

Enrico Baldantoni, Paolo De Pieri, Fabrizio Fontana, Cesare Grandi, Giovanni Maria Guarrera, Amelia Marzano, Marco Scillieri e Carlo Favaretti

---

## Applicazione pratica del modello di valutazione dei medici nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento

---

### **1**            **Premessa**

In un precedente articolo pubblicato su questa stessa rivista, gli autori dopo aver descritto il modello di valutazione dei dirigenti adottato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, concludevano con la seguente riflessione che poteva essere considerata come un auspicio: «Ci è sembrato che tentare di allineare il processo valutativo al sistema per la gestione della qualità dichiarato nel programma di sviluppo strategico sia un passo importante per migliorare la gestione delle risorse umane [...] Il modello EFQM si è rivelato anche sotto questo profilo uno strumento utile, interessante ed innovativo» [1].

A distanza di qualche tempo, dopo aver utilizzato concretamente lo strumento valutativo, gli autori si sono riproposti di fare una riflessione critica verificandone l'applicazione sui dirigenti medici dell'Ospedale di Trento.

Enrico Baldantoni, Direttore Ospedale Santa Chiara di Trento – APSS.

Paolo De Pieri, Staff del Direttore Generale – APSS.

Fabrizio Fontana, Direttore Cura e Riabilitazione – APSS.

Cesare Grandi, Direttore della S.C. di Otorinolaringoiatria, Ospedale Santa Chiara di Trento – APSS.

Giovanni Maria Guarrera, Responsabile Servizio Garanzia di Qualità – APSS.

Amelia Marzano, Dirigente della S.C. di Medicina Generale, Ospedale Santa Chiara di Trento – APSS.

Marco Scillieri, Dirigente della Direzione Medica dell'Ospedale Santa Chiara di Trento – APSS.

Carlo Favaretti, Direttore Generale APSS.

---

## 2                    **Introduzione**

La prestazione professionale dei medici è diventata un'area di intenso interesse pubblico sia da parte dei pazienti che dei finanziatori del Servizio Sanitario, entrambi interessati alla possibilità di disporre di strumenti efficaci per identificare i medici «bravi», e questo per la cosiddetta *accountability* cioè il dovere di documentare, di rendere evidente e trasparente ciò che si è fatto nei confronti di chi ci ha dato l'incarico e/o ci ha messo a disposizione le risorse [2].

La letteratura corrente in materia di management sanitario definisce la valutazione della *performance clinica* dei medici come «la valutazione quantitativa basata sulle percentuali di risultati di cura favorevoli ottenute dai medici nei loro pazienti e/o il grado di adesione dei medici stessi, nella loro pratica quotidiana, a processi di cura basati su prove di efficacia» [3].

Questo introduce il concetto di competenza che, in termini generali, può essere definita come «la capacità di un individuo di fornire prestazioni professionali in linea con le aspettative relative al suo ruolo/posizione lavorativa» [4]. Elementi salienti della competenza sono le abilità conoscitive, tecniche e relazionali che devono essere valutate, mantenute e migliorate con una attenzione continua [5; 6; 7; 8; 9; 10].

La *competenza cognitiva* non riguarda solo la cultura e la conoscenza, ma si riferisce alla capacità di analizzare e «vedere» gli eventi e le osservazioni, di pensare in modo critico e di anticipare il futuro in modo proattivo e non solo reattivo.

La *competenza tecnica* riguarda le abilità psicomotorie necessarie per eseguire manovre complesse (es. procedure diagnostiche).

La *competenza relazionale* si riferisce alla capacità di lavorare con gli altri, assolutamente imprescindibile considerata la natura sempre più interdisciplinare della medicina.

Una definizione interessante di *competenza professionale* la descrive come «l'utilizzo abituale e giudizioso di comunicazione, conoscenze, abilità tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessione nella pratica medica quotidiana per il bene del singolo paziente e della comunità».

Un ultimo concetto è quello relativo alla *capacità*, cioè il livello con il quale gli individui riescono ad adattarsi al cambiamento, a generare nuova conoscenza e a continuare a migliorare la propria performance.

