

La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze¹

Anna Conte², Gloria Fiorani³

8.1 Introduzione

Tra le principali leve di manovra associate alla diffusione delle logiche di New Public Management nei sistemi nazionali di Amministrazione Pubblica, i sistemi di gestione e sviluppo delle risorse umane hanno generalmente assunto notevole rilevanza.

Il percorso di aziendalizzazione della Sanità ha portato alla diffusione ed al consolidamento degli strumenti di gestione aziendale indispensabili al concreto dispiegamento del concetto stesso di aziendalizzazione, come il budget il sistema di controllo di gestione o la creazione di ruoli di direzione. È stata invece spesso sottovalutata l'importanza dell'*Human Resource Management*.

Nei contesti in cambiamento i sistemi di gestione per competenze - e la formazione in primo luogo - sono fondamentali, non solo per la necessità di adeguare tecnicamente le competenze alle nuove esigenze, ma come leva efficace ed indispensabile per realizzare lo stesso cambiamento.

¹ Sono da attribuirsi alla Dott.ssa Conte i Paragrafi 8.2 e 8.3 e il Box 8.2; alla Dott.ssa Fiorani i Paragrafi 8.4 e 8.5. L'introduzione e il questionario sono frutto della riflessione congiunta delle due autrici.

² Dottoranda di Ricerca in Economia e Gestione della Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, collabora presso il CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali), Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in progetti di ricerca nel campo del management e dell'organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

³ Dottoressa di Ricerca in Economia e Gestione della Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche e Assegnista di ricerca presso il CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali), è Professore a contratto di "CSR e rendicontazione sociale" e "Economia delle Aziende non profit" presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Il presente contributo, partendo dalla definizione di un framework teorico sul concetto di competenza e sul knowledge management (Paragrafo 8.2) e dopo aver delineato il quadro della situazione attuale e delle prospettive future delle competenze manageriali nel Servizio Sanitario Nazionale, si focalizza sull'importanza dell'adozione di un modello di gestione per competenze nelle aziende sanitarie (Paragrafo 8.3).

Nel Paragrafo 8.4 si presentano i risultati di un'interessante indagine condotta *“sul campo”* volta a rilevare le competenze dei ruoli manageriali nel Servizio Sanitario lucano attraverso la somministrazione di un questionario (Paragrafo 8.6) ai partecipanti del terzo *“Corso di Formazione manageriale per dirigenti sanitari con incarico di direzione sanitaria aziendale o responsabilità di struttura complessa e per Direttori Generali e Amministrativi delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere della Regione Basilicata”* (Box 8.2).

Le principali evidenze emerse dall'indagine sono commentate nelle riflessioni finali (Paragrafo 8.5), in chiave comparata con i risultati di altre numerose ricerche condotte sul tema da diversi centri di ricerca, che evidenziano la crescente complessità nella gestione delle competenze professionali quale leva critica per lo sviluppo strategico aziendale, e fornendo alcuni stimoli per l'introduzione e lo sviluppo di un sistema di gestione per competenze nel Servizio Sanitario della Regione Basilicata.

8.2 Competenze e knowledge management: quadro teorico di riferimento

8.2.1 Evoluzione storica del concetto di competenze

In letteratura si registrano approcci diversi al concetto di competenza.

In questi ultimi tempi si è registrato un passaggio da una concezione “statica” del concetto di competenza ad una visione dinamica ed esistenziale della stessa, cioè da un approccio descrittivo e numerico ad uno adattativo e complesso.

Secondo Palleray la competenza è *una forma di sapere in azione o, un saper agire sapiente*.

La vera proprietà distintiva della competenza si trova nell'essere in grado di manifestare ad altri l'uso che siamo in grado di fare di quella competenza.

La competenza riconosce la nuova centralità dell'individuo come soggetto attivo e consente, dunque, di affrontare in modo efficace i diversi aspetti della personalizzazione dei percorsi formativi e della valorizzazione del sapere già posseduto.

Essendo poi fondata, in un'accezione manageriale, su un concetto di performance, la competenza si presenta come base di nuove prassi di gestione strategica delle imprese.

Ciò consente di rendere maggiormente operativi e concreti gli approcci di tipo learning organization, rispetto ai quali si pone come categoria diagnostica per una mappa delle competenze stesse e come categoria di intervento per riconoscere i gap di competenze da colmare con l'attivazione di processi di apprendimento individuale e organizzativo, non necessariamente coincidenti con la formazione tradizionalmente intesa.

Inoltre, la competenza consente di rileggere il sapere di ogni individuo in modo più articolato e coerente con i processi di apprendimento, migliorando l'accesso alle opzioni educative e formative. La competenza si presenta come un'importante categoria di autodiagnosi nei processi di orientamento e nella formulazione delle strategie individuali verso l'apprendimento e il mercato del lavoro. (Levati, 2003).

La ricchezza e la complessità del tema delle competenze possono essere immediatamente comprese guardando ad una sintetica presentazione delle variabili (Figura 8.1) che influenzano le competenze (Jelmorini, Univ. Svizzera Italiana, 2008).

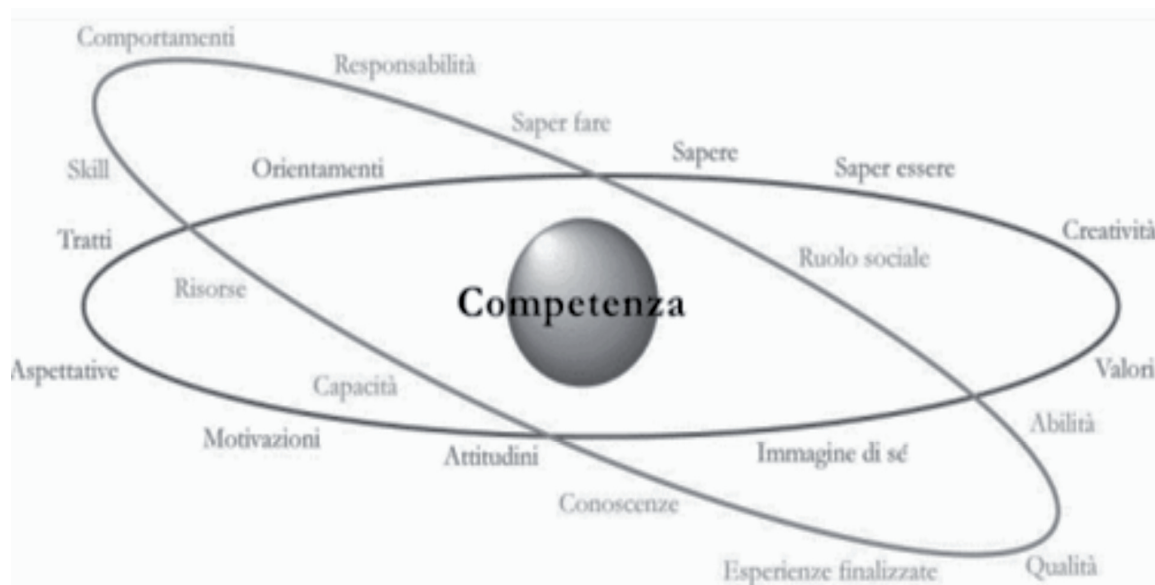


Figura 8.1 Le variabili che influenzano le competenze.

Battistelli (1995) puntualizza quanto la competenza professionale sia il risultato di una complessa e dinamica articolazione di conoscenze, abilità, atteggiamenti, immagini di sé, motivazioni e caratteristiche di personalità che permette all'individuo di comprendere le richieste e mettere in atto comportamenti professionali adeguati per rispondere alle esigenze lavorative nel contesto organizzativo.

Favretto (1996) sottolinea come un'accurata conoscenza di sé, con valutazioni scrupolose delle proprie abilità, abbia un considerevole valore adattativo; essa è in grado di mettere in condizione gli individui di regolare il proprio comporta-

mento secondo le richieste dell'ambiente e permette di evitare le situazioni nelle quali essi potrebbero sentirsi inadeguati.

Si apre qui il campo al concetto dell'autovalutazione delle proprie performance nel campo professionale che si possono considerare come una componente psicologica della competenza. La valutazione soggettiva della propria abilità è correlata alla capacità di svolgere un'attività diretta al raggiungimento di un obiettivo e all'efficacia del comportamento.

La competenza è una caratteristica intrinseca dell'individuo formata quindi dalla "ripetibilità della performance" e dal "mantenimento della sua qualità" nel tempo. Tra competenza e performance deve esservi un collegamento causale. L'essenza della competenza sta nella capacità di dialogo con il contesto: le persone devono essere messe in condizione di poter esprimere performance eccellenti. Infine la competenza ha una sua specificità e bisogna capire come le sue componenti si collocano e interagiscono tra loro.

Secondo Levati, la competenza si suddivide in elementi di stabilità e di sviluppo:

- la *capacità*, intesa come dotazione personale che permette di eseguire con successo una determinata prestazione che viene condizionata dall'attitudine che si sviluppa solo se trova sollecitazioni ambientali favorevoli costituite da occasioni di esercizio: elemento di stabilità;
- le *conoscenze*, che possono avere un incremento: elemento di sviluppo;
- le *esperienze finalizzate*, che fanno maturare le conoscenze, conferiscono loro la specificità tipica della comunità professionale di appartenenza e le arricchiscono di abilità tecniche: elemento di sviluppo.

Inoltre, Levati sostiene che la competenza appartiene alla dimensione psicologica. Pertanto è corretto definirla come una caratteristica intrinseca che si esprime attraverso comportamenti, pur non essendo un insieme di comportamenti. La performance, invece, appartiene alla dimensione comportamentale che permette di raggiungere degli obiettivi definiti dal ruolo.

Quindi, alla radice di un comportamento sta un insieme di capacità, in stretto rapporto tra loro, in un contesto definito.

L'autore fa una distinzione tra:

- comportamenti correlati alle attività, ossia modalità d'azione effettivamente attivate indipendentemente dalle responsabilità connesse alla posizione;
- comportamenti attesi correlati con la cultura organizzativa, ossia modalità d'azione che risultano significative e vincenti in quel determinato ambito perché congruenti con i valori e con la strategia dell'organizzazione.

Non c'è quindi competenza per qualsiasi situazione ma la specificità si esprime rispetto alla cultura aziendale, non della mansione. Un direttore generale che ha

dato buona prova in una realtà, può risultare non più efficace in un'altra. Non è inoltre assolutamente certo che le competenze che hanno assicurato il successo in ambito privato risultino vincenti in ambito pubblico; non ci si può basare sul passato professionale di un individuo per prevedere il successo in una situazione diversa ma bisogna integrare l'analisi delle esperienze e delle conoscenze con l'analisi delle capacità ricercando le caratteristiche che consentano l'inserimento in una cultura determinata.

Il contesto, formato da opportunità d'esercizio e opportunità oggettiva e influenzato dalla cultura aziendale, e la motivazione, elemento che permette la messa in moto e che trasforma le capacità, le esperienze e le conoscenze in competenze applicate e finalizzate, fungono da catalizzatori tra attitudine, capacità, conoscenze, esperienze e competenze. Senza di essi la competenza non si può realizzare.

8.2.2 Il modello delle competenze

Sempre più in ambito aziendale pubblico si sente parlare di "modello delle competenze". Gestire e sviluppare le risorse umane con questo modello è diventato sempre più di moda per gli operatori del settore. Sembra infatti che il sistema di gestione delle 3P (posizioni – prestazioni – potenziale) sia diventato ormai obsoleto e che necessiti di una revisione che tenga conto di nuovi paradigmi.

Il modello delle competenze è nato negli anni settanta quando David McClelland, uno psicologo che si occupava di studi e test sulla motivazione, venne incaricato di riprogettare la selezione dei funzionari del FSIO (Foreign Service Information Officers) formato da diplomatici dislocati all'estero per favorire e diffondere il consenso sulla politica americana nel mondo. Avendo considerato la scarsa predittività dei test attitudinali fino a quel momento utilizzati e cioè la modesta relazione tra i risultati e il successo nel lavoro, McClelland decise di costruire egli stesso uno strumento di selezione evidenziando e raccogliendo i comportamenti di successo nella mansione dalle interviste di alcuni diplomatici inseriti da diversi anni nel ruolo e considerati come eccellenti.

La validazione di tale raccolta fu poi eseguita attraverso il metodo di validità concorrente per gruppi contrapposti; scelse quindi un nuovo gruppo di diplomatici e verificò se coloro che maggiormente mettevano in pratica i comportamenti descritti erano anche coloro che erano valutati come superiori nelle performance.

Questo metodo è ad oggi diventato un modello di individuazione e definizione delle competenze consolidato e declinato in centinaia di tipologie diverse.

Le applicazioni del modello si trovano nella selezione del personale nella quale vengono definite con precisione le caratteristiche psicologiche e tecniche che possono rendere vincenti in una mansione e che permette di selezionare i candidati in rapporto a queste caratteristiche.

Un'altra applicazione la troviamo nella pianificazione e nello sviluppo. Serve a fornire delle basi concrete ed oggettive per indirizzare le persone nei diversi percorsi di carriera in funzione della corrispondenza delle caratteristiche psicologiche e tecniche richieste. Ci si basa, per fissare queste caratteristiche, sui migliori performer.

Un altro ambito d'utilizzo del modello è la formazione. Qui il modello consente di ridurre gli sprechi indirizzando le persone verso quei corsi di cui hanno effettivamente bisogno e permette anche di tarare l'entità dell'impegno formativo in rapporto alle necessità connesse ai ruoli.

Altra applicazione si riscontra nella valutazione delle posizioni, ma il tutto si rivela fattibile solo nelle organizzazioni fortemente destrutturate come quelle a rete che sopravvivono o prosperano, non tanto per effetto del corretto assolvimento dei rispettivi ruoli, ma per effetto della capacità dei singoli di inventare ogni giorno nuovi modi di vivere e restare sul mercato.

Altro settore interessato in modo particolare da questo modello è quello dei sistemi retributivi ed incentivanti. L'insoddisfazione verso i tradizionali metodi ancorati al peso della posizione ed incapaci di valorizzare appieno la professionalità individuale spingono per l'adozione del modello delle competenze. Non è però sempre facile tradurre in pratica la filosofia di pagare in base alle capacità piuttosto che in base al valore della posizione.

La logica di pesare e retribuire il lavoro più sulla base del contributo individuale che del valore aziendale si scontra a volte con le esigenze di equità interna rendendo problematico il metodo di calcolo e ponderazione del salario e la sua applicazione incondizionata.

Ciononostante parecchie amministrazioni pubbliche hanno scelto questo metodo e alcune lo applicano, proprio per smorzare i possibili effetti negativi, contemporaneamente ad altri metodi che variano da ente ad ente.

Oggi sembra scontato nel mondo del lavoro e delle professioni ragionare e pianificare in termini di competenze, ma nonostante ciò è utile ricordare, che il concetto di competenza si è definitivamente affermato in ambito organizzativo in un'epoca decisamente non lontana, pressappoco all'inizio degli anni novanta, quando la scena mondiale dell'economia cominciò ad essere dominata da organizzazioni "ad alta intensità di conoscenza" o knowledge based, nella terminologia ricorrente tra gli specialisti del settore.

