla consapevolezza della complessità del sistema in cui si opera (Cicchetti & Mascia, 2007)¹⁰⁶.

I professionisti coinvolti dalla Regione Marche, nella definizione del Piano, hanno individuato quattro reti verticali (prevenzione, acuzie, cronicità e

¹⁰⁵ *partire dalla fine degli anni Ottanta, l'assistenza sanitaria basata sulle prove (Evidence-based Health Care, EbHC) è andata proponendosi all'attenzione degli operatori della Sanità internazionale come un corpo di regole metodologiche ed etiche articolato e rigoroso, fondamentale nella produzione, selezione e applicazione delle conoscenze nei diversi ambiti sanitari: in quello clinico, in quello infermieristico ed in quello della programmazione e della gestione dei sistemi e dei servizi. Sono dunque queste le tre macro- aree di applicazione dei principi della EbHC: Evidence-based medicine, Evidence-based nursing ed Health Technology Assesment.*

¹⁰⁶ *CICCHETTI A., MASCIA D. “Organizzare le reti in sanità: teorie, strumenti, e applicazioni di social network analysis.” Mecosan, 61, 2007.*

riabilitazione) cui si intersecano le reti orizzontali in modo da assicurare la necessaria integrazione tra le prestazioni e da organizzare un percorso assistenziale omogeneo e fattibile composto da diverse unità organizzative non necessariamente collocate nella stessa sede.

La direttrice orizzontale del nuovo sistema costituisce lo sfondo del sistema sanitario stesso mentre sulla componente verticale si sviluppano reti cliniche che danno origine e mantengono percorsi diagnostici e terapeutici¹⁰⁷.

Con l'adozione di un "health network" la Regione Marche si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- La reingegnerizzazione del sistema nel suo complesso in funzione di offrire una risposta maggiormente adeguata e appropriata alle cronicità;
- Individuare obiettivi triennali adeguati ai bisogni emergenti di salute espressi dalla popolazione residente;
- Sviluppare i servizi territoriali sinergicamente con la rete ospedaliera in modo da garantire efficientemente ed efficacemente la continuità assistenziale e il supporto alle fragilità/cronicità.

La tendenza alla deregulation, molto spiccata nel recente passato, viene sostituita dalla ricerca di un forte governo centrale al fine di garantire un accentuato governo dei processi. In secondo luogo, si passa da un'ottica orientata alla competizione, accentuata dal processo di deregulation sopra

¹⁰⁷ La Regione Marche identifica tre macro-categorie di reti. Le reti verticali: rete prevenzione; rete emergenza urgenza acuzie; rete fragilità e cronicità; rete riabilitazione. Le reti orizzontali: rete allergologica; rete anziani; rete cardiologia; rete chirurgia vascolare; rete cure palliative; rete demenze; rete Endocrinologia e malattie del ricambio; rete nutrizione clinica e dietologia; rete disabilità; rete genetica; rete malattie rare; rete malattie infettive; rete medicina complementare; rete nefrologica; rete neurologica; rete oculistica; rete odontoiatrica; rete oncologica ematologia radioterapica; rete ORL; rete ortopedica; rete neonatologia – pediatria; rete pneumologica; rete politrauma; rete psichiatria e dipendenze; rete psicologi; rete reumatologica; rete salute in carcere; rete trapianti; rete urologia; rete veterinaria; rete professioni non mediche. Le reti di sistema: rete diagnostica di laboratorio; rete farmaceutica; rete HTA; rete informatica; rete radiologia; rete rischio clinico; rete trasfusionale.

accennato, a un'ottica di cooPETizione¹⁰⁸ inserendo il cosiddetto “premio alla salute” in modo da non valorizzare la sola produzione bensì premiare quelle aziende e operatori che abbattano gli indici di diffusione delle malattie. Alcuni esempi di meccanismi di cooPETizione nell'ambito sanitario riguardano la creazione di consorzi unici d'acquisto e di dipartimenti sanitari interaziendali, la definizione di protocolli di cura da parte di gruppi di sanitari provenienti da differenti contesti aziendali e la stesura di accordi inter-organizzativi che specificano l'ambito di operatività di ogni azienda costituiscono solo alcuni esempi delle tipologie di collaborazione in atto. In molti contesti la costruzione di ambiti di cooperazione non ha comportato la totale eliminazione della competizione tra aziende sanitarie pubbliche, ma ha creato le condizioni per la costituzione di cosiddetti mercati competitivi, contesti in cui tali organizzazioni simultaneamente cooperano e competono” (Barretta, 2007)¹⁰⁹.

La logica di cooperazione è una condizione necessaria per poter implementare percorsi assistenziali realmente integrati e per attuare quel sistema a rete identificato nel PSSR.

4.5 IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE MARCHE: IL PIANO DELLE PERFORMANCE.

Con Det. 241//DG del 29/04/2019, l'Asur ha approvato il Piano delle Performance per il triennio 2019-2021. In esso sono evidenziati gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché' lo sviluppo di indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Asur, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del Dlgs 150/2009 e art. 10,

¹⁰⁸ La situazione in cui sono evidenti comportamenti competitivi e contestuali atteggiamenti cooperativi delineano un contesto definibile di cooPETizione o, in inglese, “coopetition”. (Bengtsson, Kock, 2000)

¹⁰⁹ A. BARRETTA “Il dualismo competizione/ cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi” *Mecosan*, 61, 2007.

comma 8, Dlg 33/2013).

Con il Piano delle Performance, l'ASUR ha dato avvio al Ciclo di Gestione della Performance per l'anno 2019 e con la Relazione sulla Performance conclude tale ciclo, illustrando a tutti i cittadini e a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2019 e adempiendo alle disposizioni contenute nell'art. 10, comma 1, lettera b, del Dlgs n.150 del 2009.

La Relazione, in coerenza con le finalità indicate dalle linee guida, persegue i seguenti obiettivi:

- miglioramento gestionale, grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo delle performance;
- disporre di uno strumento di accountability, attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti -e le relative cause- rispetto agli obiettivi programmati.

La misurazione e la valutazione della Performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre a proporre percorsi di miglioramento continuo delle performance. Il documento esplicita e declina la programmazione strategica anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di aver conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

La peculiarità dell'Asur, quale Azienda unica della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. A definire il quadro normativo per la contrattazione decentrata è intervenuta, da ultima, la Legge reg. n.8 del 21 marzo 2017 che ha confermato l'Area Vasta come unità amministrativa autonoma ai fini della contrattazione collettiva, che

avviene tra la delegazione trattante di parte pubblica nominata dal Direttore Generale e quella di parte sindacale specifica di ciascuna Area Vasta.

4.6 IL MODELLO ORGANIZZATIVO E IL SUO FUNZIONAMENTO: GLI ORGANI DELL'AZIENDA E LE LORO FUNZIONI.

L'Azienda definisce la propria organizzazione e i processi operativi più appropriati per rispondere alle indicazioni del governo regionale e delle Comunità Locali, con specifico riguardo agli obiettivi clinico-assistenziali ed economico-finanziari del Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda, nella definizione del proprio modello organizzativo si è ispirata ai seguenti principi¹¹⁰:

- a. Centralità del beneficiario del servizio;
- b. Equità ed efficacia dell'azione;
- c. Economicità ed efficienza produttiva;
- d. Trasparenza nei processi decisionali, nelle modalità di erogazione e accesso ai servizi;
- e. Partecipazione dei professionisti che operano in essa;
- f. Innovazione;
- g. Miglioramento della qualità;
- h. Partecipazione dei cittadini.

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio dei Direttori di Zona e il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale¹¹¹ rappresenta legalmente l'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva e del perseguimento degli obiettivi indicati dalla Regione avvalendosi dell'attività degli organi e delle strutture aziendali.

¹¹⁰ Art.5 LR 13/3

¹¹¹ Art. 3 bis del Dlgs 502/1992

Il Collegio Sindacale, composto da cinque membri in carica per tre anni, ha il compito di verificare l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, di vigilare sull'osservanza della legge (anche a livello di regolarità contabile e di bilancio), di svolgere periodicamente verifiche di cassa e di relazionare periodicamente alla Regione e alla Conferenza dei Sindaci riguardo i risultati dei riscontri eseguiti.