Per quanto condivisibili e affascinanti, questi concetti astratti trovano uno scarso riscontro pratico. Tra i molti motivi, ricordiamo che prove di efficacia dei processi di cura ottimali esistono solo per un numero limitato di attività specialistiche e che la maggior parte delle misure disponibili sono

indicatori di processo che al più possono essere considerati come *proxy* di buone pratiche cliniche. Inoltre, i pochi indicatori di risultato presentano il problema della confrontabilità e della difficoltà di aggiustare correttamente le casistiche in funzione della severità della malattia nei diversi pazienti (*risk adjustment*). Va poi aggiunta la ben nota «allergia» dei professionisti ad essere valutati, le altrettanto conosciute difficoltà che si riscontrano quando si cerca la disponibilità di dati di qualità per lo meno accettabile a partire dai quali costruire indicatori clinici che «indichino» veramente qualcosa.

Infine va considerata la notevole importanza della misurazione, che non è di per sé legata alla espressione di un giudizio di valore, ma si limita a collocare in una scala quantitativa l'oggetto della rilevazione secondo modalità conosciute e considerate valide.

A completamento di quanto sopra accennato, la valutazione della prestazione lavorativa può essere considerata come il risultato combinato di competenze e attitudini applicate al lavoro.

Le attitudini (paradigmi di fondo della personalità) e le competenze (intellettuali, tecniche e relazionali) si intrecciano, nella prestazione lavorativa, in almeno quattro ambiti:

1. area dei rapporti con la variabilità: motivazione all'apprendimento e adattabilità al cambiamento;
2. area intellettuale: soluzione di problemi complessi, soluzione di problemi operativi, flessibilità di pensiero;
3. area manageriale: regolarità e frequenza della decisione, soprattutto in situazioni ad elevata incertezza;
4. area relazionale: gestione e sviluppo dei collaboratori, capacità di integrazione, gestione dei rapporti interpersonali.

---

### **3 Il processo di valutazione dei medici**

Lo schema di flusso del processo di valutazione dei dirigenti medici utilizzato dal 2002 nell'APSS e concordato con le organizzazioni sindacali di categoria nella contrattazione decentrata della dirigenza medica è sintetizzato nella figura 1.

La valutazione complessiva del dirigente eseguita dal collegio tecnico risulta dall'integrazione di quattro distinte componenti: la dimensione professionale e quella organizzativa dell'attività del dirigente, i risultati ottenuti nei programmi di attività annuali (budget) e le eventuali violazioni disciplinari.