Le fasi per la costruzione di un modello gestionale per competenze

La costruzione di un modello gestionale per competenze passa attraverso alcune fasi fondamentali che si possono così riassumere:

- *definizione delle competenze distintive richieste dal business*: è la fase in cui viene analizzata dal top management la strategia dell'istruzione/organizzazione e vengono definiti e comunicati gli obiettivi strategici che l'organizzazio-

ne intende perseguire. In base alle scelte di posizionamento viene quindi definito il portafoglio di competenze che le risorse devono possedere per garantire all'azienda il vantaggio competitivo e il raggiungimento degli obiettivi;

- *rilevazione e mappatura delle competenze*: è la fase in cui si trasferisce il concetto di competenza distintiva nella pratica per riconoscerla nella popolazione organizzativa che la detiene. Infatti per realizzare la strategia ci deve essere una connessione tra ciò che l'istituzione deve saper fare e ciò che devono saper fare i manager, i professional, i tecnici che vi operano. La fase di mappatura delle competenze è abbastanza lunga e articolata: dopo una preliminare analisi organizzativa tesa ad individuare le famiglie professionali di riferimento, essa richiede di identificare le capacità richieste a ciascun ruolo nonché le conoscenze tecniche/professionali con i relativi livelli di profondità;
- *diagnosi*: è la fase deputata al censimento delle competenze possedute. Si attende quindi una fotografia attendibile del livello di competenze possedute dalle risorse, si opera il confronto con il livello atteso o richiesto, e si condividono con i diretti interessati i gap da colmare per garantire sull'istituzione competenze adeguate alla strategia. Tale fase deve fornire indicazioni sia sul tipo di competenze critiche da sviluppare sia su come è segmentata la popolazione in base alla distanza dal profilo atteso, questo perché le successive attività di sviluppo e la stessa formazione vengano tarate e differenziate in base alle esigenze specifiche;
- *sviluppo*: è la fase in cui si realizzano le attività di potenziamento delle competenze risultate carenti in fase di diagnosi e, attraverso una continua verifica della validità/efficacia degli interventi stessi, viene rilanciato il ciclo delle competenze.

Il modello di competenze qui delineato rappresenta il frutto di un'operazione di astrazione e generalizzazione rispetto a ruoli definiti in specifiche organizzazioni. Di fatto le varie organizzazioni presentano caratteristiche diverse e quindi pongono ai responsabili problemi diversi e richiedono di mettere in gioco, a seconda delle condizioni organizzative, abilità e conoscenze specifiche.

8.2.3 Il knowledge management

Concetti generali La moderna storia del Knowledge Management ha inizio nel 1986 quando Karl Wiig, coniando il termine, ne introduce i fondamenti durante una conferenza allestita dall'Organizzazione Internazionale dei Lavori delle Nazioni Unite. A partire da questo momento il concetto inizia ad interessare molte importanti aziende soprattutto a carattere multinazionale.

Nel 1994 si svolge la prima conferenza del knowledge management, le prime grandi aziende di consulenza iniziano ad offrire servizi di knowledge management ai loro clienti. Da questo momento in poi il knowledge management godrà di un'attenzione sempre maggiore.

Il KM viene definito come “un approccio integrato finalizzato a creare, organizzare, rendere accessibile, condividere, utilizzare e capitalizzare il patrimonio di competenze presente in un'organizzazione al fine di generare valore aggiunto per la stessa.” (Profili, 2004).

In altre parole, lo scopo del knowledge management non è altro che quello di rendere disponibile il contenuto del patrimonio informativo dell'azienda, in qualunque forma esso possa essere rappresentato, a coloro che ne hanno bisogno per svolgere la propria attività. La necessità è quella di catturare ogni aspetto possibile della conoscenza per evitare che qualunque cosa che in qualche modo l'organizzazione ha appreso possa andare perduta.

In una frase si può dire che il KM sia una “**modalità strategica di gestione del capitale intellettuale** che vuole arricchire il capitale umano, trovare forme organizzative e gestionali rispondenti alle strategie di sviluppo e progettare sistemi tecnologici di supporto congruenti. L'organizzazione, in questo senso diventa una “repository” di conoscenza resa disponibile. (Meneguzzo, 2002).

Il knowledge management è una pratica gestionale a supporto della strategia aziendale, che ha come obiettivo la costruzione di un sapere diffuso all'interno dell'organizzazione e che richiede un approccio integrato, che tenga conto di tre categorie di variabili: le persone, i processi e le tecnologie.

Le persone – rappresentano la componente più importante e critica del knowledge management ed anche la più delicata sulla quale intervenire. Sono i titolari di gran parte del sapere, e, in particolare, della “conoscenza tacita”, ovvero di quel sapere che è esprimibile solo con l'azione e che non può essere immagazzinato e gestito mediante sistemi informativi.

I processi – il knowledge management deve sviluppare processi che consentano di mediare tra due esigenze parzialmente contrapposte: garantire l'accesso di tutti alle informazioni e contestualizzare le informazioni a seconda delle specifiche esigenze degli individui e delle aree dell'organizzazione.

La tecnologia – rappresenta sì un supporto essenziale al knowledge management, ma solo nella misura in cui si propone come un elemento che favorisce la condivisione e il trasferimento delle informazioni.

Un'attenzione costante a queste tre categorie di variabili è la condizione necessaria perché un'attività di knowledge management possa avere successo. Le organizzazioni, infatti, possono disporre delle tecnologie più avanzate per il trasferimento e la condivisione delle informazioni, ma non ottenere da questi strumenti i vantaggi desiderati perché le persone non sono disposte ad utilizzare queste tecnologie e a condividere il sapere di cui sono in possesso.

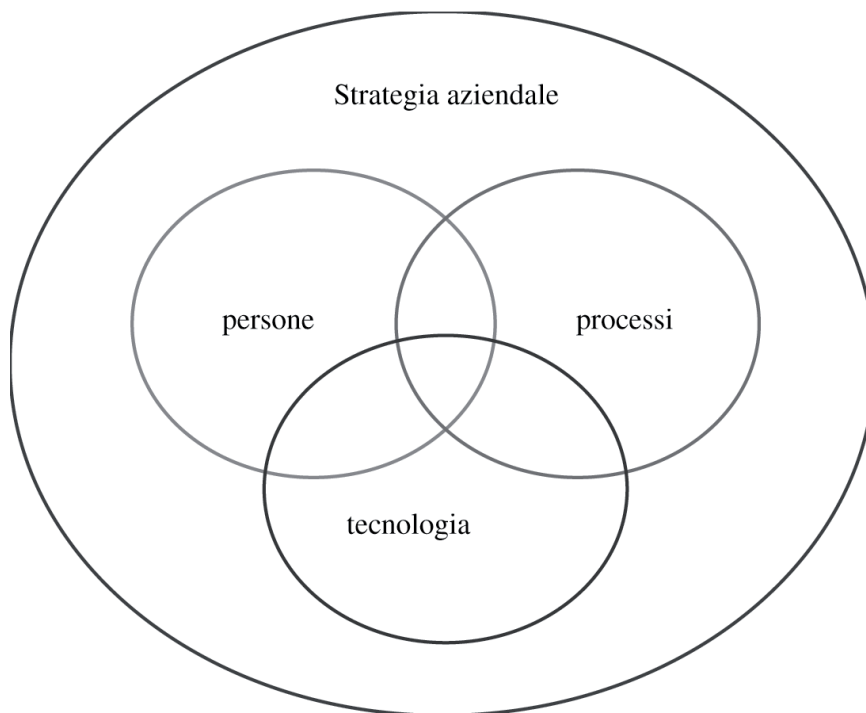


Figura 8.2 Le variabili del knowledge management.

Il knowledge management e la creazione del valore Il Knowledge Management non è altro che la traduzione, sul terreno procedurale e normativo, dell'impiego efficace della competenza che intende rispettarne proprietà e leggi specifiche di comportamento.

La conoscenza, per essere efficiente nell'uso utilitaristico a cui l'economia la destina, non può essere soltanto utile, ma deve avere anche qualche altro significato che sia rilevante per i soggetti coinvolti. Di qui la complessità di programmi, come quelli di knowledge management, che vorrebbero usare la conoscenza strumentalmente ma che, se vogliono essere efficaci, devono ammettere anche significati che sono solo indirettamente legati al fine perseguito.

Affinché la conoscenza generi valore attraverso il suo uso sistematico ed il suo riuso, non basta spostarla da un punto all'altro. Per spostare la conoscenza e renderla utilizzabile in contesti di uso molto distanti da quello di origine, bisogna trasformarla. La trasformazione avviene in tre tappe:

- de-contestualizzazione della conoscenza originale;
- moltiplicazione e trasferimento della conoscenza;
- ri-contestualizzazione.

Tale percorso consente di individuare tre drivers per la creazione del valore:

- n , che misura la moltiplicazione del valore mediante il riuso della competenza;
- v , che esprime l'efficacia di ciascun singolo impiego;
- p , che presidia la sostenibilità economica del processo nel corso del tempo.

Agendo su queste tre leve, il valore cresce. L'obiettivo del knowledge management è di far leva su n e su v per produrre il massimo valore possibile.

Il knowledge management nelle aziende pubbliche Le aziende pubbliche si stanno sempre più orientando al cliente e diventa quindi importante migliorare i modelli di servizio e di presidio delle funzioni pubbliche. Tutti vengono maggiormente responsabilizzati a tutti i livelli e continuano ad aumentare in ampiezza e profondità i “saperi” richiesti ai funzionari che devono continuamente acquisire nuove e più complesse competenze riqualificandosi senza sosta. I compartimenti stagni tra Dipartimenti devono quindi essere superati e i sistemi di KM possono essere di grande aiuto perché permettono di condividere non solo le conoscenze, ma anche le procedure, le prassi lavorative e gli strumenti operativi. Il KM diventa in questo caso uno degli strumenti principali per governare la crescente complessità di funzioni e servizi pubblici e per far fronte alla pressione verso una maggiore qualità, efficacia ed efficienza. Il KM contribuisce ad accorciare il ciclo di apprendimento e ad imparare dall'esperienza rendendo tutti più pronti a reagire alle sollecitazioni dei cittadini e del contesto generale.

D'altra parte, le Pubbliche Amministrazioni stanno rendendo più snella e flessibile la propria organizzazione, vi è molta più possibilità di accesso alle PA dall'esterno e la richiesta di mobilità interna del personale cresce. Ecco quindi la necessità di sistemi che permettano di sedimentare le conoscenze, di trasformarle in patrimonio dell'organizzazione e di metterle a disposizione di tutti in un'ottica di continuità e di sostegno all'innovazione organizzativa.

“L'obiettivo principale del knowledge management si può riassumere nella creazione e gestione del sapere attraverso forme organizzative, sociali e cognitive appropriate in grado di stimolare la sua valorizzazione in termini di rapido utilizzo e di trasformazione in competenze e processi realizzativi. La centralità di tali condizioni deriva dalla constatazione che il patrimonio di un'organizzazione non è identificabile solo con le conoscenze prodotte (documenti, relazioni, dati) ma soprattutto con le competenze che generano tali conoscenze e le traducono in prodotti/servizi e risultati.” (Rullani, 1994).

Sempre più “aumentano in ampiezza e profondità i saperi richiesti alle persone operanti nella pubblica amministrazione in termini di conoscenze tecnico-specialistiche, di capacità gestionali, di nuovi orientamenti e valori”.

Knowledge Management nell'OCSE

Box 8.1

Uno studio sulla gestione del sapere per l'avvenire dell'OCSE mette chiaramente in evidenza che i paesi hanno fretta d'introdurre il Knowledge Management ma non dispongono dell'esperienza o del sapere per farlo. Uno dei problemi più grandi segnalati nello studio è quello dei mezzi limitati di cui si

dispone per immagazzinare il sapere dopo che i funzionari lasciano il servizio pubblico. In questo settore il paese più avanzato sono gli Stati Uniti nel quale il KM è stato soprattutto usato nell'esercito per migliorare il processo di rilevamento e condivisione dell'esperienza interna per migliorare la prestazione dei servizi dell'Amministrazione federale dell'aviazione. In Messico, si è creato un data-base che contiene delle informazioni sui profili professionali e personali di ogni funzionario federale che sarà utilizzato per far fronte ai posti vacanti e per arrivare ad un potenziale ottimale in capitale umano. Un problema spesso segnalato dalle Amministrazioni Pubbliche è il potere che è raggiunto da chi detiene l'informazione e considera la stessa come un bene da monopolizzare piuttosto che da condividere. Negli USA, invece, condividere le informazioni con i colleghi sta diventando sempre più un fattore considerato nella valutazione della prestazione del funzionario. In un certo senso le Amministrazioni Pubbliche hanno sempre utilizzato il KM senza saperlo. La novità del KM è che ognuno deve essere cosciente dell'esistenza di un processo di management della conoscenza.

Il KM costituisce una priorità importante nei programmi di gestione della maggioranza delle organizzazioni statali dei paesi membri dell'OCSE. Questi paesi utilizzano le modalità tradizionali di condivisione del sapere (formazione, riunioni) e spesso si usa per esempio intranet per informare tutti. Vi sono anche paesi che utilizzano mezzi più sofisticati come le comunità di pratica e i cerchi di qualità.

Si nota che un cambiamento culturale sta prendendo piede: la condivisione del sapere sembra non essere più percepita come un ostacolo alla carriera e quindi lo scambio di informazioni avviene più spontaneamente. La conduzione è molto cambiata dato che si ha a che fare con funzionari molto più informati che un tempo. Per la ricerca d'informazioni le organizzazioni si sono aperte molto di più al settore privato, al mondo universitario, ai consulenti e alle organizzazioni internazionali.

Non è per contro sicuro che questo cambiamento culturale sia il risultato di trasformazioni organizzative profonde. Si pensa infatti che le amministrazioni abbiano sottostimato il fattore umano nei loro sforzi per migliorare le pratiche in materia di KM. Spesso le strategie di KM non sono ben diffuse e in parecchi uffici la condivisione del sapere è valorizzata solo in modo ufficioso e limitato. Inoltre, si sono riscontrate numerose difficoltà d'implementazione delle strategie KM che hanno dato luogo a degli effetti secondari non preventivati: resistenza del personale (in particolare dei quadri medi), difficoltà di far proprio il sapere non scritto trasmesso dalle esperienze dei funzionari e polarizzazione dei vari servizi unicamente sulle nuove tecnologie.

Per avere delle buone pratiche di KM il miglior mezzo risiede in cambiamenti durevoli del comportamento che si traducono in un'atmosfera di fiducia, in

spirito di squadra e in impegno disinteressato dei funzionari e tutto ciò basandosi preferibilmente su un ambiente organizzativo e culturale relativamente stabile. Le organizzazioni che hanno una missione più volta verso l'esterno hanno dei bisogni in KM più importanti e quindi anche delle pratiche KM di qualità migliore, senza trascurare gli effetti secondari che ne risultano per la produttività e per il sistema di governance interno.

Nelle organizzazioni ospedaliere per esempio, la performance è spesso il risultato dell'integrazione e della combinazione di competenze e capacità diverse: la conoscenza risiede spesso in forma tacita a livello di gruppo e il gruppo non sempre coincide con l'unità amministrativa. La difficoltà di misurare e valutare l'output e la multidimensionalità dei processi decisionali non consente di fare affidamento solo su strumenti di incentivazione e rende auspicabile l'applicazione di strumenti di coordinamento di natura diversa. Meglio quindi basarsi sulla condivisione di valori comuni per arrivare alla sovrapposizione fra obiettivi individuali e obiettivi organizzativi. Importante è comunicare anticipatamente le attese, l'interiorizzazione di obiettivi comuni e la condivisione di aspettative sui ruoli e i comportamenti in modo da limitare il gap tra comportamento atteso e comportamento effettivamente osservato. In questi contesti è particolarmente importante generare, diffondere e valorizzare la conoscenza. Gli strumenti di management della conoscenza divengono infatti veri e propri meccanismi di coordinamento organizzativo. Essi consentono di sviluppare e rendere accessibili quelle conoscenze e capacità organizzative che sono frutto dell'esperienza collettiva.