Il Collegio dei Direttori di Zona è composto dai Direttori delle 13 Zone territoriali ed è presieduto dal Direttore più anziano. È l'organo consultivo del Direttore Generale nell'espletamento delle funzioni di pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi, e della valutazione dei risultati clinici conseguiti. Concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

La composizione del Collegio di Direzione è molto variegata in quanto comprende: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Amministrativo, i direttori dei Dipartimenti, il direttore medico del Presidio Ospedaliero, i direttori di distretto, un responsabile della dirigenza sanitaria non medica, un medico di medicina generale (convenzionato con la ASL stessa), un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla legge 42/1999. La Direzione Aziendale è invece composta dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo¹¹².

Il governo clinico, inteso come l'insieme dei modelli e dei sistemi volti al governare i comportamenti clinico-assistenziali al fine di ricercare la massima appropriatezza delle prestazioni, è posto in capo al Direttore

¹¹² Art. 3 comma 6 del Dlg n.502/92, come da ultimo modificato dall'art.3 n.229/99.

Sanitario coadiuvato dalle funzioni di Staff.

Il governo economico-finanziario, finalizzato a garantire la compatibilità tra i livelli di assistenza programmati e l'allocazione di risorse per l'esercizio della produzione, è posto in capo al Direttore Amministrativo, anch'esso coadiuvato dalle funzioni di Staff.

L'articolazione dell'Azienda, che si organizza per Dipartimenti, vede la compresenza di diversi elementi:

- a. Distretti Sanitari;
- b. Presidi Ospedalieri;
- c. Area dipartimentale di prevenzione;
- d. Area dipartimentale di salute mentale e delle dipendenze.

Il Distretto è un'articolazione organizzativa territoriale che contribuisce al raggiungimento della missione aziendale provvedendo al governo della domanda di salute della popolazione di riferimento, funzione di vitale importanza all'interno del sistema sanitario. Il Distretto deve inoltre garantire la gestione ed erogazione di servizi di assistenza primaria.

I Distretti sono organizzati nel "Dipartimento delle cure primarie ed attività distrettuali" e al loro interno trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del "Dipartimento di prevenzione", con riferimento ai servizi alla persona, e del "Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze".

L'Azienda Sanitaria Marche è organizzata in tredici distretti sociosanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali ben definiti:

Tra le funzioni del Distretto è possibile identificare:

- a. La valutazione dei bisogni e delle domande di prestazioni e servizi della popolazione di riferimento;
- b. Integrazione tra servizi e prestazioni sanitari e socio-sanitari ed attività sociali, nonché tra questi e le prestazioni ospedaliere;

c. Garantire alla popolazione l'effettiva disponibilità, accessibilità e fruibilità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazioni sanitaria;

d. La gestione ed erogazione dei servizi di assistenza primaria individuati dai programmi del Ministero della Salute sui livelli di assistenza distrettuale. I 5 Presidi Ospedalieri sono strutture tecnico-funzionale dell'Azienda che garantiscono in conformità alla programmazione aziendale, l'erogazione delle prestazioni di emergenza-urgenza, di ricovero, ambulatoriali e specialistiche, integrate nella rete dei servizi territoriali.

Tutte le attività dell'Azienda sono organizzate in Dipartimenti¹¹³.

Il Dipartimento è una articolazione organizzativa integrata costituita da una pluralità di Strutture Organizzative (Strutture Complesse e Strutture Semplici a valenza dipartimentale) omogenee, che perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

Il Dipartimento contribuisce alla realizzazione delle strategie aziendali attraverso il coordinamento delle strutture appartenenti al dipartimento stesso, delle attività e delle risorse assegnate.

Il Direttore Generale individua le componenti organizzative dei Dipartimenti stessi, ne definisce finalità, responsabilità, interdipendenze e la natura strutturale o funzionale.

Le funzioni demandate ai Dipartimenti comprendono:

o La programmazione annuale delle attività e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento e delle Strutture che fanno riferimento a quest'ultimo;

¹¹³ Det.ASUR n.361/DG del 23/06/2017;

- o L'adozione delle modalità di gestione e organizzazione delle risorse umane in accordo con i Responsabili delle Strutture e/o del responsabile d'Area Professionale (RAP), e delle risorse tecnologiche in modo da assicurarne un migliore utilizzo comune e realizzare economie di scala mantenendo ottimale il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate;
- o Il coordinamento e sviluppo di attività cliniche, di controllo sulla qualità, di gestione del rischio, di ricerca;
- o Il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative e tecniche;
- o Il miglioramento dei processi clinico assistenziali attraverso definizione e adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici;
- o La valorizzazione delle risorse umane che operano all'interno del Dipartimento attraverso promozione, mantenimento, sviluppo delle conoscenze e delle competenze, sviluppo e formazione;
- o La partecipazione al processo decisionale relativo alle linee di sviluppo strategico supportando la Direzione Aziendale nell'elaborazione del Piano Strategico Aziendale.

Per quanto attiene all'Area Sanitaria, l'organizzazione aziendale è regolamentata dalla Det. Asur n 742/DG del 31/12/2019 e successive modifiche, con cui si aggiorna l'assetto organizzativo che stabilisce le Unità Operative complesse presenti nelle singole Aree Vaste, raggruppabili nelle seguenti Aree: Dipartimento di Prevenzione, Territorio, Staff, Dipartimento Area Medica, Dipartimento Specialità medica, Dipartimento Area chirurgica, Dipartimento specialità Chirurgica, Dipartimento Materno infantile, Dipartimento Urgenze, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento

Salute mentale, Dipartimento Dipendenze patologiche).

Il Direttore del Dipartimento (uno degli organi che compongono il Dipartimento stesso insieme con il Comitato di Dipartimento e il Responsabile dell'area professionale del Dipartimento) è l'elemento di raccordo tra la Direzione Aziendale e la struttura dipartimentale e ha il compito di definire, con l'ausilio del Comitato, il piano delle attività, i programmi e le risorse da attribuire alle strutture organizzative che compongono il Dipartimento stesso.

È suo compito, inoltre, partecipare alla contrattazione per la definizione degli obiettivi dipartimentali e per l'assegnazione del budget; in base agli obiettivi individuati a livello dipartimentale identifica le priorità di allocazione ed utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. Partecipa infine al riesame annuale della Direzione monitorando e verificando le attività del Dipartimento insieme ai responsabili delle strutture afferenti.

La fase della programmazione è stata infatti decentrata a livello delle strutture al fine di snellire il processo di programmazione stesso, renderlo più tempestivo e rilevante ai fini gestionali.

Nell'ottica della ricerca di una maggior tempestività nella predisposizione dei programmi annuali, occorre indirizzare i responsabili delle strutture e dei Dipartimenti verso un ragionamento basato su stime a finire, preconsuntivi, in modo da poter verificare lo stato delle attività e del raggiungimento degli obiettivi in tempo utile per la definizione degli obiettivi operativi dell'esercizio successivo.

La funzione del Controllo di Gestione è quella di collettore dei dati e delle proposte che arrivano dai Dipartimenti, per poi integrarli con le linee guida del budget, le linee di finanziamento regionale e costruire le basi su cui fondare il budget.

CAPITOLO 5.

IL SISTEMA INTEGRATO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELL'AREA VASTA TRE.

5.1 LA SITUAZIONE PREESISTENTE IL D.LGS. 150/2009 E LA NECESSITÀ DI CAMBIAMENTO.

Il seguente capitolo intende analizzare l'evoluzione del sistema di valutazione delle performance avvenuta, e tuttora in corso, all'interno dell'Area Vasta 3 nelle Marche.

Il suddetto sistema ha subito profonde trasformazioni negli ultimi anni grazie alla spinta di diversi fattori: da un lato le novità normative, già analizzate nel precedente capitolo riguardante l'evoluzione normativa nel settore sanitario italiano con particolare riferimento alle novità riguardanti la valutazione delle performance; dall'altro la necessità di rendere più coerente e operativa la logica di gestione basata sul "Management by objectives" affiancando a una pianificazione e programmazione caratterizzata da obiettivi a cascata, anche una valutazione degli obiettivi stessi.