Il Modello EFQM è stato utile per mettere a punto la scheda di

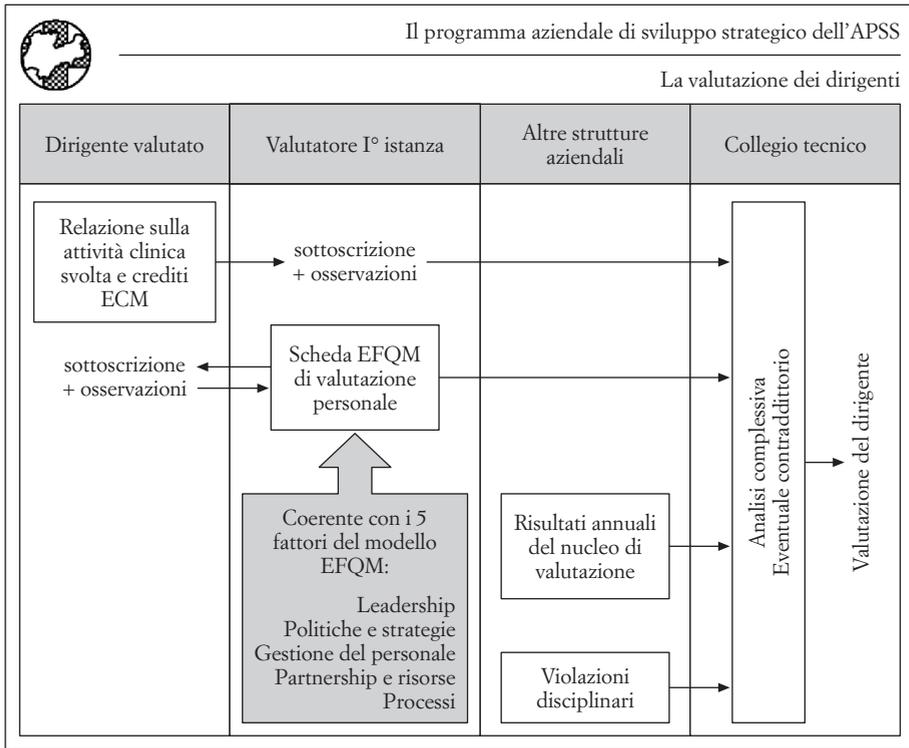


Figura 1

valutazione personale dei dirigenti medici, finalizzata a esplorare essenzialmente la dimensione organizzativa della performance [11].

La scheda di valutazione personale è stata strutturata sui 5 criteri del Modello EFQM definiti *enablers*, cioè i fattori facilitanti (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e per ciascuno di essi sono stati formulati alcuni elementi di valutazione che, in definitiva, rappresentano i comportamenti che l'azienda si aspetta dai suoi dirigenti [12; 13; 14; 15].

Le risposte possibili sono state espresse con una scala qualitativa (A, B, C, D) accompagnata da alcune definizioni operative che descrivono i livelli di conseguimento degli elementi di valutazione e non è stata di proposito prevista una transcodifica di tali giudizi in una scala numerica (tab. 1).

È stata scelta questa modalità perché si è ritenuto che l'obiettivo principale del processo di valutazione non fosse tanto la ricerca della cosiddetta «mela bacata» [16], che potrebbe innescare comportamenti difensivi da parte dei professionisti oggetto della valutazione, ma dovesse puntare soprattutto al

Tabella 1

Risposte possibili	Definizioni operative
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attività descritta dall'elemento di valutazione non è stata svolta</li> </ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attività descritta dall'elemento di valutazione è stata svolta sporadicamente o in modo incompleto</li> <li>• È stato necessario sostenere e sollecitare il dirigente perché svolgesse un ruolo positivo sull'argomento</li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attività descritta dall'elemento di valutazione è stata ben presidiata in ogni momento</li> <li>• Il dirigente ha svolto spontaneamente la sua attività senza la necessità di essere sollecitato sull'argomento</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attività descritta dall'elemento di valutazione è stata sviluppata in modo ottimale in tutti i suoi aspetti e potenzialità</li> <li>• Il dirigente ha costantemente assunto atteggiamenti propositivi e innovativi per migliorare continuamente la sua performance sull'argomento</li> </ul>

riconoscimento positivo della coerenza tra il comportamento dei dirigenti e la *mission*, la *vision*, i valori di riferimento, le linee strategiche e gli obiettivi dell'organizzazione nella quale i dirigenti stessi hanno deciso di operare.

A completamento del processo di valutazione è stato anche predisposto un nuovo modello del contratto individuale per il conferimento/rinnovo dell'incarico di direttore di struttura complessa; in esso, accanto ai tradizionali contenuti normativi, è stato esplicitato il rapporto fiduciario che si instaura tra il direttore generale e il dirigente e sono stati specificati i comportamenti attesi in tema di *leadership*, politiche e strategie, gestione del personale, *partnership* e risorse, processi e quelli specifici relativi alla direzione della struttura affidata.

## 4 Valutazione della valutazione

La valutazione dei medici secondo il nuovo modello ha avuto inizio nell'estate del 2002 e dopo quasi tre anni abbiamo ritenuto opportuno riflettere sui primi risultati.

Ci siamo proposti i seguenti obiettivi:

1. condurre un'analisi quantitativa della varietà di utilizzo della scala di valutazione a quattro gradi (scheda EFQM);
2. valutare la percezione che i valutatori di prima istanza e i dirigenti valutati hanno rispettivamente avuto del processo valutativo, attraverso l'utilizzo di un questionario «speculare» a 16 domande;
3. valutare i costi del processo valutativo, come primo passo per una analisi di costo-opportunità.