8.3 Il modello di gestione per competenze nelle aziende sanitarie

Le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, negli ultimi anni, hanno rivisto in profondità l'organizzazione delle attività direzionali, amministrative e di supporto (Anessi-Pessina, Cantù, 2006). Tale evoluzione si è accompagnata a:

- l'aggiornamento di alcuni ruoli tradizionali, quali quelli degli uffici amministrativi responsabili degli acquisiti (Amatucci, 2006; Brusoni et al., 2008) o della gestione del personale (De Pietro 2002), ma anche delle direzioni sanitarie di presidio (Di Falco, Sticca, 2005);
- l'emersione di ruoli organizzativi nuovi, sia in posizioni di staff quali il controllo di gestione (Del Vecchio, 2002), sia nell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali come nel caso del direttore di dipartimento non amministrativo o tecnico (Lega, 2008);
- lo sviluppo di competenze manageriali anche per ruoli che rimangono prevalentemente clinici, come nel caso dei medici direttori di unità operativa sanitaria (Borgonovi, 1997).

In generale, tutti i ruoli citati hanno visto emergere in maniera più evidente l'importanza di adeguate competenze di gestione, che in molti casi vanno ad affiancarsi alle competenze di tipo clinico-assistenziale (dirigenti del ruolo sanitario) o giuridico-amministrativo (dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo). Oltre a tali competenze gestionali trasversali, la cosiddetta "aziendalizzazione" si è accompagnata allo sviluppo di competenze specifiche nelle tecniche del management (per esempio di contabilità analitica), centrali per le funzioni di staff ma anche per alcune funzioni di *line* amministrativa o tecnica.

Un modo di guardare allo sviluppo delle competenze del management del SSN è quello di seguire, da un lato, le proposte del "nuovo management pubblico" e il dibattito al quale ha dato origine e, dall'altro, l'evoluzione dei contributi specifici originati nello stesso sistema sanitario.

Il filone del "nuovo management pubblico" (Hood, 1991; Osborne, Gaebler, 1992) ha promosso il rafforzamento di logiche di mercato e di strumenti di management nelle aziende pubbliche agli inizi degli anni novanta. Si trattava di una proposta culturale, legata in qualche misura alle importanti esperienze di governo liberali che avevano caratterizzato gli anni ottanta negli Stati Uniti e nel Regno Unito, ma anche di una risposta alla crisi fiscale di tanti paesi occidentali e dei loro sistemi di benessere sociale. In particolare, Osborne e Gaebler organizzano il loro libro "Reinventing government" attorno a dieci capitoli, ciascuno dei quali dedicati ad un principio da adottare:

- governare invece che gestire;
- mettere le comunità in grado di risolvere i propri problemi invece che, semplicemente, erogare servizi;
- incoraggiare la concorrenza invece che i monopoli;
- essere orientati dalle finalità istituzionali più che dalle regole;
- orientare ai risultati, finanziando questi ultimi invece che i fattori produttivi;
- soddisfare i bisogni degli utenti/clienti e non della burocrazia;
- concentrarsi nell'ottenere risorse economiche invece che nello spendere;
- investire nel prevenire i problemi invece che nel curare le crisi;
- promuovere il decentramento dell'autorità, la partecipazione e il lavoro di gruppo;
- risolvere i problemi attraverso le forze del mercato invece che attraverso nuovi programmi pubblici.

Al tempo della loro proposta, tali concetti erano spesso lontani dal modo di operare concreto di molte pubbliche amministrazioni in buona parte dei paesi occidentali. E si tratta certamente di concetti che sembravano lontani dalla sensibilità, dal campo d'intervento, dalla cultura professionale e organizzativa delle organizzazioni sanitarie pubbliche.

Se si guarda all'esperienza maturata dai primi anni novanta ad oggi, risulta in ogni caso evidente che molte trasformazioni delle pubbliche amministrazioni hanno perseguito obiettivi molti simili a quelli poc'anzi proposti. E che anche il settore sanitario non è rimasto esente da queste trasformazioni.

Un secondo filone lungo il quale si è sviluppato il dibattito è stato originato all'interno dello stesso settore sanitario, come conseguenza della necessità di dare risposta a una crescente complessità organizzativa delle strutture sanitarie. Tale complessità è a sua volta il portato di più evoluzioni, tra le quali il progresso scientifico in ambito clinico, la professionalizzazione delle attività assistenziali, il progresso tecnologico che ha riguardato le apparecchiature sanitarie, le crescenti esigenze di sicurezza del paziente, la progressiva specializzazione dei professionisti sanitari, ecc.

Si tratta, dunque, di un'evoluzione endogena al sistema sanitario, basata su determinanti scientifiche e tecniche più che su determinanti economiche e culturali, come è stato invece il caso per il nuovo management pubblico.

Tali cambiamenti, originati e sviluppati lungo le due dimensioni sopra citate, nel caso italiano sono state incanalate nel processo di aziendalizzazione del SSN, cominciato con il D. Lgs. 502/1992.

L'aziendalizzazione ha difatti reso esplicita la responsabilità gestionale delle singole aziende e ha aumentato i gradi di autonomia all'interno dei quali le stesse aziende erano chiamate a sviluppare le risposte più adatte al contesto epidemiologico, istituzionale e sociale presente a livello locale.

Come tutte le trasformazioni strutturali di sistemi organizzativi complessi e strettamente legati alla dimensione del consenso politico, il processo di aziendalizzazione ha vissuto fasi di accelerazione, di rallentamento, di riorientamento. Le Regioni a volte hanno assunto atteggiamenti dirigistici e di accentramento regionale, altre volte invece hanno lasciato maggiore autonomia all'azione aziendale. In molti casi si sono avute resistenze da parte del personale sanitario, che spesso ha vissuto l'aziendalizzazione come un attacco alla propria autonomia professionale e un tentativo di far prevalere le logiche economiche di efficienza o di costo-efficacia rispetto a quelle tradizionali della cultura clinico-assistenziale, perlopiù attente alla sola dimensione dell'efficacia e scarsamente interessate alle implicazioni economiche dei comportamenti professionali. Infine, non poche resistenze si sono incontrate tra gli amministrativi e i responsabili delle strutture amministrative aziendali.

Come già accennato, un ruolo particolare in questa evoluzione è stato giocato dalle logiche organizzative tradizionalmente forti nel SSN: la logica professionale e quella burocratica.

La logica professionale ha numerose caratteristiche che impattano direttamente sulle competenze individuali e sul modo di riconoscerle. In particolare, la logica professionale predilige per quanto possibile il rapporto diretto ed esclusivo col paziente.

Dall'altra parte anche la logica burocratica influisce in modo rilevante sul funzionamento aziendale e sulle competenze individuali delle persone che a quella logica si sono sempre attenute, frequenti soprattutto nelle funzioni di *line* amministrativa. Nella logica burocratica classica, infatti, l'orientamento è alla conformità normativa più che all'efficienza o ai risultati, proprio perché il rispetto delle norme è condizione necessaria ma anche sufficiente per ottenere i risultati più razionali ed efficienti possibili. Con riguardo alle competenze, queste sono spesso interpretate come le responsabilità giuridiche legate alla posizione di lavoro.

Infine, la ricerca dell'oggettività e dell'imparzialità dell'azione amministrativa fa sì che le sole competenze riconosciute siano quelle certificate, meglio se da un'istituzione in qualche modo regolata da poteri pubblici.

Le due logiche, professionale e burocratica, hanno sviluppato attività e competenze distinte nel corso del tempo. Tale distanza ha certamente costituito un limite alla funzionalità delle aziende del SSN fino a un recente passato, poiché favoriva posizioni difensive da parte di ciascuna delle due anime – sanitaria e amministrativa – delle organizzazioni e rendeva difficile la collaborazione e la sintesi (Borgonovi, 1997). A seguito dell'azienalizzazione, i professionisti sanitari a cui sono assegnati ruoli gestionali sono stati chiamati ad acquisire competenze di management.

Lo sviluppo delle competenze manageriali, funzionale al processo di azienalizzazione, è stato sostenuto da un parallelo aumento delle conoscenze e dell'elaborazione teorica sul management sanitario. Ciò è stato particolarmente vero nel nostro paese, dove lo sviluppo di conoscenze specialistiche e della letteratura scientifica in questo campo si è mantenuto fortemente agganciato a progetti di ricerca applicata o di supporto allo sviluppo gestionale delle aziende sanitarie. Il management sanitario ha quindi assunto una relativa autonomia e riconoscibilità all'interno delle facoltà di economia e si è esplicitato meglio anche nelle scuole di igiene o nell'ambito della formazione infermieristica.

L'emergere del management sanitario come sotto-disciplina anche in ambito universitario ha favorito, in Italia e all'estero, lo sviluppo di conoscenze nuove e l'elaborazione e la proposta di schemi di analisi, di paradigmi interpretativi ma anche di strumenti operativi per la gestione delle aziende sanitarie.

In alcuni casi si è trattato dell'applicazione – più o meno critica e contestualizzata – di conoscenze sviluppate per altri tipi di settori e di aziende. Ciò spesso ha dato luogo a proposte difficilmente applicabili nei contesti organizzativi concreti delle aziende sanitarie, col risultato finale di mostrare scarsa efficacia nell'implementazione e quindi di favorire una reazione "anti-manageriale" in molti attori del sistema.

In altri casi invece, le proposte del management sanitario hanno tenuto conto fin dall'inizio delle caratteristiche specifiche di questo settore, della sua cultura e dei suoi valori, e hanno finito per offrire schemi interpretativi originali e utili

anche per l'analisi di altri settori economici. È questo certamente il caso delle analisi relative agli assetti istituzionali, in cui cioè assumono particolare rilevanza le relazioni tra organi di direzione interna e istituzioni politiche di controllo. Ma è anche il caso degli indicatori di performance, tema particolarmente importante ma difficile da trattare per aziende che erogano servizi sanitari ma che hanno responsabilità istituzionali dirette non tanto sugli outcome quanto sugli output e cioè sugli esiti complessivi della loro azione sullo stato di salute della popolazione servita.

8.4 Le competenze dei ruoli manageriali nel servizio sanitario lucano

8.4.1 Obiettivi, metodologia e campione di riferimento

La presente indagine prende spunto da numerose ricerche nazionali, condotte da diversi centri di ricerca, sulle competenze dei ruoli dirigenziali nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche (Università Carlo Cattaneo LIUC;⁴ SSPA 2005⁵) e in Sanità (Cerismas 2010 e 2011),⁶ che evidenziano la crescente complessità nella gestione delle competenze professionali quale leva critica per lo sviluppo strategico aziendale.

L'idea di fondo è individuare le linee fondamentali che caratterizzano le competenze dei Dirigenti Sanitari e Amministrativi (*con e senza* responsabilità di struttura semplice o complessa), dei Direttori Sanitari Aziendali, dei Direttori Amministrativi Aziendali e dei Direttori Generali Aziendali nel Servizio Sanitario della Regione Basilicata. *Lo scopo* è rilevare le competenze effettivamente utilizzate quotidianamente (o ritenute importanti) nello svolgere la propria funzione e il proprio ruolo.

Il campione di indagine è rappresentato dai partecipanti al Corso di formazione manageriale organizzato dal CEIS nel 2011 (Box 8.2) a cui è stato somministrato un questionario online⁷ in forma anonima.

⁴Rebora G. (2004), *I capi azienda, modelli emergenti di management*, Guerini Associati.

⁵Rapporto della SSPA (non pubblicato) "Ricerca sulle competenze distintive dei dirigenti pubblici".

⁶Workshop 17 Dicembre 2010 "Lo sviluppo delle pratiche di Human Resource Management in Sanità"; Workshop 21 giugno 2011 "Ruoli e competenze nella sanità: lo sviluppo delle pratiche di Human Resource Management: scenari ed esperienze di successo".

⁷Indagine LimeSurvey. Per maggiori informazioni sullo strumento di indagine si veda <http://www.limesurvey.org>.

Il Corso di formazione manageriale**Box 8.2**

Nell'anno 2011, la Regione Basilicata, avvalendosi della collaborazione dell'IRCCS-CROB di Rionero in Vulture (PZ) e del CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) della Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" ha promosso e attivato il Terzo Corso di formazione manageriale per dirigenti sanitari con incarico di direzione sanitaria aziendale o responsabilità di struttura complessa e per Direttori Generali e Amministrativi delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere della Regione Basilicata.

Il percorso formativo è stato articolato in cinque moduli:

- I) *l'Azienda sanitaria pubblica e la sua organizzazione nel processo di modernizzazione;*
- II) *sistemi e strumenti per il governo e la gestione delle Aziende sanitarie;*
- III) *il processo di pianificazione, programmazione e controllo;*
- IV) *gestione delle risorse umane;*
- V) *valutazione e misurazione delle performance;*

all'interno dei quali, oltre alla didattica frontale, sono state previste lezioni in modalità e-learning attraverso la FAD (Formazione a Distanza). Agli **85 partecipanti** è stata data la possibilità di accedere, con account personale, ad una piattaforma interattiva dove poter scaricare i materiali relativi alle lezioni e potersi confrontare con i propri colleghi, attraverso *forum* creati *ad hoc*.

L'indagine segue l'impostazione di Levati, che suddivide la competenza, caratteristica intrinseca appartenente alla dimensione psicologica che si esprime attraverso *comportamenti* (pur non essendo un insieme di comportamenti, come la performance), in elementi di stabilità e di sviluppo (per un approfondimento si veda il Paragrafo 8.2): *capacità* (elemento di stabilità), *conoscenze* ed *esperienze* (elementi di sviluppo).

Il questionario risulta così articolato in cinque Sezioni:

- **La Sezione I**, contenente informazioni personali di natura generale (*sesso, età, titolo di studio, ruolo ricoperto, anzianità di servizio, esperienze professionali, ecc.*), si focalizza sugli elementi di sviluppo acquisiti (le **conoscenze** e le **esperienze**).
- **La Sezione II**, relativa alle informazioni sull'attività lavorativa svolta quotidianamente (*lavoro svolto in team, lavoro svolto individualmente, relazioni interpersonali*), analizza i **comportamenti** tramite cui si esprime la competenza.
- **La Sezione III**, volta a rilevare informazioni sulle **conoscenze** (*manageriali, gestionali, tecnico-amministrative; ambiente esterno*) ritenute rilevanti per lo svolgimento quotidiano della propria attività (elemento di sviluppo).
- **La Sezione IV**, contenente informazioni sulle **capacità** (*professionali, manageriali, relazionali, ecc.*) ritenute rilevanti per lo svolgimento quotidiano della propria attività (elemento di stabilità).

- **La Sezione V**, volta a sondare l'interesse dei rispondenti verso l'introduzione di un sistema di gestione per competenze nel SSR della Basilicata.

Il questionario si compone di domande a risposta chiusa (singola o multipla) e di classifiche (in cui si chiede al rispondente di ordinare, a seconda della propria preferenza, un elenco di voci). Lo strumento della classifica è stato in particolare utilizzato largamente nelle Sezioni II e III. Le elaborazioni delle classifiche includono l'ordine di preferenza data dai rispondenti alle voci e, ove significativa, la ripartizione percentuale dei voti relativi al primo posto.

All'indagine hanno risposto 72 persone (tasso di risposta: 85% del campione), di cui solo 67 hanno completato il questionario in tutti i campi. Cinque record risultano incompleti: il 4% degli intervistati (3 persone) non ha compilato la sezione anagrafica e il 6% (4 persone) le Sezioni II, III e IV. Le elaborazioni includono i record incompleti; i campi lasciati vuoti dai partecipanti sono stati attribuiti alla risposta dominante.