La situazione esistente all'interno dell'Area Vasta 3, prima dell'entrata in vigore del d.lgs. 150/2009, vedeva l'utilizzo esclusivo del budget e delle schede di budget ai fini della valutazione della performance organizzativa attraverso il calcolo e l'evidenziazione delle percentuali di conseguimento degli obiettivi fissati in sede di negoziazione ed esplicitati all'interno delle schede di budget.

Le schede di budget riferite alle unità operative e ai rispettivi responsabili racchiudevano tali obiettivi di budget e il premio di risultato era calcolato in base alla percentuale di realizzazione di tali obiettivi.

A cavallo tra il 2009 e il 2010 si impose un ripensamento di questo sistema, o quantomeno un suo ampliamento che integri la valutazione della

performance organizzativa con quella individuale.

Come osservato nei Capitoli I e II, nel corso degli ultimi decenni del secolo scorso, il concetto di performance e la sua valutazione si affermano al centro del dibattito pubblico a causa di diversi motivi:

- a. Aumento incontrollato della spesa;
- b. Necessità di introdurre pratiche di good governance;
- c. Miglioramento della soddisfazione dei cittadini-utenti;
- d. Superamento dell'autoreferenzialità delle pubbliche amministrazioni favorendo trasparenza e accountability;
- e. Superamento delle condizioni di inefficienza.

Nel corso degli anni si moltiplicano le indagini e le evidenze che mettono in luce una correlazione tra l'evoluzione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance e l'efficacia delle Pubbliche Amministrazioni.

Il contesto pubblico italiano, storicamente in ritardo rispetto a questa tematica, riceve una forte spinta innovatrice grazie all'introduzione del concetto di "Ciclo di gestione della performance" il quale, a seconda dell'effettiva modalità di implementazione del concetto stesso, può rappresentare una importante leva in un'ottica di performance management. Tramite l'osservazione di diverse esperienze applicative in altre Aziende Sanitarie Locali è stato possibile evidenziare alcuni effetti positivi derivanti dall'adozione e implementazione di un sistema di valutazione della performance integrato:

1. Una maggiore attenzione e valorizzazione degli individui che operano nell'organizzazione;
2. Una maggiore attenzione ai problemi e alle criticità grazie alla riflessione sugli effetti e sui risultati derivanti dall'operato di ognuno;

3. Un miglioramento della competitività dell'azienda;
4. Una maggiore attenzione all'aspetto della qualità, intesa come risposta ai bisogni dei cittadini.

In linea generale, laddove i processi di valutazione stanno prendendo campo, è possibile riscontrare effetti positivi su:

- a. Risultati sia economico-finanziari, sia di altra natura;
- b. Processi interni e capacità organizzative;
- c. Attitudini e comportamenti dei singoli.

5.2 LE SPINTE VERSO IL CAMBIAMENTO: LA NECESSITÀ DI POTENZIARE LA LOGICA DEL “MANAGEMENT BY OBJECTIVES”.

Parlare di Management by Objectives (MBO), o gestione per obiettivi significa far sì che l'organizzazione lavori, a tutti i suoi livelli, per programmi (predisposizione di Budget) e per controllo della realizzazione degli stessi e dell'utilizzo delle risorse assegnate per la loro realizzazione.

Il Management by Objectives nasce intorno agli anni cinquanta, originariamente inteso come strumento per la valutazione dell'azione manageriale; in seguito si è diffuso e affermato quale nuovo approccio sistemico di tutta l'attività direzionale.

Tale approccio riflette una modalità di gestione proattiva orientata ai risultati, che enfatizza il conseguimento degli obiettivi ed incoraggia la partecipazione degli individui ad ogni livello dell'organizzazione favorendo dunque la collaborazione e meccanismi di “auto-gestione” e “auto-valutazione”.

Il processo si basa su una negoziazione, un accordo, avente ad oggetto gli obiettivi di rendimento individuali e di struttura, tra un manager e un altro manager dal livello più alto nella gerarchia aziendale, sino al livello

organizzativo operativo.

Suddetto processo di negoziazione consiste nella combinazione delle due classiche modalità di identificazione degli obiettivi: top-down (obiettivi dall'alto) e bottom-up (obiettivi dal livello operativo).

Come ampiamente osservato nei Capitoli precedenti, gli obiettivi devono essere sempre condivisi e concordati a priori, essere misurabili, chiari, verificabili, sfidanti ma non eccessivamente ambiziosi (o addirittura impossibili da raggiungere).

In letteratura, genericamente, è possibile parlare di SMART(IE) test per osservare la validità degli obiettivi fissati:

- a. L'obiettivo è Specifico? L'obiettivo deve essere chiaro e univoco in modo tale da permettere alle parti in causa di sapere esattamente l'output/outcome oggetto di valutazione;
- b. L'obiettivo è Misurabile? L'obiettivo può essere quantificato o valutato?
- c. L'obiettivo è Appropriato? L'obiettivo deve essere controllabile da parte di chi ha il compito di conseguirlo;
- d. L'obiettivo è Realistico? Deve essere possibile raggiungere l'obiettivo con le risorse messe a disposizione e nei tempi richiesti: l'obiettivo deve essere sfidante ma allo stesso tempo realistico e raggiungibile.
- e. L'obiettivo è "Time-Bound"? È fondamentale specificare in quanto tempo si richiede di raggiungere tale obiettivo.

La Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno

in corso). La programmazione strategica consiste nella definizione di valori attesi a partire dal valore storico osservato, attraverso la stesura di un articolato sistema di obiettivi descritti sia dal punto di vista qualitativo, sia dal punto di vista quantitativo attraverso specifici indicatori.

La programmazione strategica è articolata in otto diverse aree:

- a. Sostenibilità economica;
- b. Area di governo amministrativo;
- c. Area di assistenza ospedaliera/governo clinico;
- d. Area di prevenzione e screening;
- e. Area sanità penitenziaria;
- f. Area sicurezza alimentare e sanità animale;
- g. Area di sviluppo informatica e agenda digitale;
- h. Area della ricerca/sperimentazioni cliniche e gestionali.

Le politiche e gli obiettivi strategici aziendali, definiti dalla Direzione Aziendale, vengono declinati, a livello di maggior dettaglio, in obiettivi operativi tramite il processo di budget.

Il Direttore Generale, insieme con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, coadiuvati dal Comitato di Budget, elabora, sulla base della programmazione regionale e locale, le linee strategiche da attuare e indica la previsione dei fondi a disposizione per l'esercizio, elaborando dunque un'ipotesi di assegnazione di risorse e obiettivi.

Sulla base di tali linee guida e dei risultati delle gestioni degli esercizi precedenti, si sviluppa il processo del budget con l'individuazione degli obiettivi operativi delle singole strutture, obiettivi che vengono assegnati alle strutture stesse attraverso una fase di concertazione che vede coinvolti tutti i Direttori Responsabili delle S.C. e S.S.D., i Direttori dei Dipartimenti, e che permette di delineare le risorse necessarie (e disponibili) al

conseguimento degli obiettivi, gli indicatori e le tempistiche per il loro conseguimento.

5.3 LE SPINTE VERSO IL CAMBIAMENTO: LA SPINTA NORMATIVA DEL D.LGS. 150/2009 E IL CONTESTO REGIONALE.

Le ultime leggi di riforma in materia di Pubblica Amministrazione hanno introdotto il concetto di “Ciclo della performance”, visto come strumento attraverso cui perseguire il miglioramento della qualità dei servizi e la crescita delle competenze, professionali e non, dei dipendenti. Secondo i principi cardine del d.lgs. 150/2009 e successive modifiche, ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all’organizzazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola. Il sistema è esteso a tutti i dipendenti dell’amministrazione, sia dirigenti che del comparto (VETTORI & VANNOZZI, 2010)¹¹⁴.