---

## 5 Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta sui medici valutati nell'Ospedale di Trento, sia per la rilevanza della numerosità (pari a circa il 38% del totale dei medici dell'APSS), sia per l'omogeneità e l'accessibilità dei dati.

Nel periodo di osservazione, relativo all'arco temporale 2002-2004, sono stati valutati 326 medici, suddivisi in direttori di struttura complessa (29), responsabili di struttura semplice (91) e dirigenti con incarico professionale (206).

L'*analisi quantitativa* è stata condotta limitandosi all'osservazione della modalità con la quale i valutatori di prima istanza hanno utilizzato la scheda EFQM, prendendo in esame tutte le schede redatte dai valutatori di prima istanza (direttori di struttura complessa e direttore di ospedale per i direttori) e tabulando il numero delle quattro possibili valutazioni (A, B, C, D) assegnate dal valutatore ai rispettivi valutati per ciascun criterio della scheda EFQM. Dai totali sono state quindi calcolate le percentuali di utilizzo della scala distinte per unità operativa.

La *valutazione della percezione* è stata condotta tramite un questionario articolato in 16 domande suddivise in domande generali, domande sul processo e domande conclusive; alcune domande prevedevano una risposta chiusa (sì/no), altre una risposta aperta, e due richiedevano di attribuire un rango rispettivamente ai quattro elementi generali dello schema di valutazione e ai cinque *enablers* del modello EFQM. Il questionario è stato somministrato ai 34 valutatori di prima istanza e ad un campione di 45 dirigenti ed era corredato da uno schema illustrativo dei quattro elementi generali che concorrono all'esito della valutazione.

Per quanto riguarda i dirigenti valutati, il campione è rappresentato da quelli afferenti al dipartimento di medicina interna.

Per l'*analisi dei costi* abbiamo preso come unità di misura il costo orario medio del personale impegnato nel processo valutativo (valutazione di prima e di seconda istanza), utilizzando i costi standard definiti dal servizio «controllo di gestione aziendale». Sono stati conteggiati come «altri costi» quelli relativi al materiale di consumo (cancelleria ...) e alle indennità per i componenti del collegio tecnico interni ed esterni all'APSS.

---

## 6 Risultati

*Analisi quantitativa:* nella figura 2 è rappresentata la percentuale di utilizzo delle quattro valutazioni, distinta per unità operativa.

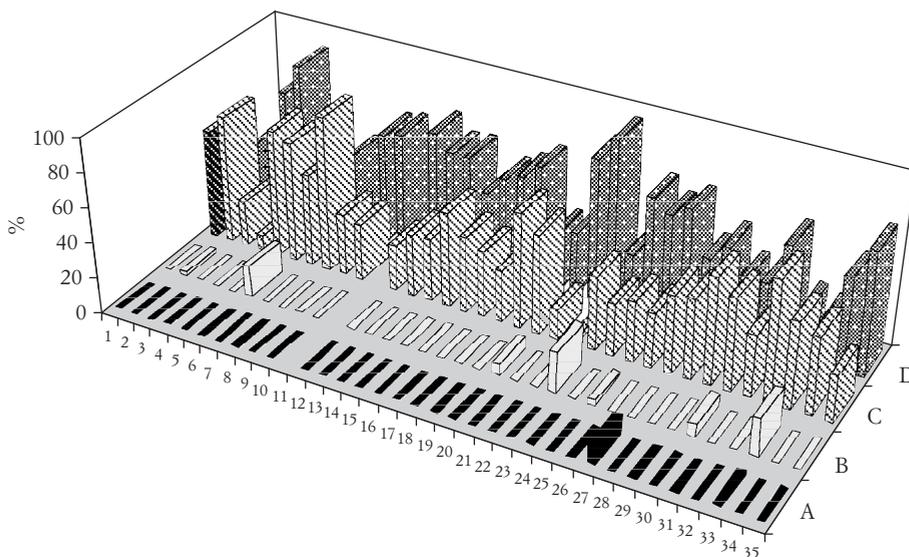


Figura 2: Percentuale di utilizzo delle quattro valutazioni, distinta per unità operativa.