8.4.2 Risultati

Informazioni generali (Sezione I) Informazioni relative al genere, all'età e al ruolo attualmente ricoperto.

Prima di procedere all'analisi e all'esposizione dei risultati dell'indagine, si ritiene opportuno esaminare la composizione dei rispondenti, con riferimento al ruolo attualmente ricoperto, al sesso di appartenenza e all'età.

Nella Figura 8.3 si riporta la ripartizione percentuale del ruolo attualmente ricoperto dagli intervistati, fattore che si presume influenzi più degli altri le risposte

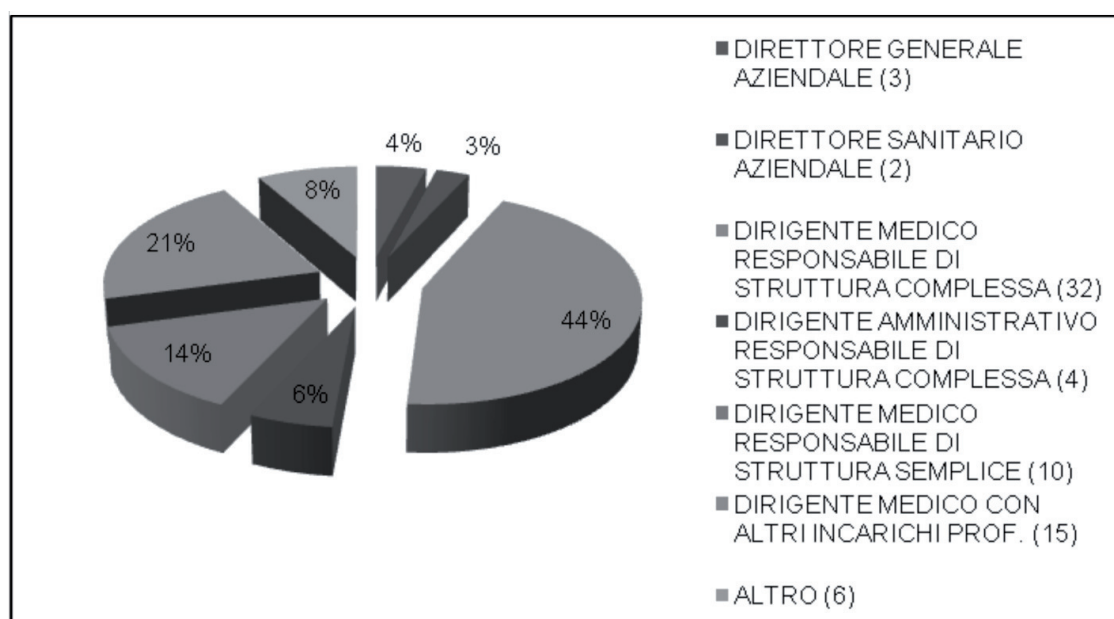


Figura 8.3 Ruolo attualmente ricoperto.

sulle competenze ritenute utili nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro. Il 79% dei rispondenti è rappresentato da dirigenti medici responsabili di struttura complessa (che, con il 44%, rappresentano la categoria più numerosa), da dirigenti responsabili di struttura semplice (14%) e da dirigenti con altri incarichi professionali (21%). Nel campione sono inoltre inclusi 3 Direttori generali aziendali (4%), 2 Direttori sanitari aziendali (3%) e 4 Dirigenti amministrativi responsabili di struttura complessa.⁸

Come evidenzia la Figura 8.4, il 68% dei rispondenti è composto da *uomini* di cui:

- il 50% Dirigenti medici responsabili di struttura complessa;
- il 15% Dirigenti medici responsabili di struttura semplice;
- il 13% Dirigenti medici con altri incarichi professionali;
- il 7% Dirigenti amministrativi con incarichi di struttura complessa;
- 2 Direttori Generali aziendali e 2 Direttori sanitari aziendali

Le *donne* rappresentano *solo* il 32% dei rispondenti, di cui:

- ben il 39% Dirigenti medici con altri incarichi professionali;
- il 26% Dirigenti medici con responsabilità di struttura complessa;
- il 13% Dirigenti medici con responsabilità di struttura semplice;
- 1 Direttore Generale aziendale e 1 Dirigente amministrativo responsabile di struttura complessa.

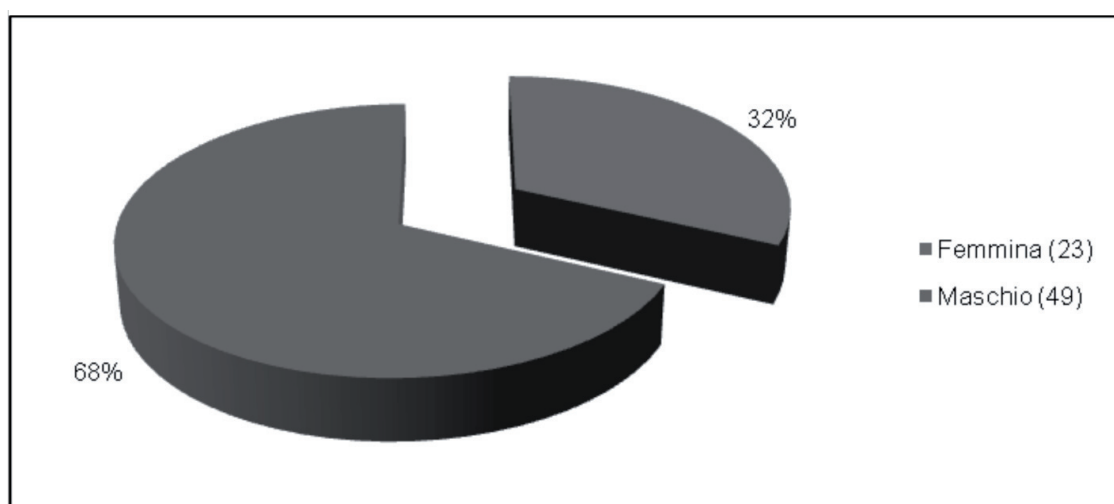


Figura 8.4 Sesso di appartenenza.

⁸Nella categoria “altro” (6 persone) ricadono dirigenti medici senza responsabilità di struttura, dirigenti biologi e direttori di dipartimento.

Tale dato evidenzia come il campione sia perfettamente rappresentativo e coerente con i dati nazionali e regionali. Secondo recenti rilevazioni Istat, infatti, nel Ssn la presenza femminile è alta (60,9% del totale); tuttavia, nella distribuzione dei ruoli le donne costituiscono solo il 32,2% dei medici, mentre sono il 75,5% del personale infermieristico. In particolare, i dati del Conto Annuale 2005 della Ragioneria Generale dello Stato indicano nella dirigenza medica del Ssn esattamente la presenza del **32% di donne** (33.716 su 104.720); tale percentuale diminuisce in modo considerevole per gli incarichi di struttura complessa (ex primari), appena l'11% (1.123 su 10.094), mentre per le strutture semplici la percentuale risale al 25% (4.358 su 17.150). (Istat 2007; www.salute.gov.it).⁹

I dati del conto annuale 2010 evidenziano nel SSR della Basilicata una presenza femminile leggermente inferiore alla media nazionale: 58% (1258 donne e 923 uomini); nella distribuzione dei ruoli le donne costituiscono ben il **34% dei dirigenti medici**, quasi due punti percentuali sopra il dato nazionale. Tuttavia tale percentuale diminuisce in modo considerevole per gli incarichi di struttura complessa (appena il 7,5%), mentre per le strutture semplici la percentuale risale al 23,5%.

La Figura 8.5 evidenzia come il 90% del campione abbia un'età superiore ai 46 anni; il 56% è compreso nella fascia 46-55 anni e il 35% nella fascia 56-65 anni.

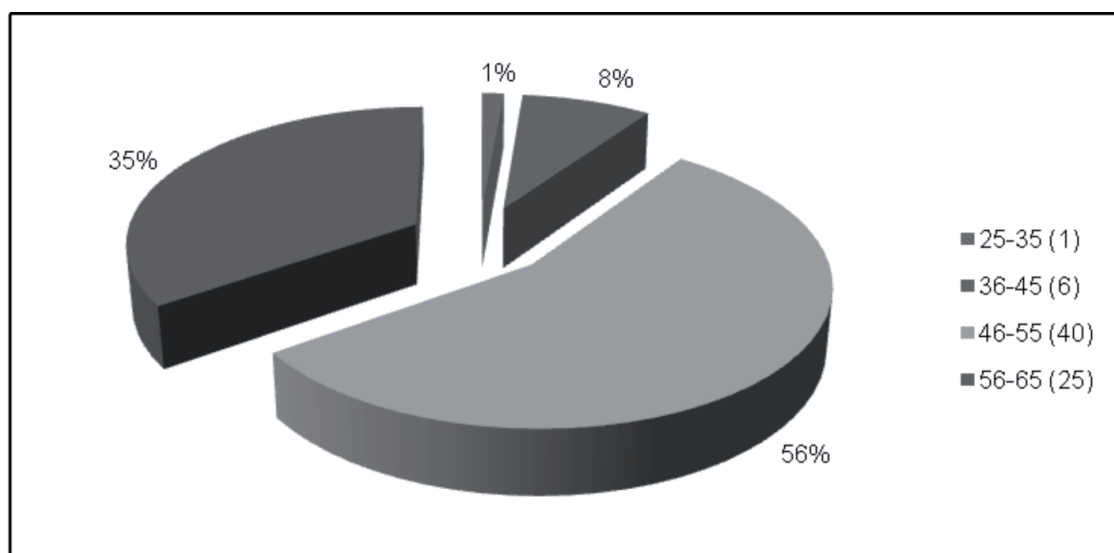


Figura 8.5 Età.

Le conoscenze e le esperienze Con riferimento alle *conoscenze*, la Figura 8.6 evidenzia come l'87,5% dei rispondenti abbia conseguito una laurea in medicina; solo il 7% ha una formazione di tipo economico-giuridica.

⁹“Lo stato di salute delle donne in Italia”, “Le donne nel mondo del lavoro”, Ministero della Salute, 2008.

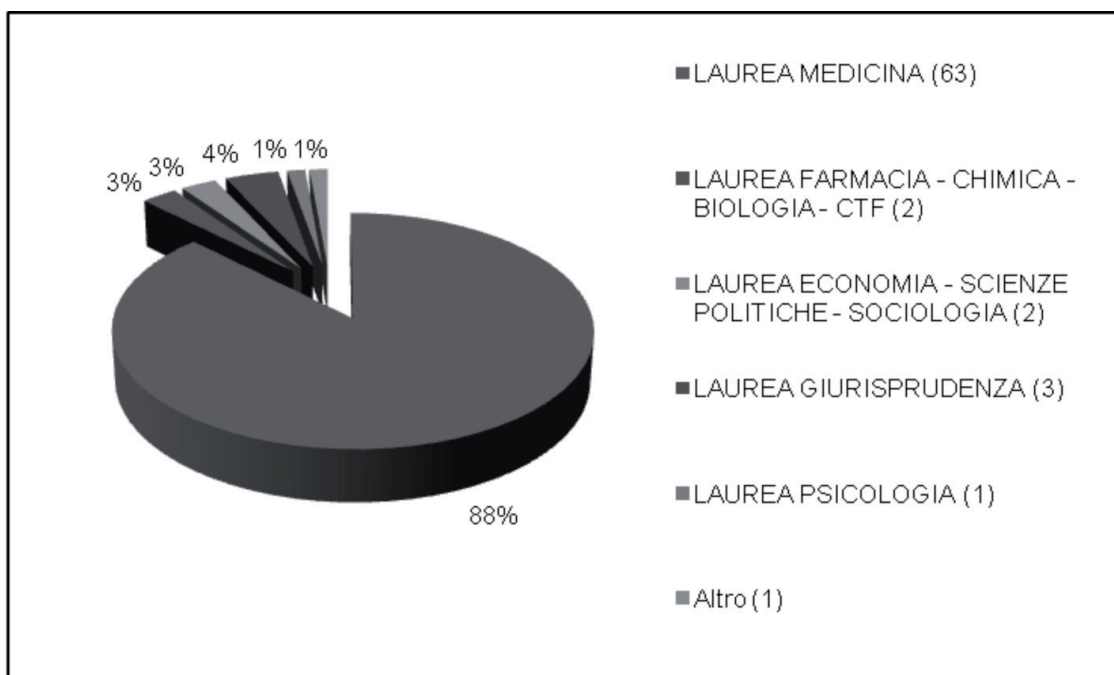


Figura 8.6 Titolo di studio.

L'85% dei rispondenti, oltre al corso di formazione manageriale organizzato dall'Università Tor Vergata nel 2011, ha frequentato *negli ultimi 5 anni* corsi di formazione e specializzazione post laurea (Figura 8.7). Si tratta principalmente di corsi di formazione e di aggiornamento di breve durata (frequentati dal 53% dei

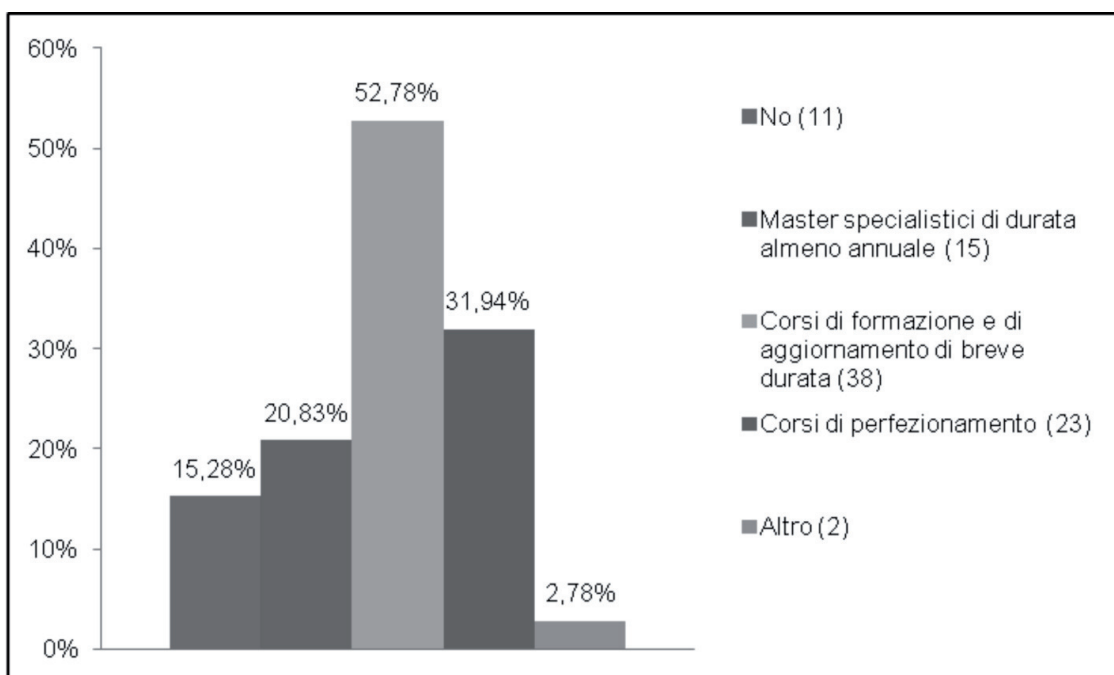


Figura 8.7 Corsi post laurea frequentati negli ultimi 5 anni.

rispondenti) e di corsi di perfezionamento (frequentati dal 32% dei rispondenti). Ben il 21% dei rispondenti dichiara di aver frequentato negli ultimi 5 anni un master di durata almeno annuale.