Diventa dunque essenziale e improrogabile lo studio prima e l’implementazione poi, di un sistema di valutazione delle performance individuali che sia agganciato a un sistema premiante che incentivi il raggiungimento dei risultati, secondo un’ottica di direzione per obiettivi che pervada tutto il ciclo di programmazione e controllo.

La previsione della valutazione della componente individuale della performance risponde da un lato all’esigenza di adeguamento alla normativa introdotta dal d.lgs. 150/2009, dall’altro a esigenze più strettamente organizzative quali il rafforzamento del ciclo della performance, il potenziamento dei percorsi di crescita e sviluppo professionale del personale e l’evidenziazione degli apporti individuali al raggiungimento degli obiettivi complessivi.

¹¹⁴ VETTORI A. & VANNOZZI D. *La valutazione della performance individuale nelle aziende sanitarie*. Franco Angeli Editore, 2010

Nel nuovo sistema di valutazione, e nel suo complementare sistema di incentivazione, il budget della struttura di appartenenza è soltanto uno degli aspetti che concorrono all'assegnazione di ciascun dipendente all'interno delle fasce di merito previste dal d.lgs. 150/2009.

Il processo annuale di definizione degli obiettivi delle strutture è realizzato attraverso il budget ed è uno dei presupposti per il buon funzionamento del processo di valutazione del personale e, dunque, di una efficace ed equa distribuzione degli incentivi.

5.4 IL PROCESSO DI BUDGET

Il budget è lo strumento di programmazione e controllo dell'attività aziendale. Nel corso del processo di budget, per ciascuna Struttura e all'interno di apposite schede, vengono definiti, dagli attori coinvolti nel processo stesso, obiettivi e risorse specifici raggruppati nelle seguenti aree: Costi, Produzione, Qualità, Riorganizzazione.

Il processo di budget ha dunque come punto di partenza la pianificazione strategica aziendale, in coerenza alla quale deve essere sviluppato, e rappresenta la specificazione a breve termine, operativa, delle linee strategiche delineate dalla Direzione Aziendale.

Gli attori coinvolti nel processo di budget sono diversi, così come sono diversi i contributi che apportano al processo stesso. Tra i principali attori si trovano la Direzione Aziendale, il Comitato di budget, i Responsabili di SC/SSD, il Controllo di Gestione e il Nucleo di Valutazione. In attesa della definizione del Budget definitivo da parte della Regione, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa provvisorio alle Aree Vaste, riservando una quota per la Direzione centrale ed i costi comuni aziendali. In seguito alla negoziazione delle proposte di Budget formulate dai Direttori di Area Vasta, la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi e i valori attesi per ogni area da perseguire nell'anno di riferimento in coerenza con le risorse

disponibili, rivedendo se necessario l'iniziale ripartizione di risorse tra le Aree Vaste. Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATI, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di Budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di Budget sono formulate sulla base dello schema riportato nell'allegato 1.

Gli obiettivi del Direttore Generale divengono dunque il principale input e riferimento per la programmazione aziendale strategica (pianificazione) e operativa (attraverso il processo di budget).

Il Direttore Generale, insieme con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, coadiuvati dal Comitato di Budget, elabora, sulla base della programmazione regionale e locale, le linee strategiche da attuare e indica la previsione dei fondi a disposizione per l'esercizio, elaborando dunque un'ipotesi di assegnazione di risorse e obiettivi.

Il budget di attività e costi assegnato a ciascuna Area Vasta e, all'interno dell'Area Vasta, a ciascun CDR primario e secondario, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Direttori di Area Vasta e Responsabili di CDR correlano i report ricevuti dal Controllo di gestione con le considerazioni ritenute utili per un'esatta comprensione dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e nel caso in cui si rilevino scostamenti negativi, forniscono un'analisi dettagliata delle cause degli stessi, indicando gli opportuni interventi correttivi che si propongono per eliminare le difformità rilevate.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e

sanitari delle Direzioni di Aree Vaste e dei CDR primari e secondari.

Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti, gli obiettivi concordati sono assegnati ai singoli dirigenti.

Gli attori coinvolti nel processo di budget sono diversi, così come sono diversi i contributi che apportano al processo stesso. Tra i principali attori si trovano la Direzione Aziendale, il Comitato di budget, i Responsabili di SC/SSD, il Controllo di Gestione e il Nucleo di Valutazione.

Il processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

- a. Elaborazione da parte del Comitato di Budget delle linee guida e degli indirizzi del budget annuale;
- b. Invio ai Responsabili di S.C./S.S.D. dei report di andamento di attività e consumo ed invito a formulare proposte di budget;
- c. Valutazione da parte del Controllo di Gestione degli obiettivi proposti e della loro compatibilità complessiva e formulazione in sede di budget di un'eventuale controproposta aziendale;
- d. Negoziazione degli obiettivi e delle risorse in sede di budget a livello di singola struttura con il coordinamento/supporto del Direttore di Dipartimento e la presenza del coordinatore e/o posizione organizzativa di riferimento dipartimentale;
- e. Formalizzazione degli obiettivi in apposite schede;
- f. Monitoraggio degli obiettivi ed invio dei report ai responsabili di Struttura;
- g. Verifica dei risultati raggiunti con approvazione da parte del Nucleo di Valutazione e successiva comunicazione ai vari Responsabili;
- h. Discussione delle eventuali contro deduzioni da parte dei Responsabili di CDR in sede di Nucleo di Valutazione;
- i. Determinazione della retribuzione di risultato.

5.5 IL NUOVO SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

Durante la progettazione del nuovo sistema di valutazione è stato necessario definire:

1. Gli ambiti di misurazione e valutazione della performance;
2. I criteri per l'attribuzione dei punteggi e la conseguente imputazione nelle tre fasce di merito;
3. Le modalità di valutazione del personale;
4. L'individuazione dei valutatori;
5. Gli strumenti operativi.

Per quanto riguarda gli ambiti della misurazione e della valutazione delle performance è stato già sottolineato come una delle principali innovazioni apportate dal processo di revisione del sistema sia proprio l'introduzione della valutazione della componente individuale della performance stessa.

Il nuovo sistema di valutazione prevede dunque:

- Una valutazione della performance organizzativa tramite le schede e i risultati di budget;
- Una valutazione della performance individuale tramite l'utilizzo di schede di valutazione individuale.

A collegare i due momenti, la valutazione organizzativa e individuale, interviene il sistema incentivante del personale attraverso l'affiancamento dei punteggi scaturiti dalle schede di valutazione individuale all'utilizzo dei risultati di budget.

Il peso della performance organizzativa, e quindi del risultato di budget, ha un peso maggiore per i livelli più alti della gerarchia aziendale, partendo dal 90% per quanto riguarda i Direttori di Struttura Complessa o Struttura Dipartimentale, per arrivare poi al 20% del personale di comparto in fascia A/B seguendo la logica secondo la quale a maggiori livelli di responsabilità corrispondano maggiori leve e strumenti per orientare i comportamenti, le

azioni e conseguire gli obiettivi prefissati. La valutazione delle prestazioni individuali del personale è calibrata a seconda se il valutato sia una figura dirigenziale o di comparto e, subordinatamente, a seconda dei diversi livelli di responsabilità. Nelle schede di valutazione (dei titolari di strutture semplici e posizioni organizzative o coordinamenti) proposte in questa fase è prevista un'area di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi individuali che il Direttore di Struttura Complessa assegna a inizio anno nella fase immediatamente successiva alla discussione del budget.

Il modello definisce inoltre i criteri per l'assegnazione delle quote della retribuzione di risultato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi, organizzativi e individuali, prefissati e definisce i punteggi correlati alle tre fasce di merito.

Il nuovo sistema fornisce lo strumento per definire le logiche di assegnazione ed erogazione alle tre fasce di merito a seconda dei risultati di budget e delle schede di valutazione.

Nella fascia di merito più alta, l'erogazione della retribuzione aggiuntiva sarà più che proporzionale mentre, nella fascia di merito più bassa sarà meno che proporzionale senza tuttavia andare a intaccare o modificare il totale della somma stanziata attraverso il fondo.