*Valutazione della percezione:* il tasso di risposta al questionario, inteso come numero di questionari restituiti, è stato complessivamente pari al 64,56%, così suddiviso: 85,29% direttori (29/34), 100% responsabili di struttura semplice (16/16) e 20,69% dirigenti con incarico professionale (6/29).

Nelle figure 3, 4, 5 e 6 vengono rappresentati, distinti per direttori e dirigenti (responsabili di struttura semplice e dirigenti con incarico professionale) i risultati delle risposte alla domanda 7 del questionario, cioè l'attribuzione rispettivamente al primo, al secondo, al terzo ed al quarto posto di ciascuno dei quattro elementi che concorrono alla valutazione nell'arco temporale considerato, ovvero:

- relazione sulle attività cliniche individuali e sui crediti ECM;
- scheda di valutazione personale EFQM;
- risultati annuali del programma di attività (cosiddetto «budget»);
- eventuali sanzioni disciplinari.

Nelle figure 7, 8, 9, 10 e 11 vengono rappresentati, distinti per le diverse categorie di medici, i risultati delle risposte alla domanda 8, cioè l'attribuzione rispettivamente al primo, al secondo, al terzo, al quarto e al quinto posto di ciascuno dei cinque criteri (cosiddetti *enablers*) della scheda EFQM; poiché per i dirigenti con incarico professionale non è prevista

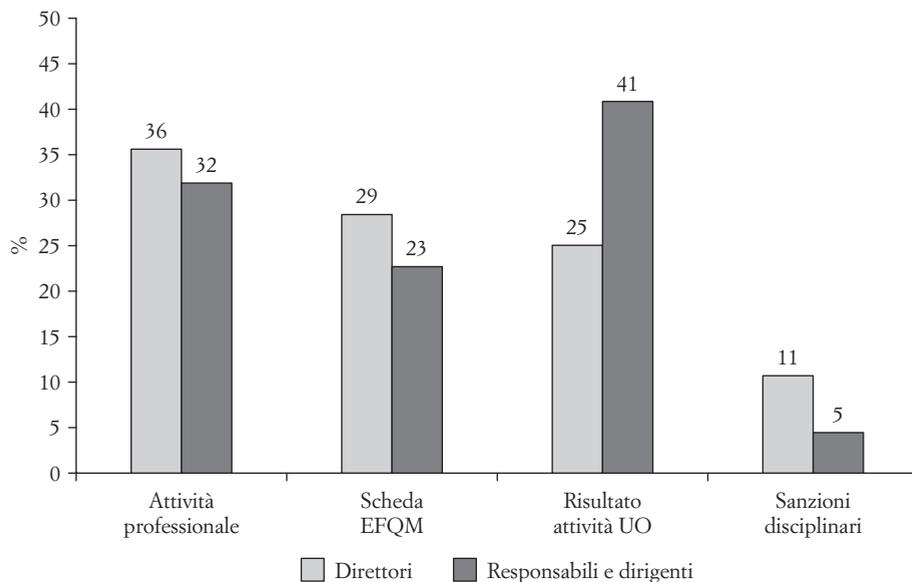


Figura 3: Tasso di attribuzione al primo posto dei quattro elementi della valutazione.