Relativamente alle *esperienze lavorative*, il 70% dei rispondenti ha un'anzianità di servizio nel SSN superiore a 21 anni, ben il 46% superiore a 25 anni (Figura 8.8).

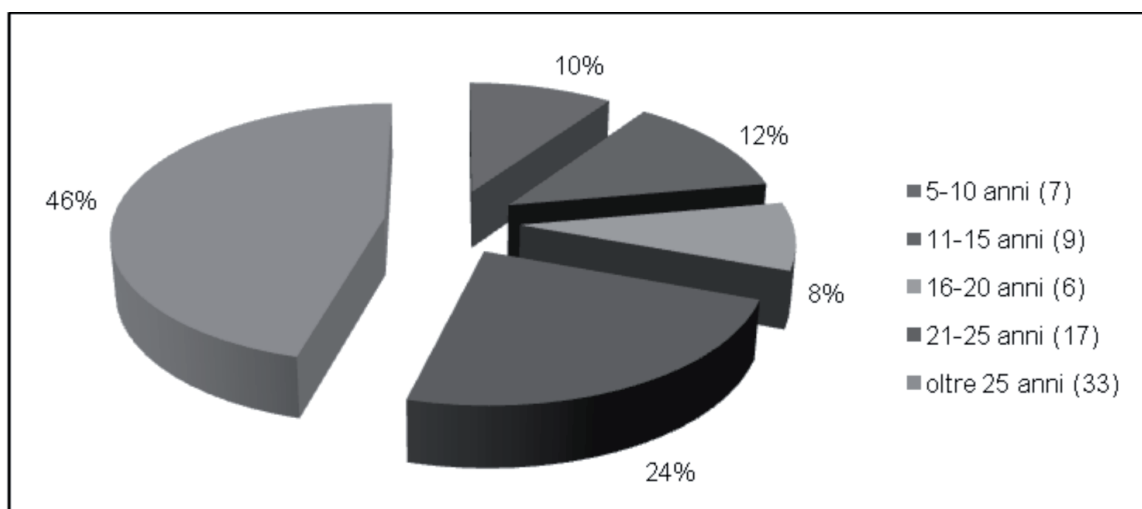


Figura 8.8 Anzianità nel Ssn.

Solo il 39% dei rispondenti ha un'anzianità di servizio nella propria azienda superiore a 21 anni e il 15% oltre 25 anni (Figura 8.9). La metà dei rispondenti lavora nella propria azienda da meno di 15 anni, ben il 35% da meno di 10 anni.

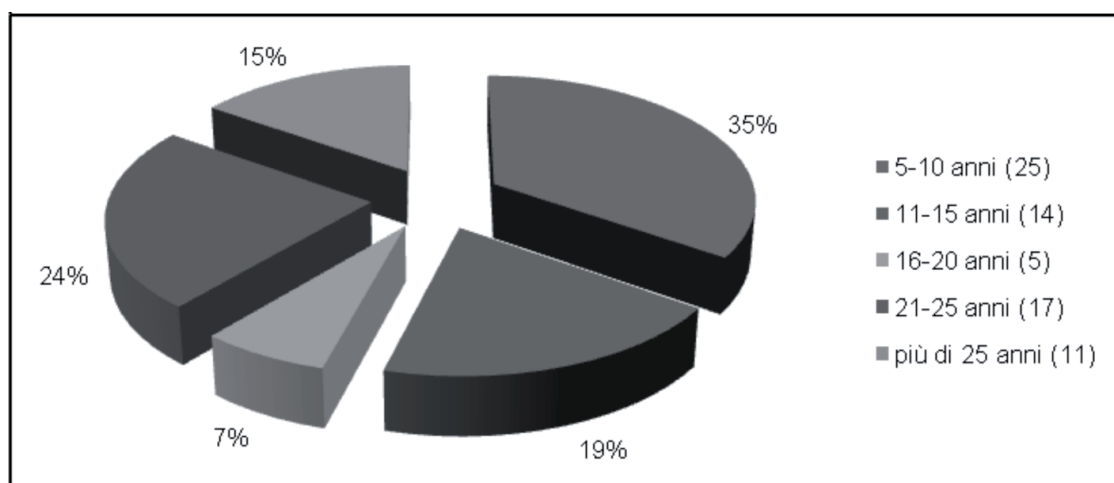


Figura 8.9 Anzianità di servizio nella propria azienda.

Da tali dati si evince come la mobilità sia piuttosto alta. Solo il 22% dei rispondenti non ha infatti avuto in precedenza altre esperienze lavorative (16 persone, Figura 8.10).

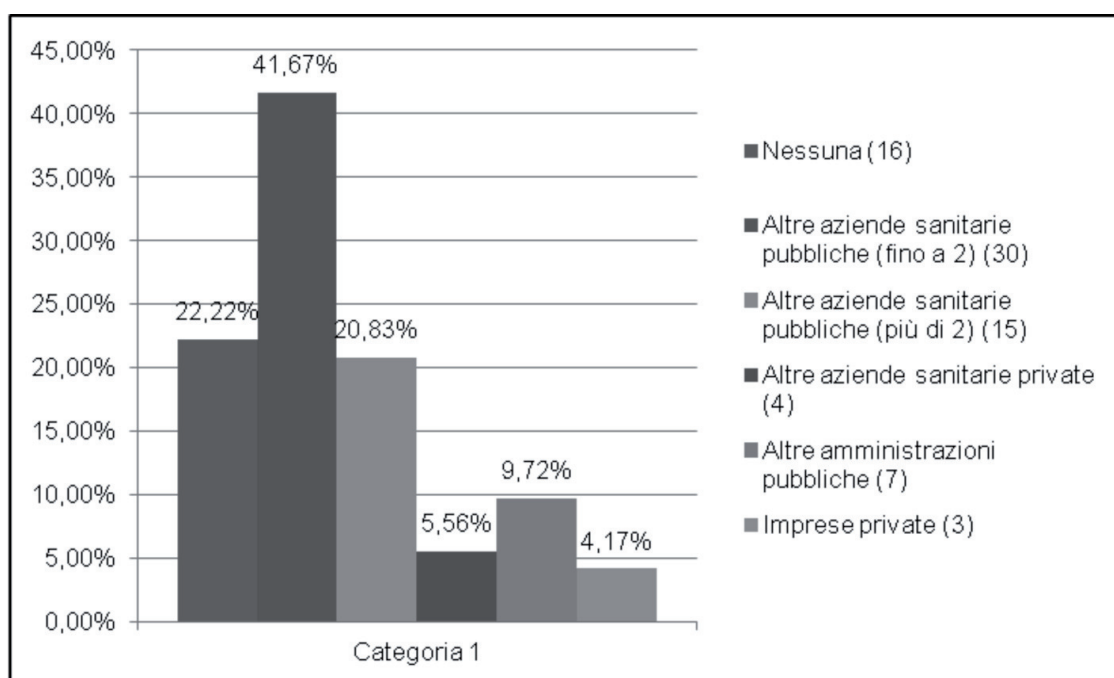


Figura 8.10 Precedenti esperienze professionali.

Nella maggior parte dei casi la mobilità si ha all'interno della pubblica amministrazione (72% dei casi); il 62,5% ha maturato, in particolare, esperienze in altre aziende sanitarie pubbliche, di cui il 21% in più di due aziende.

Solamente il 4% dei rispondenti ha dichiarato, invece, precedenti esperienze lavorative nel settore privato.

Informazioni sull'attività lavorativa, i comportamenti (Sezione II) La Sezione II del questionario è volta a rilevare informazioni relative ai comportamenti e in particolare su come i rispondenti svolgono quotidianamente la propria attività lavorativa.

Come si evince dalla Figura 8.11 e dalla Figura 8.12, esiste una sostanziale equità tra lavoro svolto in gruppo e lavoro svolto individualmente, con una leggera prevalenza del secondo.

Nella Figura 8.13A si riporta la classifica delle principali attività individuali svolte quotidianamente nel proprio lavoro.

In cima alla classifica troviamo le attività specialistico-professionali di tipo medico, infermieristico e tecnico-sanitarie, messe al primo posto dal 67% dei rispondenti (Figura 8.13B). Tale percentuale, che risulta nettamente superiore a quelle registrate dalle altre voci (Figura 8.13B), appare leggermente inferiore alle aspettative, se confrontata con il titolo di studio (il 91% ha una laurea in medicina o in farmacia/chimica/biologia) e il ruolo ricoperto (il 79% sono dirigenti medici) dai rispondenti; la presenza di una percentuale elevata di rispondenti (26%) che pongono al primo posto, tra le attività individuali quotidianamente svolte, quelle di tipo manageriale, come "il coordinamento e la partecipazione a riunioni"

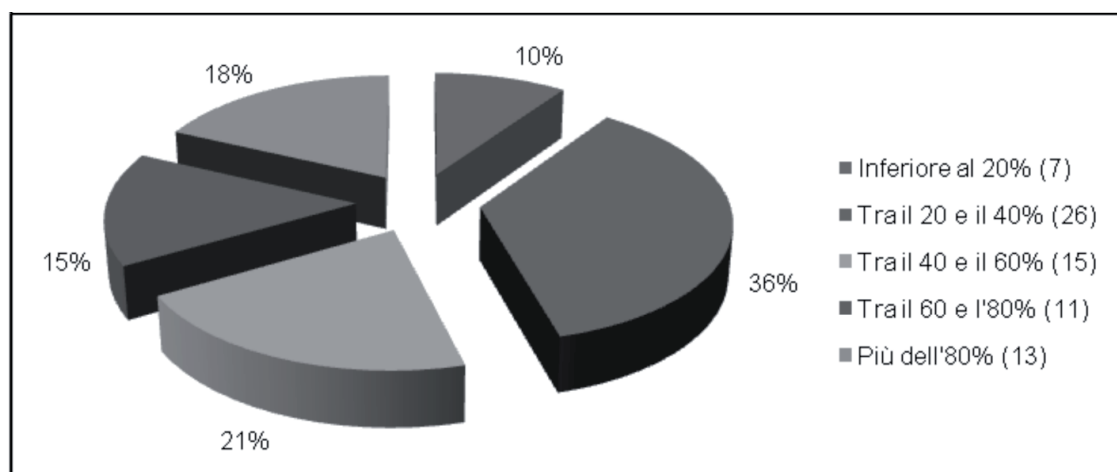


Figura 8.11 Percentuale attività lavorativa svolta in team.

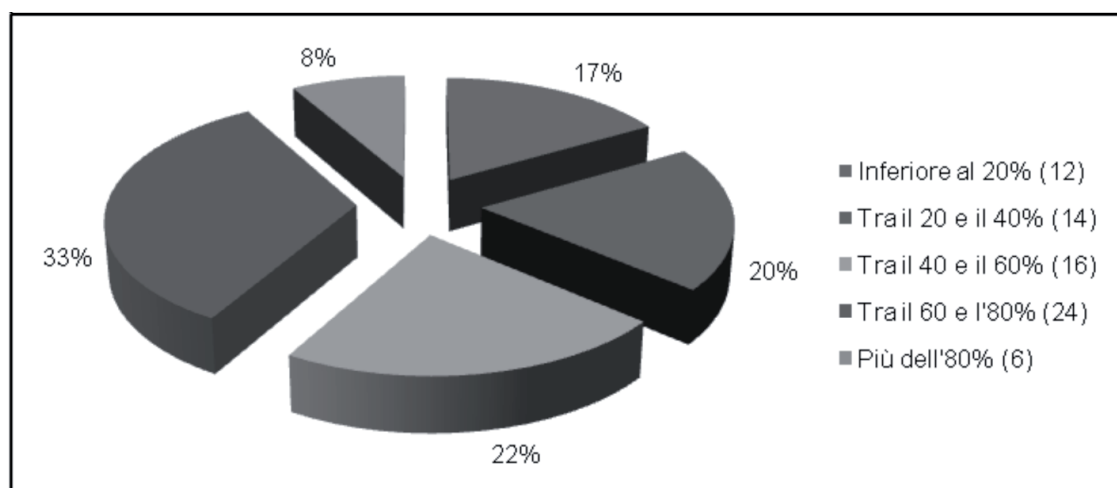


Figura 8.12 Percentuale attività lavorativa svolta individualmente.

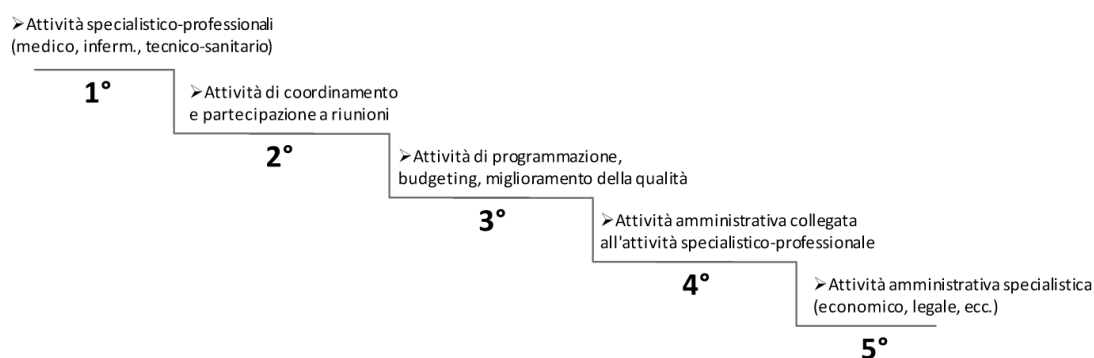


Figura 8.13 (A) Classifica attività individuali svolte.

(12%) e l'attività di "programmazione, budgeting e miglioramento della qualità" (13%) è tuttavia compatibile e coerente con la qualifica di dirigente medico "con responsabilità di struttura", categoria rappresentativa del campione di riferimento (Figura 8.3).

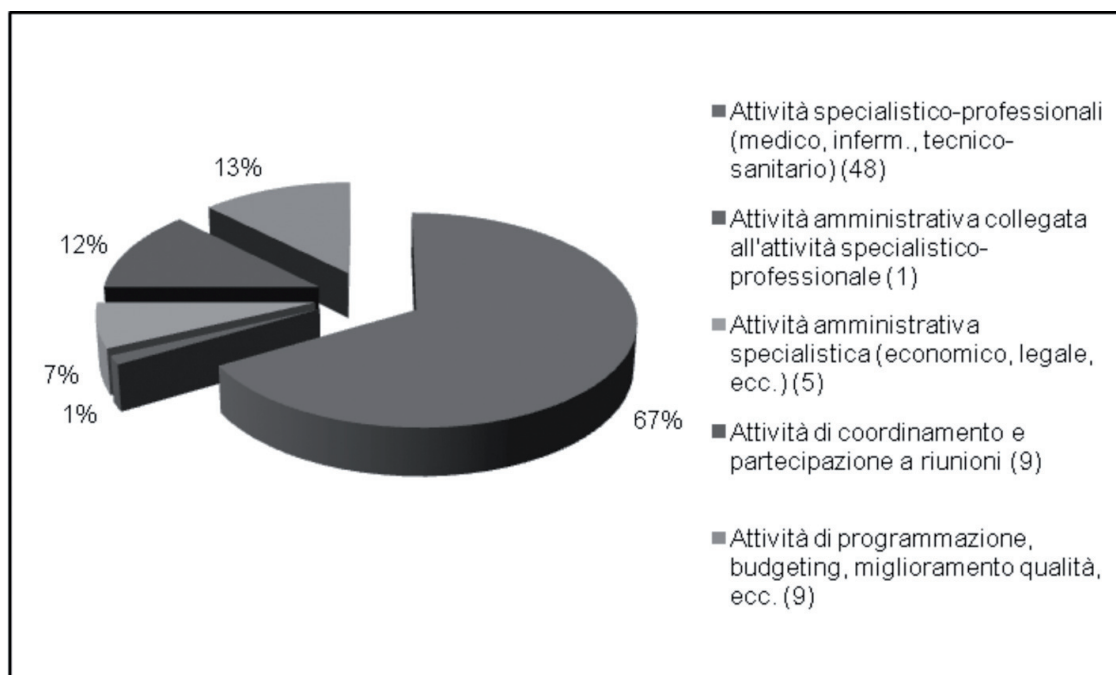


Figura 8.13 (B) Ripartizione 1° posto attività individuali.