Nel nuovo sistema di valutazione delle performance sono inoltre specificate le modalità e le tempistiche per la definizione, comunicazione e valutazione degli obiettivi individuali e della loro comunicazione al personale valutato, oltre alle forme di partecipazione del personale stesso al processo (colloqui iniziali e finali, etc.).

Punto cruciale del sistema è l'individuazione delle figure responsabili della valutazione del conseguimento degli obiettivi: tali figure devono, da un lato, avere una qualche influenza/competenza con l'attività e professionalità del

valutato, dall'altro avere diretta conoscenza dell'attività del soggetto valutato.

Il nuovo modello prevede che la valutazione sia effettuata da parte di due soggetti valutatori al fine di aumentarne l'accuratezza.

La valutazione dei due soggetti viene espressa con un punteggio condiviso di sintesi: in caso di valutazioni discordanti e di mancato accordo tra i due soggetti valutatori, interviene la Direzione Sanitaria o Amministrativa dell'azienda.

In caso di rifiuto da parte di un valutatore di valutare uno o più dipendenti, per motivi oggettivamente validi, la Direzione Sanitaria e/o Amministrativa dell'azienda provvederà, eventualmente, a sostituirlo.

Sono stati inoltre descritti casi-limite in cui il valutatore "designato" non può valutare il soggetto.

È il caso, ad esempio, in cui valutato e valutatore abbiano speso meno di tre mesi nella stessa struttura (il che comporterebbe una limitata conoscenza del soggetto da valutare). In tali casi verrà chiamato in causa il valutatore precedente nell'ambito della medesima struttura, in caso di spostamento del valutatore in corso d'anno, o il valutatore della struttura precedente nel caso in cui sia stato il valutato a essere trasferito di struttura.

Un particolare interessante e rilevante è l'inserimento all'interno della scheda di valutazione dei valutatori stessi di un punto specifico che fa riferimento alla capacità di valutazione dei propri collaboratori tenendo conto di parametri quali la capacità di differenziazione nei giudizi, la motivazione dei giudizi e così via.

5.6 GLI STRUMENTI OPERATIVI PREVISTI: LE SCHEDE DI VALUTAZIONE.

Tra gli strumenti più importanti che caratterizzano il nuovo sistema di valutazione integrata delle performance organizzativa e individuale, troviamo sicuramente le schede di valutazione che supportano la misurazione e valutazione della componente individuale della performance stessa.

L'impostazione originaria del modello prevede la definizione di schede di valutazione diverse per ogni categoria del personale.

È stata inoltre privilegiata la scelta di un numero limitato di fattori di valutazione, il più possibile modulare e dunque con aree di valutazione comuni alle diverse schede e aree di valutazione specifiche per le singole categorie valutate, ricercando l'utilizzo di indicatori il più possibile misurabili per facilitare da un lato il compito e la formazione dei valutatori, dall'altro per adottare logiche di valutazione quanto più possibile uniformi.

5.7 LE LOGICHE DI FONDO CHE HANNO GUIDATO IL PROCESSO: LA RICERCA DI INTEGRAZIONE CON IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO E LA GRADUALITÀ NELL'IMPLEMENTAZIONE.

Le disposizioni contenute nella d.lgs n. 150 del 2009 sono indirizzate alla totalità del comparto pubblico e dell'universo complesso di enti che lo compongono; sono indicazioni che impongono una riflessione e un ripensamento delle modalità con cui tutti gli enti pubblici ricercano le condizioni di efficacia ed efficienza ma, allo stesso tempo, è impensabile immaginare un'applicazione uniforme in tutte le realtà che compongono la Pubblica Amministrazione, viste le differenze non solo di Mission (basti pensare alle differenze che intercorrono tra le missioni istituzionali delle aziende del settore sanitario e quelle del mondo dell'Istruzione), ma anche di complessità organizzativa e diversità di competenze presenti all'interno delle diverse Pubbliche Amministrazioni.

Il presupposto da cui i vertici dell’Azienda partono è la volontà di progettare e implementare un Ciclo della Performance, anche individuale, che risulti essere utile, significativo e incisivo per l’azienda stessa e che non diventi un mero adempimento burocratico-formale. Per perseguire questo obiettivo è necessario che il sistema di definizione degli obiettivi individuali prima, di valutazione degli stessi poi, sia funzionale al conseguimento degli obiettivi operativi delle strutture (semplici e/o complesse) e degli obiettivi operativi e strategici dell’Azienda nel suo complesso.

È poco significativo attribuire obiettivi individuali eccessivamente facili o scollegati dagli obiettivi della struttura; può diventare inoltre pericoloso qualora tali obiettivi individuali siano divergenti, in contrasto con quelli della struttura di appartenenza o dell’azienda nel suo complesso.

L’Area Vasta 3 decide dunque di intraprendere tale percorso senza perdere mai di vista la visione d’insieme e avendo come stella polare il proprio processo di pianificazione, programmazione e controllo, processo all’interno del quale si intende inserire, in una logica funzionale, anche il ciclo della performance.

Il momento della “progettualità degli obiettivi” corrisponde alle intense attività di formazione che, fin da prima della sperimentazione, hanno permesso ai vertici dell’Azienda di lavorare sulla diffusione tra i dipendenti delle competenze, conoscenze e consapevolezza relative non soltanto alla valutazione in sé, ma anche e soprattutto sul processo di definizione, scelta e progettazione degli obiettivi individuali stessi e sull’identificazione degli errori più diffusi.

L’ottica di riferimento è sempre stata quella di rendere tutti i soggetti interessati consapevoli dell’importanza di individuare obiettivi:

- Sfidanti (né troppo semplici, né impossibili da raggiungere);

- Significativi (che abbiano un impatto positivo per l'Azienda);
- Coerenti con gli obiettivi di struttura e di Azienda;
- Raccordati con l'anno successivo in modo da essere utilizzati come base per la programmazione degli obiettivi individuali dell'anno $n + 1$.

5.8 LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.

Il ciclo della performance delineato dall'Azienda fa riferimento a un modello integrato nel quale performance organizzativa e individuale rappresentano le due dimensioni: per quanto riguarda la valutazione della performance organizzativa, vengono presi in considerazione gli obiettivi derivanti dal budget.

Il processo di budget pone dunque le basi nella pianificazione strategica nazionale e regionale e rappresenta la specificazione operativa, a breve termine, delle linee strategiche nella loro declinazione aziendale.

Le metodiche di budget rappresentano la programmazione annuale nell'ambito della quale le politiche e strategie aziendali, definite dalla Direzione Aziendale, vengono declinate in obiettivi operativi di breve periodo assegnati alle strutture aziendali (obiettivi che vengono inseriti all'interno delle Schede di budget) su base dipartimentale e, insieme alle linee guida del budget, rappresentano l'aggiornamento annuale del Piano triennale della performance.

Come osservato in precedenza, l'Azienda ha ricercato, non solo nel processo di budget ma anche nel processo di definizione e implementazione del sistema di gestione della performance, la massima integrazione e coerenza tra livello strategico, livello operativo e livello individuale. Nel processo del budget la coerenza con gli indirizzi strategici avviene con un processo di

individuazione degli obiettivi operativi strutturato per macro- aree strategiche di intervento, collegate alle principali aree operative aziendali, riconducibili a determinate aree della Scheda di budget.

Così come previsto dalla norma n. 150/2009.

Così come indicato altresì dalla Legge Regionale n.41 del 7 Dicembre 2006, Titolo III, Capo 1 “Strumenti di programmazione aziendale”, art. 31 “Piano attuativo annuale”, comma 3: “il piano attuativo si realizza attraverso l’adozione delle metodiche di budget...”.

Il budget viene assegnato a tutte le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, attraverso il coinvolgimento dei Direttori e dei Responsabili delle strutture stesse, e la sua negoziazione è organizzata per Dipartimenti e condotta dalla S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione.

Nel processo di budget è inoltre previsto l’obbligo di condivisione, cioè di presa conoscenza, da parte di tutto il personale della struttura in modo da rendere più efficace il perseguimento degli obiettivi organizzativi.