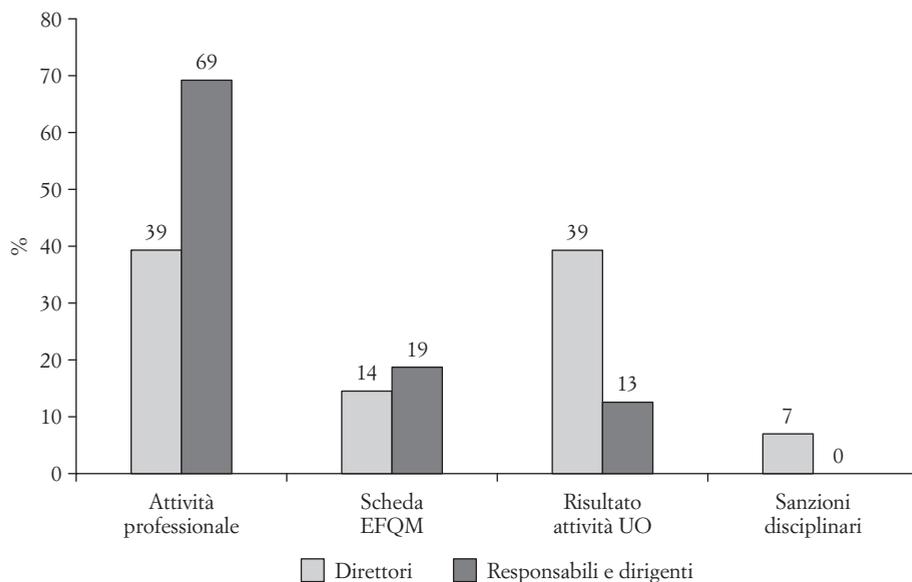


Figura 4: Tasso di attribuzione al secondo posto dei quattro elementi della valutazione.

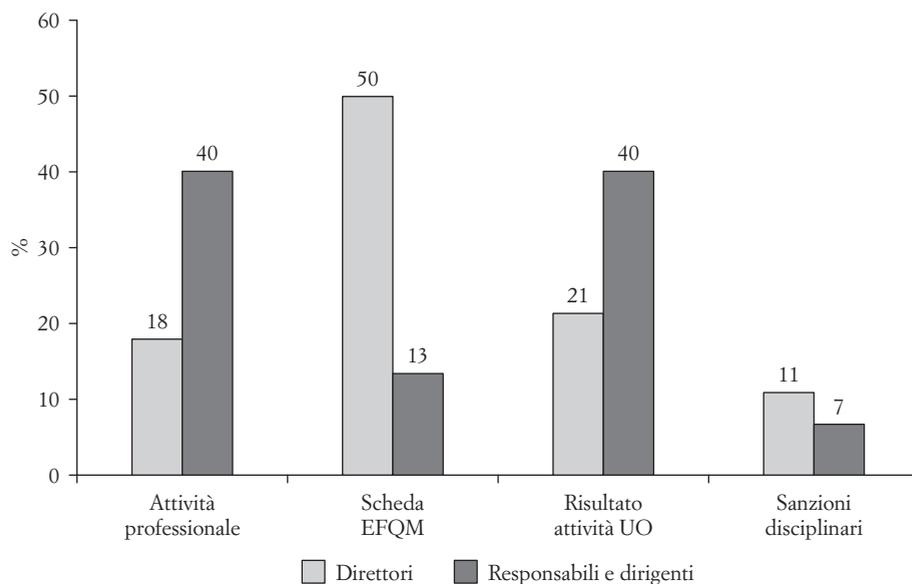


Figura 5: Tasso di attribuzione al terzo posto dei quattro elementi della valutazione.

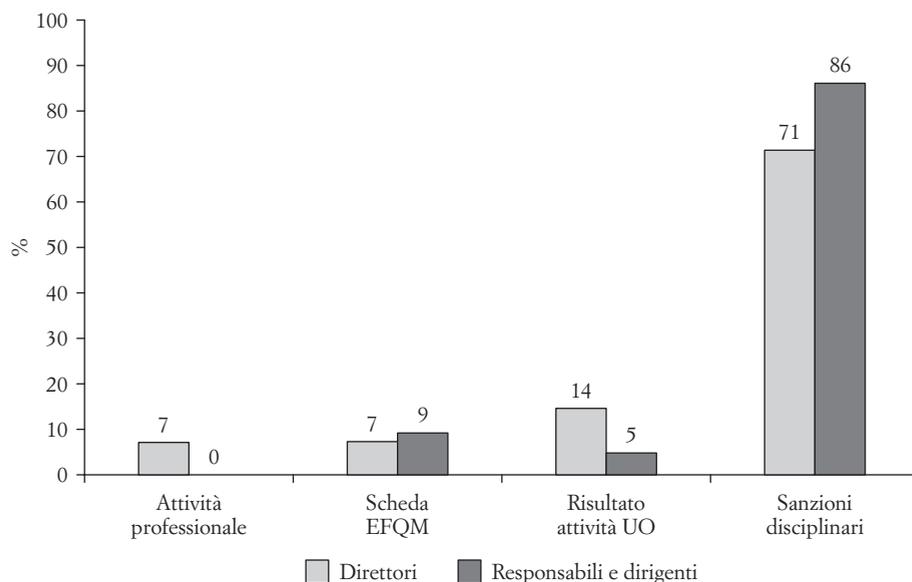


Figura 6: Tasso di attribuzione al quarto posto dei quattro elementi della valutazione.