Con riferimento ai rapporti interpersonali (si fa riferimento a riunioni, attività di coordinamento, incontri informali, ecc.), la Figura 8.14A evidenzia come gli intervistati, quotidianamente nel proprio lavoro, si relazionino prevalentemente con personale della propria azienda; in particolare il 45% pone al primo posto relazioni di tipo orizzontale con personale di pari grado (Figura 8.14B). La Figura 8.14B evidenzia inoltre come il 49% dei rispondenti metta al primo posto relazioni di tipo verticale (il 25% con personale di qualifica inferiore; il 24% con personale di qualifica superiore).

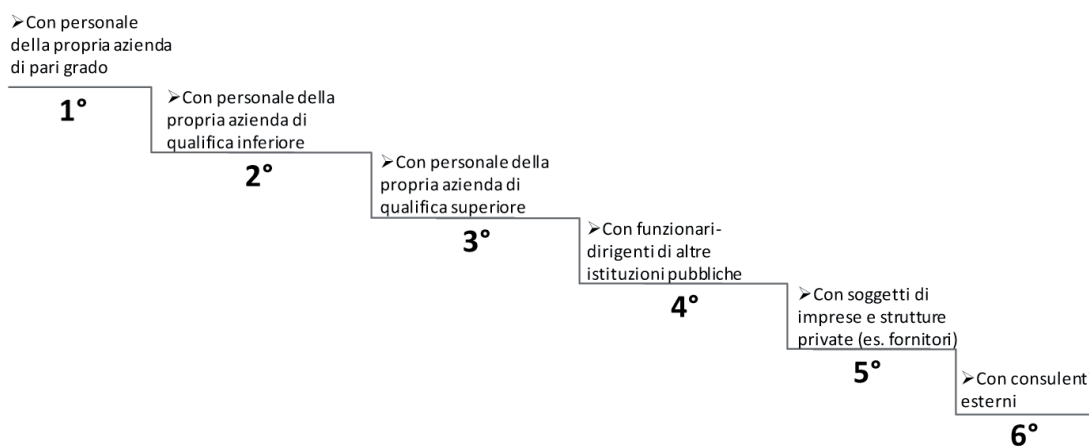


Figura 8.14 (A) Classifica relazioni interpersonali.

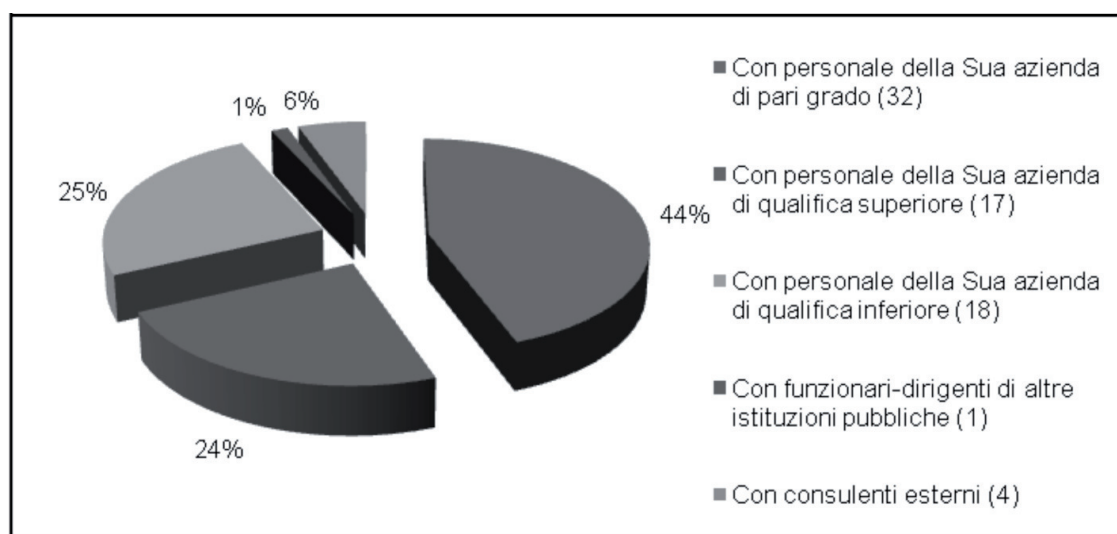


Figura 8.14 (B) Ripartizione primo posto relazioni interpersonali.

Informazioni sulle conoscenze e capacità ritenute rilevanti (Sezioni III e IV)

Le conoscenze ritenute rilevanti (Sezione III) La Sezione III è finalizzata a rilevare le conoscenze manageriali, gestionali, tecnico-amministrative e relative all'ambiente esterno ritenute dai rispondenti rilevanti nello svolgimento quotidiano della propria attività.

Nella Figura 8.15A si sintetizza la classifica delle *conoscenze manageriali, gestionali e tecnico-amministrative* che, secondo i rispondenti, contribuiscono

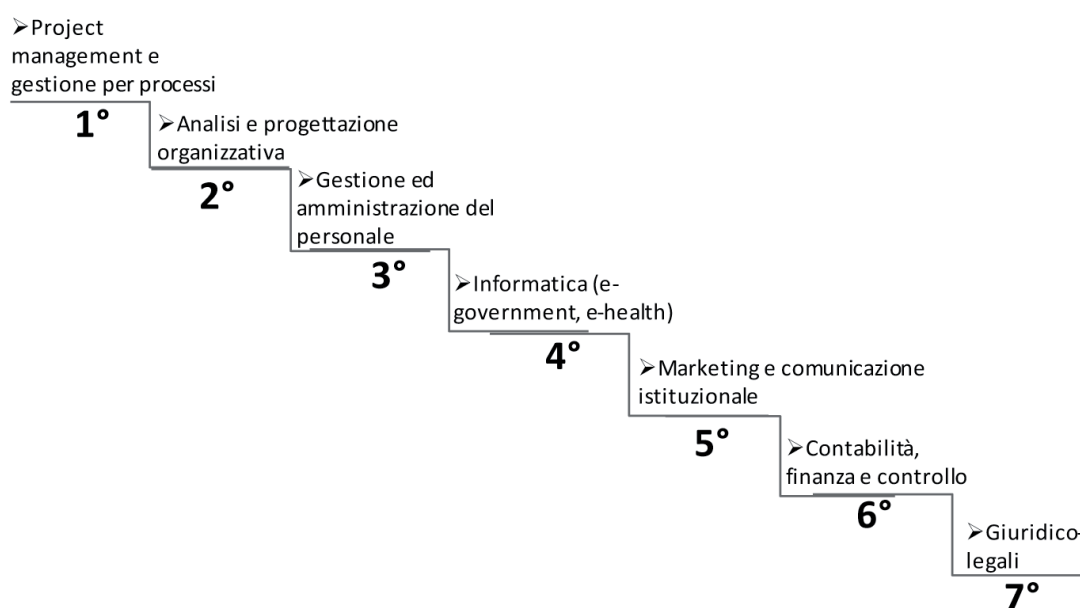


Figura 8.15 (A) Classifica conoscenze tecnico-manageriali ritenute rilevanti.

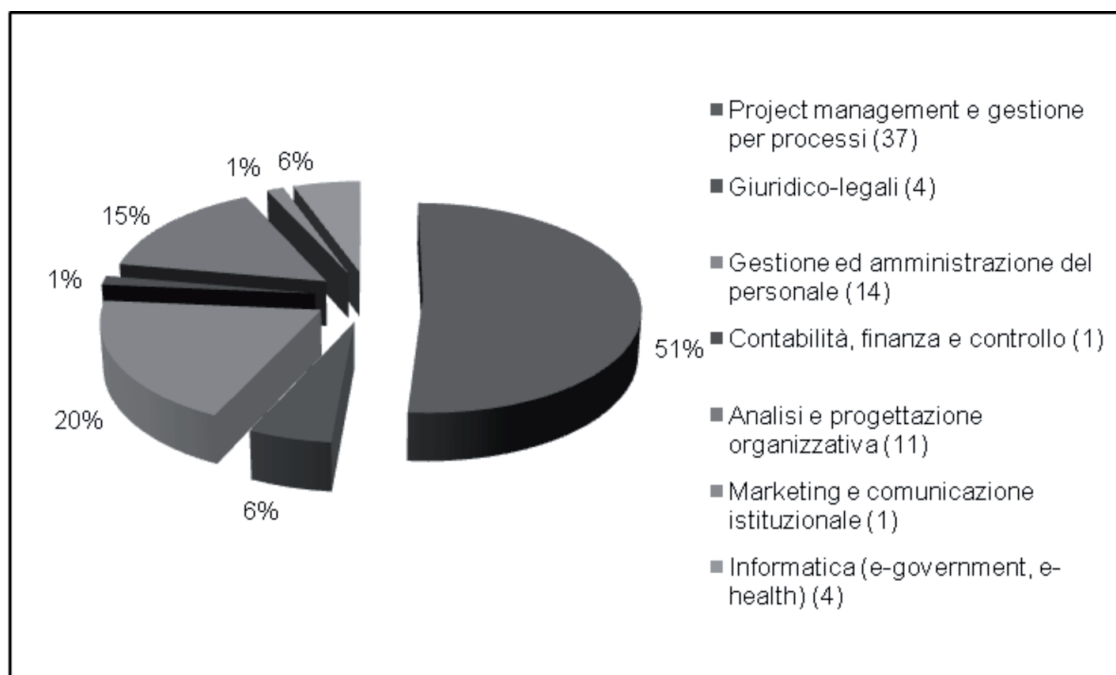


Figura 8.15 (B) Ripartizione primo posto conoscenze tecnico-manageriali.

maggiormente al raggiungimento degli obiettivi nella propria attività lavorativa. Al primo posto troviamo il project management e la gestione per processi (messa al primo posto dal 51% dei rispondenti, Figura 8.15B). Seguono le conoscenze relative alle tecniche di organizzazione e gestione del personale, collocate nella classifica generale rispettivamente al secondo e al terzo posto.

La Figura 8.16A riporta invece la classifica delle conoscenze ed *informazioni sull'ambiente esterno* ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quoti-

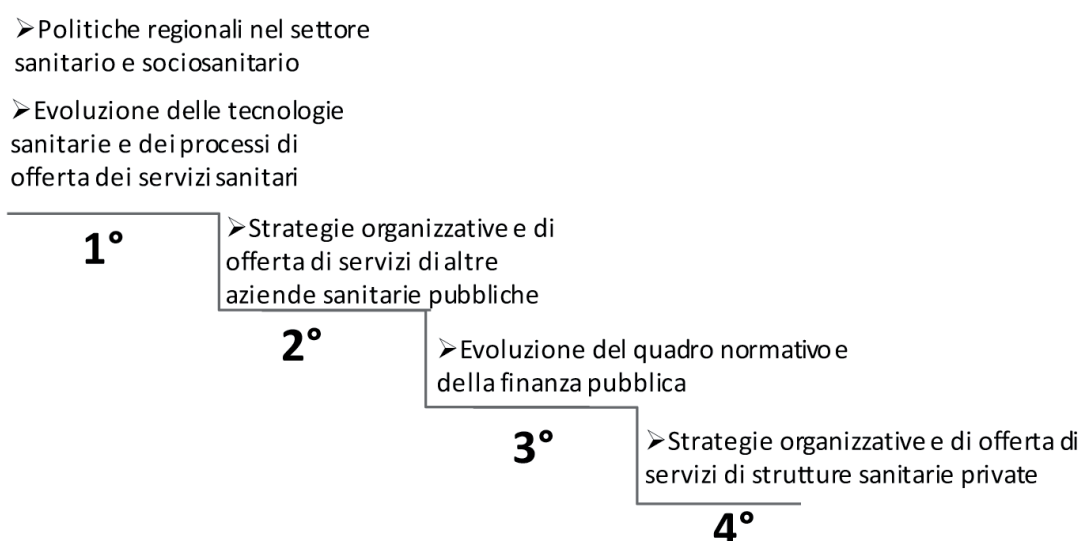


Figura 8.16 (A) Classifica conoscenze sull'ambiente esterno ritenute rilevanti.

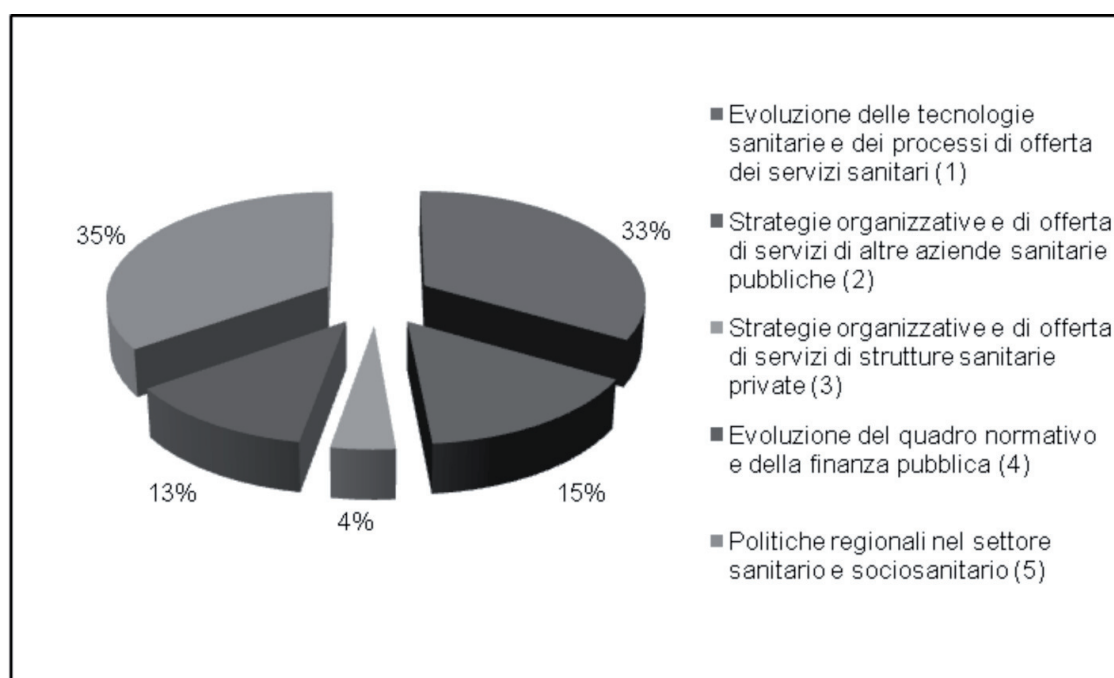


Figura 8.16 (B) Ripartizione primo posto conoscenze sull'ambiente esterno.

diano della propria attività. Non sorprende trovare al primo posto le politiche regionali nel settore sanitario e sociosanitario (35%); sicuramente più significativo il peso dato all'evoluzione delle tecnologie sanitarie e dei processi di offerta dei servizi sanitari, messo al primo posto dal 33% dei rispondenti (Figura 8.16B), per cui si è deciso di collocare nel primo gradino della classifica anche questa voce. Se le strategie organizzative e di offerta di servizi di altre aziende private vengono collocate nell'ultimo posto della classifica dal 63% dei rispondenti, il benchmarking con altre aziende sanitarie pubbliche è una opzione che mediamente ottiene una buona e costante percentuale di adesioni tra i primi posti in classifica.