Come accennato in precedenza, gli obiettivi delle strutture sono raccolti all’interno delle Schede di budget, documenti contenenti un bilancio previsionale con obiettivi realizzabili da conseguire attraverso:

- a. Risorse disponibili chiaramente identificate;
- b. La predeterminazione di un intervallo di tempo entro il quale raggiungerli;
- c. La presenza di centri di responsabilità;
- d. La condivisione degli obiettivi stessi.

La scheda di budget è suddivisa in cinque sezioni:

- 1) **COSTI**: tale sezione si focalizza sull’andamento della spesa degli anni precedenti e sulla stima dei costi delle nuove attività;

- 2) **PRODUZIONE:** utilizza standard e indicatori tipici della produzione sanitaria (es. valore prestazioni ambulatoriali, numero interventi, punti DRG);
- 3) **RIORGANIZZAZIONE:** contiene progetti di evoluzione organizzativa (per recepimento nuove normative in tema di erogazione dei servizi, riorganizzazioni interne);
- 4) **QUALITÀ:** comprende progetti che migliorano la capacità di rispondere alle esigenze espresse dagli stakeholder (popolazione, lavoratori, Enti);
- 5) **OBIETTIVI DIRETTORE STRUTTURA:** riconducibili all'attività "gestionale" del direttore della struttura. La somma dei pesi assegnati deve essere uguale a 100.

5.9 LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.

Il sistema prevede, contestualmente all'utilizzo dei risultati del budget, quale strumento di misurazione della performance organizzativa, un processo di valutazione della performance individuale.

In linea con questo modello l'Azienda ha sviluppato e implementato il processo di budget, quale strumento di programmazione e controllo dell'attività, con cui vengono assegnati gli obiettivi operativi annuali alle Strutture aziendali, su base dipartimentale.

L'attuazione di un sistema di gestione per obiettivi coerente con il budget è considerata dall'Azienda presupposto per l'avvio di un efficace sistema di gestione della performance e la integrazione tra i processi della pianificazione strategica, programmazione e controllo, budgeting e allocazione delle risorse, condizione necessaria per lo sviluppo del ciclo della performance.

La definizione degli obiettivi si svolge in un processo progressivo “a cascata”, dalle indicazioni ed obiettivi strategici, agli obiettivi organizzativi assegnati a ciascun Dipartimento/Struttura nell’ambito del processo di budget, agli obiettivi organizzativi stabiliti per i Dirigenti, i titolari di Posizioni Organizzative e i Coordinatori. Si realizza in questo modo lo sviluppo di sistemi distinti per la misurazione dei risultati raggiunti dall’organizzazione e dei risultati raggiunti dai singoli dipendenti, mantenendo comunque un quadro strategico aziendale unitario di riferimento.

Il processo di definizione degli obiettivi individuali attualmente in uso nell’Azienda interessa circa 300 individui comprendenti le seguenti figure:

- Direttori di Struttura Complessa;
- Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale;
- Dirigenti di Struttura Semplice;
- Dirigenti di incarico di Alta Professionalità;
- Personale del Comparto: Posizioni organizzative del ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo;
- Personale del Comparto: Coordinatori Sanitari.

Le modalità di attribuzione degli obiettivi variano a seconda della categoria di appartenenza degli individui: i Direttori delle Strutture Complesse e i Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali ricevono gli obiettivi dalla Direzione Aziendale attraverso l’attribuzione del budget; i Dirigenti Responsabili di Strutture Semplici e quelli con incarico di alta professionalità hanno un obiettivo assegnato dal Direttore di Struttura Complessa o dal Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale dalla quale dipende la loro unità organizzativa o attività professionale; le Posizioni Organizzative del ruolo amministrativo ricevono uno o due

obiettivi dal Direttore della Struttura Complessa.

I Coordinatori Sanitari ricevono uno o due obiettivi dai Direttori di Struttura Complessa o dai Responsabili della Struttura Semplice Dipartimentale alla quale appartiene la loro attività e dalla Posizione Organizzativa delle Professioni Sanitarie (RAP) di riferimento.

Le figure che assegnano gli obiettivi individuali sono anche i valutatori degli stessi; nel caso di più valutatori, la valutazione avviene in modo congiunto e, in caso di mancato accordo ciascun valutatore valuta gli obiettivi che ha assegnato in precedenza.

“Chi valuta” è un aspetto molto rilevante agli occhi del valutato, così come è un elemento cruciale quando l’Azienda ha la necessità di presentare ai sindacati il sistema e le modalità di valutazione della performance individuale.

Come ampiamente descritto in precedenza, l’Azienda ha puntato fin da subito sulla formazione di tutto il personale, con particolare riguardo alle figure dei valutatori. Per smussare le resistenze e diminuire la soggettività della valutazione si è deciso infatti di allontanare il ragionamento alla base della valutazione dalle competenze professionali, focalizzandosi su obiettivi individuali e comportamenti caratterizzati da indicatori che permettono di evidenziare se e come il risultato prefissato è stato raggiunto dall’individuo. È stato inoltre posto un focus sul confronto e sulla possibilità di discutere della valutazione: è stata diffusa la concezione di valutazione intesa quale momento di riflessione e condivisione (nel senso di presa visione), per cui il risultato della valutazione stessa è più facilmente accettato se motivato, discusso, spiegato.

Per questi motivi all’interno dell’accordo con i sindacati relativo alla metodologia alla base del sistema di valutazione, viene esplicitamente

indicato che la scheda di valutazione compilata e sottoscritta dal valutatore (o dai valutatori) sia trasmessa alla Struttura Complessa “Gestione delle Risorse Umane” al fine di inserirla all’interno del fascicolo personale del valutato. È inoltre consentito al valutato di presentare le proprie controdeduzioni ai valutatori entro dieci giorni dalla sottoscrizione della scheda (resta, ovviamente, facoltà esclusiva dei valutatori accettare o rigettare tali controdeduzioni).

5.10 IL SISTEMA PREMIANTE.

Il sistema premiante implementato dalla Area vasta 3 è, al momento, di natura diversificata a seconda della categoria del personale.

Le figure cui sono assegnati obiettivi individuali vedono concorrere alla determinazione del premio di risultato due componenti:

- Il risultato della performance organizzativa, dipendente dal grado di realizzazione degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza attraverso il budget, ha un peso del 70% del premio complessivo;
- Il risultato della performance individuale, legato agli obiettivi individuali assegnati al singolo dipendente, ha invece un peso del 30%. Nel caso di compresenza di due obiettivi (assegnati solitamente da due diversi valutatori) il peso di ciascun obiettivo sarà del 15%.

La valutazione dei risultati di budget della struttura di appartenenza ha invece un peso del 100% per tutti quei dipendenti cui non sono stati assegnati obiettivi individuali.

Il fondo di risultato viene utilizzato, nel corso dell’esercizio, non soltanto per la corresponsione dei premi di risultato ma anche per andare a coprire e sostenere tutta una serie voci di spesa, quali le prestazioni aggiuntive, previste a livello contrattuale e dagli accordi con i sindacati. La quota residuale di tali risorse diventa la base, al termine delle valutazioni (solitamente intorno alla metà dell’esercizio successivo), per il calcolo della

retribuzione di risultato.

Una parte importante della metodologia di calcolo della retribuzione di risultato riguarda infatti il tasso di presenza del dipendente: più un dipendente è presente, intuitivamente, più alta è la percentuale del premio che gli verrà corrisposta.

L'ultimo "filtro", come già accennato, consiste nel grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura di appartenenza del dipendente.

5.11 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

Dall'analisi svolta all'interno dell'Area Vasta3 è stato possibile identificare alcuni punti di forza su cui poggia il sistema integrato di valutazione della performance, e alcuni elementi su cui sarà possibile lavorare per integrare e migliorare il funzionamento dello stesso.

In primis, i punti di forza risiedono sicuramente nella costruzione del background "a monte" del processo di valutazione in senso stretto.

La scelta, operata a seguito delle criticità emerse dal ciclo di sperimentazione, di intraprendere un percorso graduale di implementazione della valutazione della componente individuale della performance ha avuto sicuramente il merito di permettere all'Azienda di lavorare su alcuni processi chiave.

È stato perfezionato il processo di budget attraverso una maggiore integrazione con il livello decisionale di carattere strategico e lo spostamento, non del tutto completato, dell'avvio del processo di programmazione a livello dipartimentale.

Il secondo punto di forza è l'integrazione tra i diversi livelli di obiettivi: attraverso le iniziative formative focalizzate sulla progettualità e sulla progettazione degli obiettivi sono state create le premesse per un sistema di definizione degli obiettivi a cascata che sia veramente coerente e integrato a

ogni livello del processo. La definizione, assegnazione e valutazione degli obiettivi individuali o di gruppo non corrono così il rischio di ridursi a meri esercizi formale-burocratici ma possono diventare un tassello coerente e integrato con il processo di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda.

La scelta di percorrere un percorso di implementazione graduale ha inoltre permesso di scongiurare il rischio di un'applicazione burocratico-formale delle indicazioni contenute nel D.Lgs. 150/2009: una volta a regime, il sistema di valutazione integrato della performance e il sistema incentivante ad esso collegato dovrebbero permettere una distribuzione dei premi di risultato fondata sull'effettivo conseguimento di obiettivi predeterminati, condivisi e rilevanti ai fini della performance dell'Azienda nel suo complesso, riducendo il rischio di una distribuzione "a pioggia" degli incentivi.

A fronte dei sopraelencati punti di forza del sistema integrato di valutazione della performance è opportuno sottolineare allo stesso modo quelli che possono essere gli elementi su cui fare leva al fine di migliorare il sistema stesso.

E' necessario un forte investimento in formazione per supplire le carenze in termini di competenze specifiche che si riscontrano, comprensibilmente, in alcune strutture aziendali.

Emerge, infine, la necessità di rendere più strutturato il processo di pesatura degli obiettivi attualmente presente "a monte" ma non ancora formalizzato; pesare gli obiettivi permetterebbe di identificare quali obiettivi sono veramente rilevanti ai fini delle strategie e politiche dell'Azienda e quali no, riducendo il rischio di veder attribuiti obiettivi individuali "di facciata" poco sfidanti o scarsamente coerenti con gli obiettivi dell'azienda.

È indubbio infatti che obiettivi caratterizzati da un diverso grado di complessità, in termini di impegno richiesto, di tecnicità, di criticità, o da un diverso grado di strategicità, debbano avere un peso differente al momento della valutazione.

Bibliografia

- Anselmi, L. (1995). Il percorso di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale. Torino: Giappichelli.
- Baretta, & Vagnoni. (2005). Il benchmarking in ambito sanitario. Padova: Cedam.
- Barilà, M. (2010). Speciale Riforma Brunetta. Guide di valutazione e incentivi economici. Guida al pubblico impiego.
- Barretta, A. (2007). Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa. *Mecosan*, n. 61.
- Boivard, T. (1996). The Political Economy of Performance Measurement. In A. Halachmi, & G. Bouckaert, *Organizational Performance and Measurement in the Public Sector: Towards Service, Efforts and Accomplishment Reporting*.
- Bouckaert, G., & Halligan, J. (2008). *Managing performance. International comparisons*. Oxon: Routledge.
- Bovaird, T. (1996). The Political Economy of Performance Measurement . In A. Halachmi, & B.G., *Organizational performance and measurement in the public sector: toward service, effort and accomplishment reporting*. (p. 145 - 165). Greenwood Publishing Group.
- Brigoni, P., Bianco, E., Sampaolo, L., & Carra, L. (2005). Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie. . Ministero della Salute.
- Broadbent, J. (2007). If you can't measure it, how can you manage it? *Management and governance in High Educational Institutions*. Public Money & Management.
- C. Calamandrei, C. Orlandi, "La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali", Terza Edizione,

- McGraw Hill, Milano, 2009;
- Carabelli, U. (2010). La Riforma Brunetta: un quadro sistematico delle novità legislative e alcune considerazioni critiche. WP C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona" n. 101, 27.
- Charles, C., Cafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision in the medical encounter: what does it mean? *Social Science and Medicine Journal*.
- Cicchetti, A., & Mascia, D. (2007). Organizzare le reti in sanità: teorie, strumenti e applicazioni di social network analysis. *Mecosan*, n. 61.
- Cifalinò, A. (2013). Misurazione delle performance aziendali e valutazione della formazione. FrancoAngeli.
- Cowan DT, Norman I, Coopmah VP (2007) Competence in nursing practice: a controversial concept-a focused review of literature. *Accid Emerg Nurs*, 15,20-6;
- Cotta, R. (2010). Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie. *Mecosan*, n. 73, 9 – 39;
- Del Vecchio, M. (2003). Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica. *Mecosan*, n. 46;
- Doods, A. (2012). *Comparative Public Policy*. Palgrave Macmillan.
- Dubnick, M. J. (2003). Accountability and the promise of performance: in search of the mechanism; Annual meeting of the American Political Science Association.
- Ford, J. D., & A., S. D. (1982). Conceptual Issues of Linkage in the Assessment of Organizational Performance. *The Academy of Management Review*, 49 – 58;
- Fountain, J. E. (2001). Paradoxes of public sector customer service.

Governance, n. 14, 55 – 73;

Garside JR, Nhemachena JZ (2013) A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Educ Today*, 33, 541-5;

Giannessi, E. (1979). *Appunti di Economia Aziendale*. Pisa: Pacini.

Giovannelli, L. (2013). *La valutazione delle performance in ambito pubblico. Profili teorici ed evidenze empiriche*; Torino: Giappichelli Editore;

Gore, A. (1993). Third annual report of the "National Performance Review";

Greguras, G. J., Robie, C., Schleicher, D. J., & Goff, M. (2003). A field of study of the effects of rating purpose on the quality of multi-source ratings. *Personnel Psychology*;

Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 1 – 25;

Heath, G., & Radcliff, J. (2007). Performance management and the English ambulance service; *Public Money & Management*;

Hinna, L., & Valotti, G. (2010). *Gestire e valutare le performance nella PA*. Maggioli Editore;

Ingraham, P. W. (2005, vol. 65). Performance: promises to keep and miles to go. . *Public administration review*;

Kavanagh, S. (2014). Defining and creating value for the Public; *Government finance review*, 57 – 60;

Kelman, S., & Friedman, J. N. (2009). Performance improvement and performance dysfunction: an empirical examination of distortionary impacts of the emergency room wait-time target in the English National Health Service. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 917- 946;

Le Grand, J. (1991). The theory of government failure. . *British Journal of*

Political Science, n. 21, 423 – 442;

Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Prentice Hall;

L. (2008). La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni. Torino: Giappichelli;

Maraghini, M. P. (2013). Il controllo dei risultati. In S. Marasca, L. Marchi, & A. Riccaboni, *Controllo di Gestione. Metodologie e strumenti* (p. 63). Arezzo: Knowità;

Maran, L., & Vagnoni, E. (2013). Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche. Maggioli. Marinò;

Marinò, L. (2008). La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni. Torino: Giappichelli;

Mastrogiuseppe, P., & Ruffini, R. (2010). La riforma del lavoro tra continuità ed innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta. Wolters Kluwer Italia;

Meyer, M. W., & Gupta, V. (1994). The performance paradox. *Research in organizational behavior*, n 16, 309 – 369;

Moore, M. (2003). La creazione di valore pubblico; La gestione strategica nella pubblica amministrazione. Milano: Guerini e Associati;

Moore, M. H. (2013). *Recognizing Public Value*. Harvard University Press;

Nixon, M., & Moore, M. H. (2014). *Creating public value; Transforming Australia's social services*;

Nuti, S. (2009). Le prospettive della valutazione della performance: le sfide

per la sanità pubblica;

In S. Nuti, & V. M., *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*. ETS;

Nuti, S. (2010). *Misurazione e valutazione della performance: principi, struttura e metodi*. Il Sole 24 Ore;

Pollit, C., & Bouckaert, G. (1999). *Public Management Reform: a comparative analysis*. OUP Oxford
- Business & Economics;

Reagan, R. (1981). *Discorso inaugurale*. Washington DC;

Sansoni J (2007) *Nursing advanced practice: some thoughts*] *Prof Inferm*, 60, 5-12;

Smith SA (2012) *Nurse competence: a concept analysis*. *Int J Nurs Knowl*, 23, 172-82;

Smith, P. (1995). *On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector*. *International Journal of Public Administration*, n. 18, 277 - 310;

Shosha GA (2012) *Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher*. *European Scientific Journal*, ESJ, 8;

Spano, A. (2009). *Il sistema di controllo manageriale nella Pubblica Amministrazione*. Roma: Giuffrè. Stewart, M. (2001). *Towards a global definition of patient centred care*. *BMJ*.