Le capacità ritenute rilevanti (Sezione IV) La Sezione IV è finalizzata a rilevare le *capacità* professionali, manageriali, relazionali e le qualità personali ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quotidiano della propria attività.

Come evidenzia la Figura 8.17A, la prima capacità professionale e manageriale ritenuta rilevante per il conseguimento dei propri obiettivi professionali è rappresentata dalla capacità di analisi e approfondimento dei problemi, messa la primo posto dal 38% dei rispondenti (Figura 8.17B). Interessante sottolineare come la capacità di leadership, nonostante nella classifica generale ricada al 4° posto, risulti la seconda voce messa al primo posto dai rispondenti (con il 19% di preferenze, Figura 8.17B).

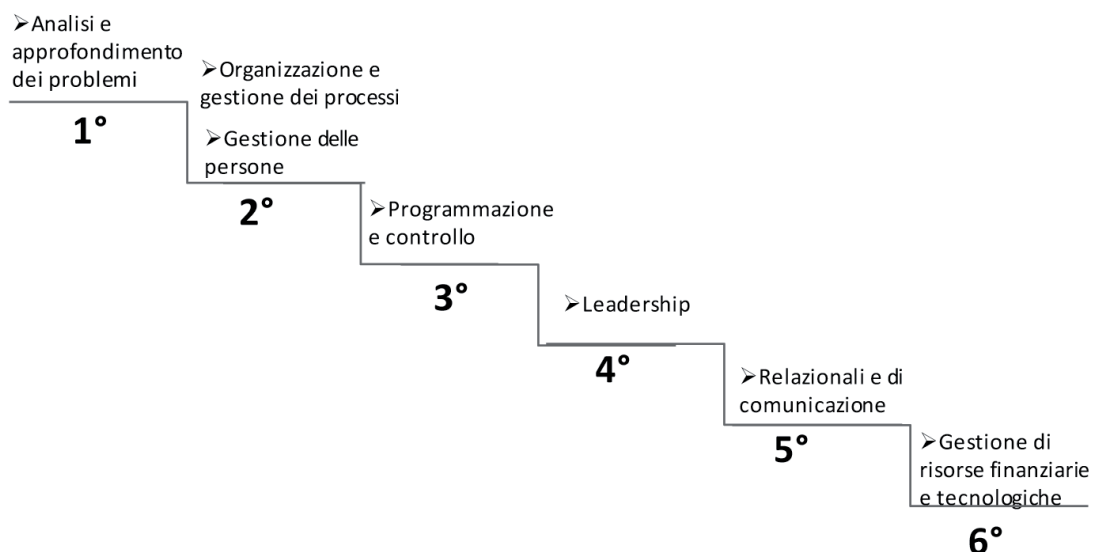


Figura 8.17 (A) Classifica capacità professionali e manageriali ritenute rilevanti.

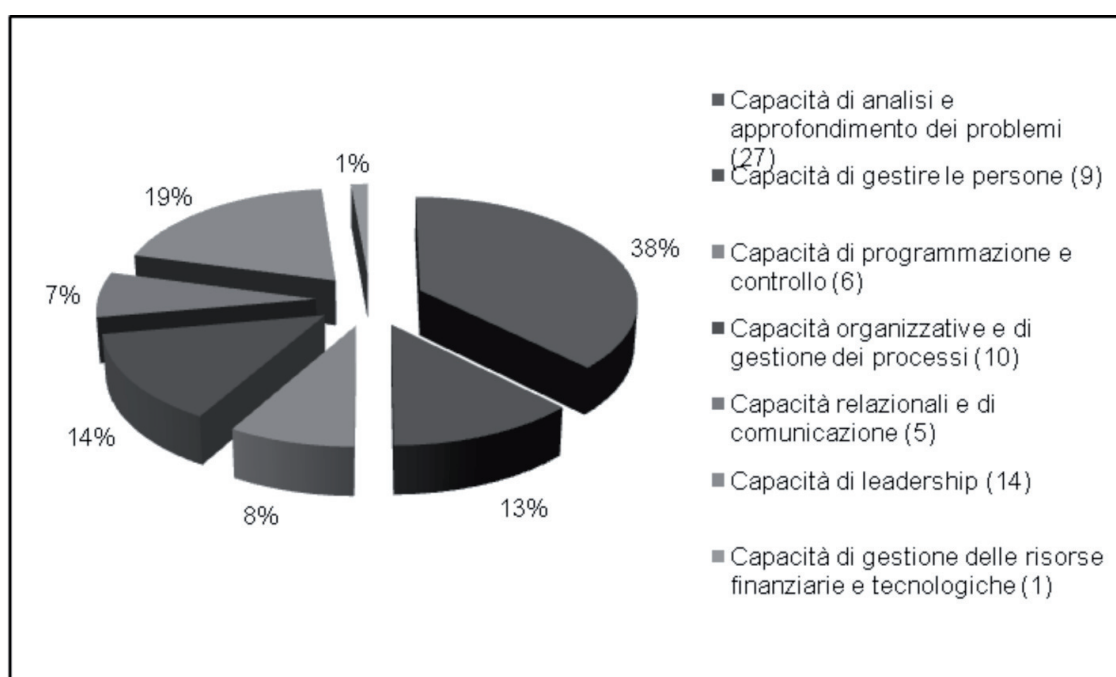


Figura 8.17 (B) Ripartizione primo posto Capacità professionali e manageriali.

La Figura 8.18 evidenzia come la *capacità relazionale* considerata più importante nello svolgimento del proprio lavoro quotidiano sia il “saper sviluppare e motivare le persone”. Interessante la ripartizione nella scala delle altre voci, che in qualche modo possono essere interpretate come le modalità attraverso le quali motivare le persone: il percorso della “sensibilità ed ascolto” è largamente preferito rispetto all’esercizio del potere autoritario.

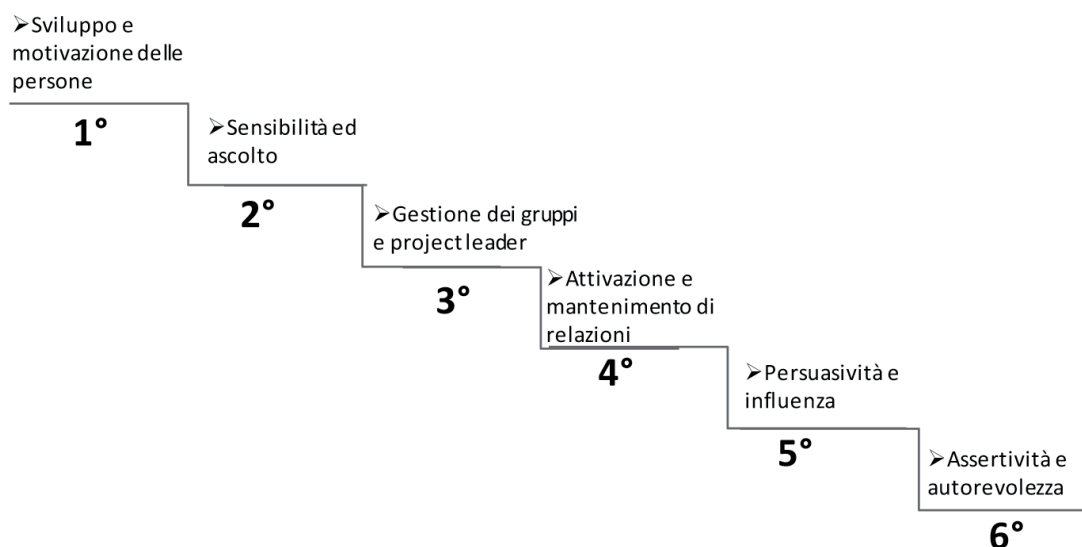


Figura 8.18 Classifica capacità relazionali ritenute rilevanti.

Fortemente diversificati i giudizi sulle *qualità personali* considerate rilevanti nel proprio lavoro.

Se nella classifica generale (Figura 8.19A) troviamo al primo posto “Spirito di iniziativa e capacità innovative” e all’ultimo la “fiducia in sé”, nella Figura 8.19B, in cui si riporta la ripartizione percentuale delle preferenze relative al primo posto, la fiducia in sé è la terza opzione più selezionata. Tale dato può essere interpretato in questo modo: il 14% del campione considera molto importante tale caratteristica della personalità, tanto da metterla al primo posto della propria classifica; la restante parte dei rispondenti la giudica poco importante rispetto alle altre voci. L’orientamento al risultato e alla qualità dei servizi si collocano rispettivamente al secondo e al terzo posto.

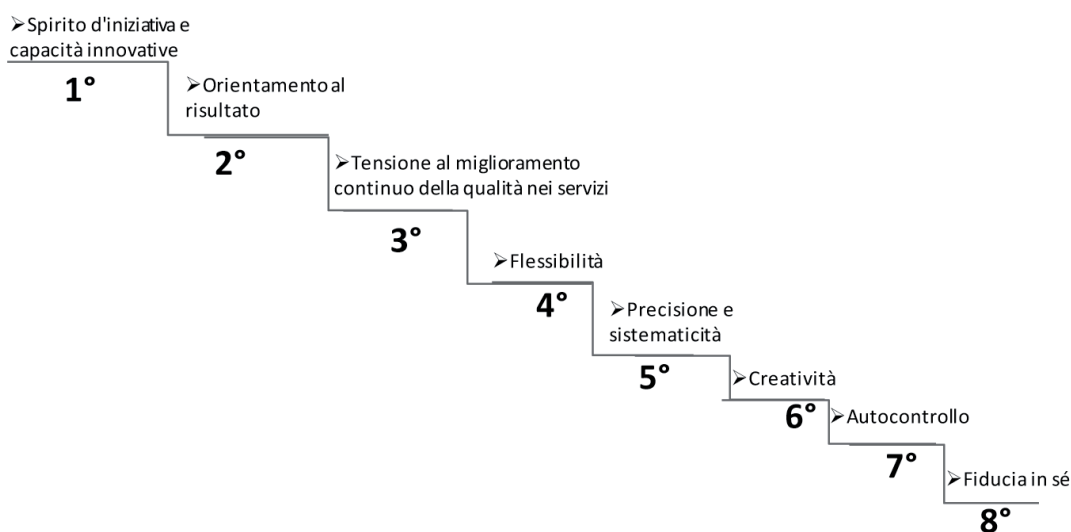


Figura 8.19 (A) Classifica qualità personali ritenute rilevanti.

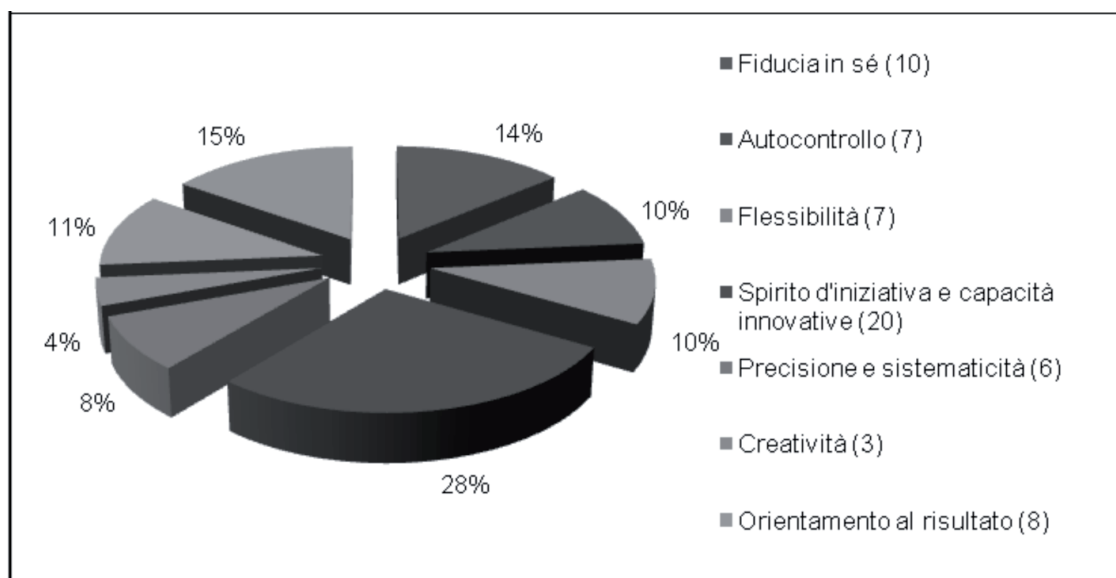


Figura 8.19 (B) Ripartizione primo posto qualità personali.

Percezione dell'importanza di un sistema di gestione per competenze (Sezione V) Sulla base di alcune esperienze pilota sviluppate in alcune strutture sanitarie pubbliche e private a livello nazionale, si è infine chiesto agli intervistati se ritenessero rilevante introdurre nel Ssr della Basilicata un sistema di gestione per competenze. Ben il 91% dei rispondenti lo ritiene importante; tuttavia, più della metà lo ritiene importante solo se collegato ai sistemi di sviluppo del personale (Figura 8.20).

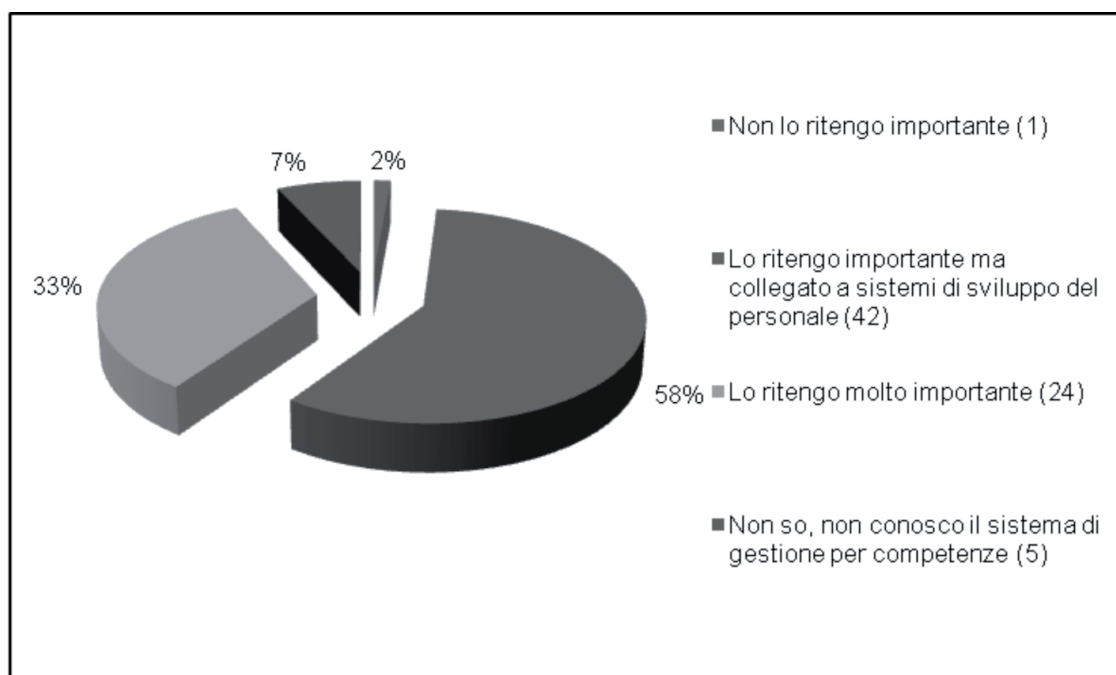


Figura 8.20 Importanza sistema di gestione per competenze.