Valloze J (2009) *Competence: a concept analysis*. *Teaching and Learning in Nursing*, 4, 115-118;

Valotti, G. (2005). *La Valutazione e il Miglioramento della Performance*. EGEA;

Van Thiel, S., & Leeuw, F. L. (2002). *The performance paradox in the public*

sector. PPMR, 267 – 281;

Vanieri, M., Calabrese, C., Campanile, C., Panero, C., & Nuti, S. (2009). Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav. Mecosan.

Veronelli, G. (2013); Compendio di Diritto Sanitario. Edizioni Giuridiche Simone.

VETTORI, A., & VANNOZZI, D. (2010). La valutazione delle performance individuali nelle aziende sanitarie. Franco Angeli.

Yanhua C, Watson R (2011) A review of clinical competence assessment in nursing. Nurse Educ Today, 31, 832-6;

SITOGRAFIA

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Misurazione e Valutazione della performance”, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, www.gazzettaufficiale.it;

Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150” www.gazzettaufficiale.it;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, “Linee guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance”, Ufficio per la Valutazione della Performance, Dicembre 2017, Versione 1.0, www.funzionepubblica.gov.it;

Ministero della Salute “Sistema di valutazione delle prestazioni del personale - Manuale Operativo”, Allegato al Decreto ministeriale del 30 dicembre 2010, www.salute.gov.it

“Piano della performance 2017-2019”, Allegato A, ASUR Marche, del 27 Febbraio 2017, www.asur.marche.it; <https://www.marchesanita.it/aziende-sanitarie/aziende-sanitarie/ciclo-delle-performance>;

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto

Sanità Triennio 2016-2018, www.aranagenzia.it ;

Determina del Direttore Generale Asur n.281/2019, regolamento per il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione (Artt. 1 e seg. CCNL 21/05/2018 Area Comparto) - Approvazione;

www.fnopi.it;

DM 739/94, Legge42/99, Legge 251/2000, Legge 43/2006;

www.performancesanita.it

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo percorso universitario, molto interessante e formativo per ampliare le mie conoscenze e le mie competenze come professionista, ma anche molto costruttivo per la mia persona, desidero ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile il raggiungimento della Laurea Magistrale, che non sarà un traguardo, ma una delle tappe del lungo cammino che vorrei percorrere per il mio accrescimento personale e professionale. Innanzitutto, ringrazio mio marito e i miei figli, che mi hanno supportato e sopportato lungo questo cammino, a volte arduo e complesso, e che non hanno mai smesso di credere in me come donna, infermiera, moglie e madre.

Un ringraziamento speciale a tutti i miei colleghi di lavoro, sempre disponibili laddove possibile ad agevolarmi nel turno per poter frequentare le lezioni e dedicarmi allo studio.

Vorrei ringraziare anche i miei compagni di corso, che non sono stati solamente compagni di banco, ma persone autentiche e meravigliose con cui crescere e confrontarsi, nella stima e nel sostegno reciproco.

Un ringraziamento particolare lo devo al mio relatore della tesi, il Prof. Luca Del Bene, per la sua professionalità, capacità, competenza e disponibilità.

Ringrazio infine tutti i docenti del Corso che hanno contribuito ad ampliare ed approfondire i miei saperi e l'UNIVPM, che mi ha accolto per la seconda volta e che continua a formarmi come professionista.

Grazie, grazie a tutti e a me stessa, che desiderosa di crescere ed imparare, caparbiamente e testardamente cerco di raggiungere sempre un obiettivo in più, una meta dopo l'altra per trovare ed ottenere la completa absolutezza del mio essere nel lavoro e nella vita, oggi e per sempre.

**SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE
INDIVIDUALE
DIRIGENZA**

**Direttori Dipartimento, Direttori Unità Operative Complesse, Responsabili
Strutture Semplici**

Cognome e Nome:

Matricola:

Struttura organizzativa:

Profilo professionale:

Incarico dirigenziale conferito:

**Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla
seguente scala di valori:**

Giudizio

Non conforme

il livello di performance non è conforme alle attese

Parzialmente conforme

il livello di performance necessita di miglioramento

Conforme

il livello di performance è conforme alle attese

Buono

il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo

Eccellente

il livello di performance è eccellente

A. Area dei risultati

Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)
B. Area dei comportamenti organizzativi
B.1 Interazione interna/esterna:
B.1.1 Capacità di rapportarsi con utenti, enti ed istituzioni esterne (da 1 a 10)
B.1.2. Capacità di adottare interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)
B.1.3. Capacità di contribuire all'integrazione dell'attività propria e della propria Struttura con la Direzione Generale/di Area Vasta e con le altre strutture dell'Azienda, per il raggiungimento di obiettivi comuni (da 1 a 10)
B.2. Organizzazione e gestione interna della struttura
B.2.1. Capacità di attivare le procedure di controllo della gestione con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità delle prestazioni, alle certificazioni di qualità dei servizi (da 1 a 10)
B.2.2. Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, i conseguenti processi formativi e la selezione del personale interessato (da 1 a 10)
B.2.3. Capacità di programmazione, definizione e assegnazione di obiettivi ai collaboratori (da 1 a 10)
B.2.4. Capacità di delegare ai propri collaboratori responsabilità e compiti, favorendo la loro autonomia e la crescita professionale (da 1 a 10)

B.3. Attitudine alla leadership e capacità organizzative	
B.3.1. Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività. (da 1 a 10)	
B.3.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)	
Valutazione complessiva	
<i>L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.</i>	
Punti di forza e aspetti da migliorare	
Data:	Firma del valutatore:
Sezione da compilare da parte del valutato:	
valutazione condivisa	valutazione non condivisa
Osservazioni:	
Data:	Firma del valutato:
N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.	

**SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE
COMPARTO**

Categorie A - B - C- D

Cognome e Nome:

Matricola:

Struttura organizzativa:

Profilo professionale:

Categoria:

**Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla
seguente scala di valori:**

Giudizio

Non conforme

il livello di performance non è conforme alle attese

Parzialmente conforme

il livello di performance necessita di miglioramento

Conforme

il livello di performance è conforme alle attese

Buono

il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo

Eccellente

il livello di performance è eccellente

A. Area dei risultati

A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)
B. Area dei comportamenti organizzativi
B.1 Competenze ed attitudini professionali
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)
B.1.2 Capacità di portare a termine i compiti assegnati (da 1 a 10)
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro
B.2.1. Capacità di rispettare le disposizioni di servizio comprese l'osservanza dell'orario e la puntualità (da 1 a 10)
B.2.2. Correttezza e disponibilità nei confronti dei colleghi e dei superiori, riconoscimento del ruolo che rivestono e rispetto delle loro competenze (da 1 a 10)
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)

B.3 Stile relazionale	
B.3.1. Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo garbato e disponibile (da 1 a 10)	
B.3.2. Capacità di dare informazioni chiare ed esaustive sugli argomenti rientranti nella propria competenza (da 1 a 10)	
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni	
B.4.1. Capacità di utilizzo efficace ed efficiente di attrezzature e macchine (da 1 a 10)	
B.4.2. Precisione, accuratezza, rapidità di esecuzione della prestazione richiesta (da 1 a 10)	
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):	
<i>L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.</i>	
Punti di forza e aspetti da migliorare	
Data:	Firma del valutatore/valutatori:
Sezione da compilare da parte del valutato:	
valutazione condivisa	valutazione non condivisa
Osservazioni:	
Data:	Firma del valutato:

N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.