8.5 Riflessioni finali

Dall'indagine sulle competenze dei ruoli manageriali (Dirigenti Medici e Amministrativi *con o senza* responsabilità di struttura semplice o complessa, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e Direttori Generali) nel Servizio Sanitario Lucano, emerge un mix di conoscenze, esperienze e capacità che può essere sintetizzato nel seguente profilo:

- **Conoscenze.** Elevata formazione, principalmente di tipo medico (l'88% dei rispondenti ha conseguito una laurea in medicina; solo il 7% ha una formazione di tipo economico-giuridica), con spiccata propensione all'aggiornamento e alla specializzazione. L'85% dei rispondenti, oltre al corso di formazione manageriale organizzato dall'Università Tor Vergata nel 2011, ha infatti frequentato negli ultimi 5 anni corsi di formazione e specializzazione post laurea (principalmente corsi di formazione e di aggiornamento di breve durata e corsi di perfezionamento; il 21% dei rispondenti dichiara comunque di aver frequentato negli ultimi 5 anni un master di durata almeno annuale). Tra le conoscenze tecnico-manageriali ritenute rilevanti nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro troviamo al primo posto "il project management e la gestione per processi", seguito "dall'analisi e progettazione organizzativa" e dalla "gestione ed amministrazione del personale". "L'evoluzione delle tecnologie sanitarie e dei processi di offerta dei servizi sanitari" insieme alle "politiche regionali nel settore sanitario e sociosanitario" sono, invece, le conoscenze ed informazioni sull'ambiente esterno ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quotidiano della propria attività. Conoscere le strategie organizzative e di offerta di servizi di altre aziende private non è ritenuto importante a differenza del benchmarking con altre aziende sanitarie pubbliche.
- **Esperienze.** Elevata esperienza professionale nel SSN (il 70% dei rispondenti ha un'anzianità di servizio nel SSN superiore a 21 anni, ben il 46% superiore a 25 anni) e nella propria azienda (la ripartizione del personale dirigenziale per anzianità maturata nella propria azienda assume nel campione di riferimento una curiosa forma a "clessidra piramidale" (Figura 8.21), con una bassa percentuale di dirigenti ricadenti nella fascia 16-20 anni). Sono presenti molteplici episodi di mobilità (solo il 22% dei rispondenti dichiara di non aver avuto, prima di lavorare nell'attuale azienda, altre esperienze lavorative), che avviene quasi esclusivamente all'interno della pubblica amministrazione (72% dei casi); il 62,5% dei rispondenti ha avuto in particolare esperienze in altre aziende sanitarie pubbliche (di cui il 21% in più di due aziende). Pochi (solamente il 4%) i ruoli manageriali con esperienza nel settore privato.
- **Comportamenti.** I ruoli manageriali svolgono quotidianamente la propria attività lavorativa bilanciando perfettamente la quantità di tempo dedicata al lavoro di gruppo/team e al lavoro individuale (principalmente attività specialistico professionali di tipo medico, infermieristico e tecnico-sanitarie). La presenza

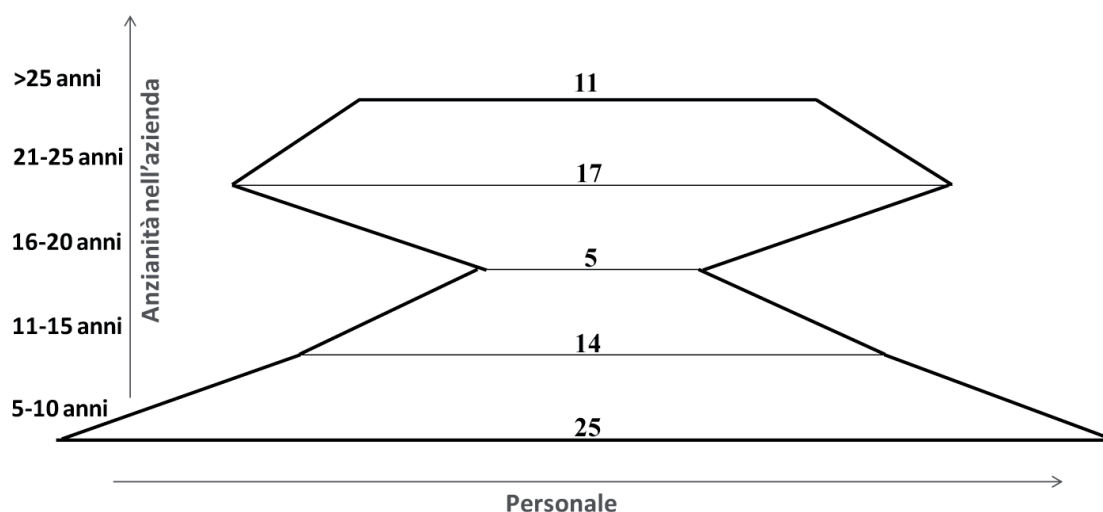


Figura 8.21 La clessidra piramidale dell'anzianità di servizio.

di una percentuale elevata di rispondenti (26%) che pongono al primo posto, tra le attività individuali quotidianamente svolte, quelle di tipo manageriale piuttosto che di tipo specialistico-professionale, come “il coordinamento e la partecipazione a riunioni” (12%) e l'attività di “programmazione, budgeting e miglioramento della qualità” (13%) è compatibile e coerente con la qualifica di dirigente medico “con responsabilità di struttura”, semplice o complessa che sia, categoria rappresentativa del campione di riferimento.

Come emerge dall'indagine del Cerismas si registra tuttavia in generale, a livello nazionale nelle ASL/AO, la presenza di un esorbitante numero, rispetto alle reali necessità di gestione dei dipartimenti ospedalieri, di medici con responsabilità manageriali (19,5% dei medici operanti in corsia – 1 su 5 – ha responsabilità manageriali); tale situazione “*dipende proprio dal modello contrattuale che obbliga i medici ad assumere responsabilità di “struttura” per poter conseguire un avanzamento di carriera quando invece sarebbe più opportuno, e forse auspicabile per la qualità delle prestazioni ai pazienti, adottare modelli in grado di premiare coloro che preferirebbero (e sono la maggior parte) continuare a occuparsi in esclusiva di pratica clinica avendo soddisfazioni in termini di carriera e di status attraverso la professione medica*” (Cicchetti 2010).

Con riferimento ai rapporti interpersonali, i ruoli manageriali, quotidianamente nel proprio lavoro, si relazionano quasi esclusivamente con personale della propria azienda.

- **Capacità.** La “capacità di analisi e approfondimento dei problemi” e il “saper sviluppare e motivare le persone” tramite il percorso della “sensibilità ed ascolto” (largamente preferito rispetto all'esercizio del potere autoritario che, come emerge dalla letteratura, ha innescato in passato molteplici pericolosi circoli viziosi) risultano essere rispettivamente la capacità tecnico-manageriale e

la capacità relazionale ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro. L'orientamento al risultato e alla qualità dei servizi sono qualità personali considerate importanti ma non sorprende che risultino indispensabili "lo spirito d'iniziativa e le capacità innovative", in un contesto di risorse sempre più scarse a fronte di bisogni crescenti.

Si delinea così il profilo del "medico manager" (perché responsabile di azienda o di struttura, semplice o complessa che sia), che in Basilicata è conscio del proprio ruolo nell'azienda e consapevole non solo di quanto sia importante introdurre un sistema di gestione per competenze, ma soprattutto di quanto importante sia collegarlo a sistemi di sviluppo del personale (il 58% ritiene infatti rilevante l'introduzione di un sistema di gestione per competenze *solo se* collegato a sistemi di sviluppo del personale).

L'importanza di portare al centro dell'attenzione le diverse professionalità come fattore critico per la qualità del sistema emerge anche dallo studio del Cerismas (2010) finalizzato a comprendere lo stadio raggiunto dalle aziende sanitarie nell'evoluzione dei processi di gestione delle risorse umane. La sfida alla ricerca dell'eccellenza nella qualità delle cure e sotto il profilo gestionale non può infatti prescindere dalla valorizzazione che il know how delle diverse componenti professionali può dare al sistema. Alla stessa conclusione, si diceva, perviene l'indagine condotta in Basilicata, tant'è vero che il 91% dei rispondenti ritiene rilevante introdurre nel Ssr un sistema di gestione per competenze, di cui la Regione Basilicata e le sue aziende sanitarie risultano tuttavia ad oggi ancora sprovviste.

Da quanto emerge sia in letteratura che nella prassi, a quasi venti anni dall'adozione dell'istituto economico-aziendale in Sanità, i principi manageriali hanno dimostrato di poter essere applicati in molti comparti della gestione di aziende sanitarie e ospedaliere (dai sistemi contabili per la programmazione e il controllo di gestione, allo sviluppo dei sistemi informativi, alle tecnologie); l'aziendalizzazione ha posto le basi anche per l'attivazione di processi orientati alla valorizzazione e la gestione strategica del personale. Tuttavia le modalità di gestione delle risorse umane e professionali, il cui know how è fondamentale per le performance qualitative ed economiche, sembrano in generale rimaste immutate dal periodo pre-aziendalizzazione (Cerismas 2010), prevalentemente affrontate in un'ottica burocratico-amministrativa "*che porta la maggior parte del personale dedicato agli uffici di gestione delle risorse umane a dedicarsi a processi meramente amministrativi, per esempio paghe e contributi e posizioni previdenziali*" (Cicchetti 2010), più che di gestione strategica. L'indagine condotta dal Cerismas evidenzia in particolare che, su un campione di 60 ASL/AO di medie e grandi dimensioni attive sul territorio nazionale, solo il 26% presenti un modello manageriale maturo contro il 55% dove prevale un sistema gestionale di tipo tradizionale. Ne è un esempio il fatto che i processi di selezione restano ancorati ai meccanismi concorsuali, con oltre il 60% delle aziende in cui il fabbisogno è valutato su base quantitativa, piuttosto che, salvo rare eccezioni, su competenze professionali. I

percorsi di carriera sono legati all'applicazione di normative e regole di contrattazione nazionale e decentrata; marginalmente sono basati su pratiche di valutazione dei potenziali e job evaluation. Risulta ampiamente diffusa l'applicazione di valutazione delle performance e delle posizioni anche in attuazione della recente "Riforma Brunetta", ma non sempre esiste una coerenza tra metodi di valutazione, erogazione degli incentivi e la programmazione dei percorsi di carriera.

Il passaggio ad una aziendalizzazione "matura" nel Ssn passa quindi da un cambiamento di natura sia fattuale che culturale anche nel campo delle pratiche di Human Resource Management, in cui dovrebbero essere centrali gli individui e le loro competenze, gestiti e sviluppati secondo un approccio integrato in un disegno unitario, flessibile e coerente con la strategia aziendale, e responsabilizzati in ottica di "servizio-risultato-miglioramento".

Da dove partire? Sicuramente da una mappatura delle competenze di tutto il personale del SSR e dall'individuazione del gap esistente, da un sistema informativo integrato del personale come necessario fattore abilitante, dal benchmarking e benchlearning, imparando dalle recenti esperienze pilota di sistemi di gestione per competenze sviluppati in alcune strutture sanitarie pubbliche e private, ma soprattutto dalla passione di una classe di medici manager capaci e consapevoli delle proprie capacità ma anche dei propri limiti (la formazione di tipo medico-specialistico non fornisce tutti gli strumenti necessari ai medici con responsabilità manageriali; i medici manager necessitano, infatti, di percorsi formativi *ad hoc* di tipo economico-aziendale-manageriale) e per questo propensa all'aggiornamento continuo, come emerge dall'indagine (si pensi all'alta partecipazione a corsi di formazione negli ultimi 5 anni e all'importanza data ai sistemi di gestione per competenze solo se collegati ai sistemi di sviluppo del personale) e ancor di più come dimostra l'entusiasmo e l'alta partecipazione al corso di formazione manageriale organizzato dalla Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata nel corso del 2011.

Una classe di medici manager, quindi, dotata di un considerevole bagaglio di conoscenze, esperienze e capacità, fortemente motivata.

Sicuramente un buon punto di partenza. Perché è proprio la *motivazione*, elemento che permette la messa in moto e che trasforma le capacità, le esperienze e le conoscenze in competenze applicate e finalizzate, che funge da catalizzatore tra attitudine, capacità, conoscenze, esperienze e competenze.¹⁰ "Senza la motivazione la competenza non si può realizzare" (Levati).

Si ringraziano vivamente i partecipanti del Corso di formazione manageriale per aver partecipato all'indagine.

¹⁰L'altro catalizzatore, insieme alla motivazione, è il *contesto*, formato da opportunità d'esercizio e opportunità oggettiva e influenzato dalla cultura aziendale.

Bibliografia

- Anessi-Pessina E., Cantu E. (2006), *Whither managerialism in the Italian National Health Service?*, International Journal of Health Planning and Management 21:327-55.
- Borgonovi E. (1997), *La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari*, Mecosan 6(24):2-7.
- Castelli C. Ancora C (2003), *Il Bilancio delle competenze nell'orientamento e nella formazione continua*, Quaderni Cross, n. 3, Università Cattolica di Milano.
- Cerismas (2010), "Lo sviluppo delle pratiche di Human Resource Management in Sanità"; Workshop 17 Dicembre 2010.
- Cerismas (2011), "Ruoli e competenze nella sanità: lo sviluppo delle pratiche di Human Resource Management: scenari ed esperienze di successo", Workshop 21 giugno 2011.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il controllo di gestione*, Mecosan 11(43):17-36.
- Cozzi T. (2008) *Le competenze manageriali tra pubblica amministrazione, imprese e non-profit*, Cacucci Editore, Bari.
- De Pietro C. (2003), *Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale*, Mecosan, 12 (48): 7-35.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- Del Vecchio M. (2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI*, Anessi Pessina E., Cantu E. (a cura di), Egea, Milano.
- Del Vecchio M. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il senso di una ricerca*, Mecosan 11 (43): 11-16.
- Del Vecchio M., Prandi F. (2004), *Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario*, Mecosan 13 (52): 99-106. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2010.
- Formazione Manageriale in Sanità – Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN* (Age.Na.S. - FIASO), Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2010.
- Hood C. (1991), *A public management for all seasons*, Public Administration 69(1):3-19.
- ISTAT, Conto Annuale 2005 e Conto Annuale 2010.
- La gestione per competenze nelle amministrazioni pubbliche*, Testa P., Terranova P., (a cura di), Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino, 2006.
- Lega F. (2008), *The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy Health Policy* 85:252-62.
- Levati W. (2003), *Il modello delle competenze*, Francoangeli, Milano.

- Levati W.(1999), *L'analisi e la valutazione del potenziale delle risorse umane*, Francoangeli, Milano.
- Meneguzzo M. (2000), *Managerialità, innovazione e governace. La p.a. verso il 2000*, Roma, Aracne.
- Meneguzzo M., Della Piana B. (2002), *Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?*, Azienda Pubblica, 4-5.2002.
- Ministero della Salute (2008), "Le donne nel mondo del lavoro".
- Ministero della Salute (2008), "Lo stato di salute delle donne in Italia".
- Osborne D., Gaebler T. (1992), *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Addison-Wesley, Reading, Ma.
- Profili S., (2004), *Il Knowledge management*, Francoangeli, Milano.
- Rebora G. (1995), *Organizzazione e politica del personale nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini, Milano.
- Rebora G. (2004), *I capi azienda, modelli emergenti di management*", Guerini Associati.
- SSPA (2005), Rapporto "Ricerca sulle competenze distintive dei dirigenti pubblici" (*non pubblicato*).
- Tanese A. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: riflessioni conclusive*, Mecosan 11 (43): 117-126.