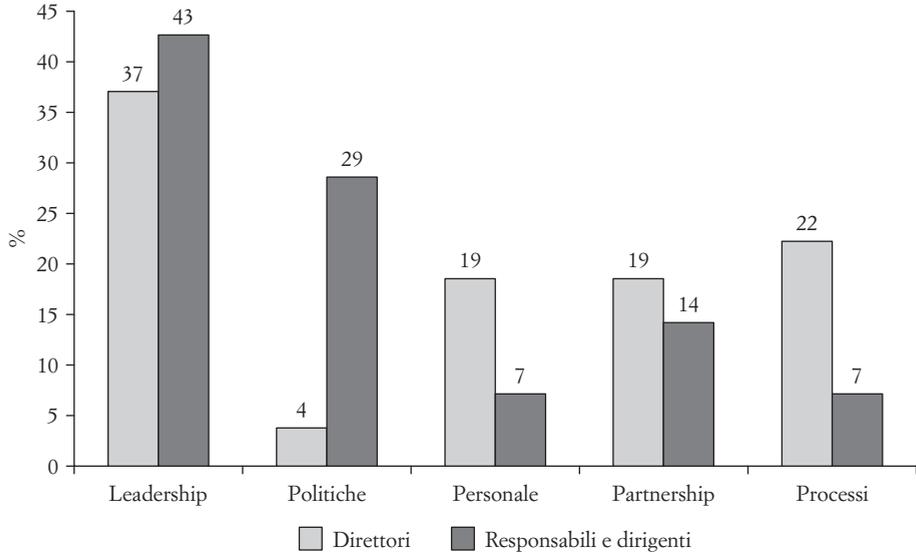


Figura 7: Tasso di attribuzione al primo posto dei cinque criteri EFQM.

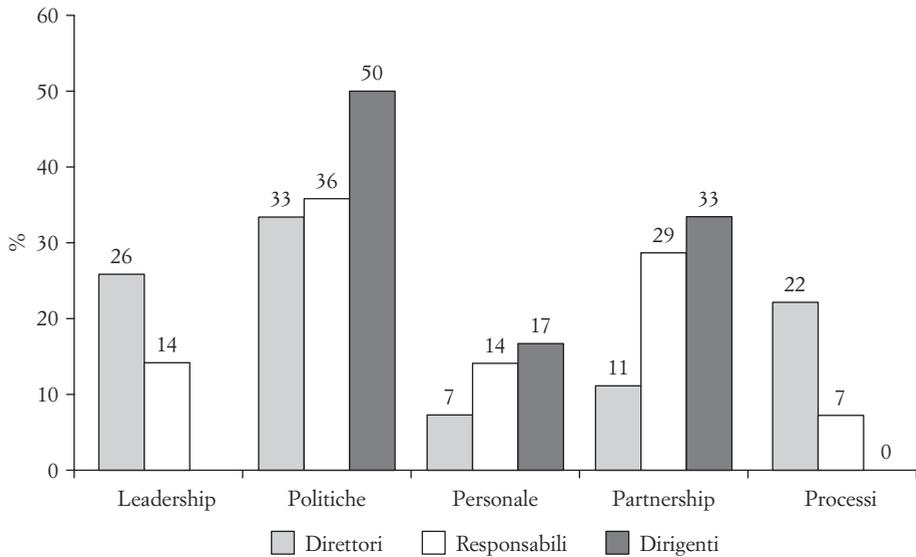


Figura 8: Tasso di attribuzione al secondo posto dei cinque criteri EFQM (al primo posto per i dirigenti con incarico professionale).

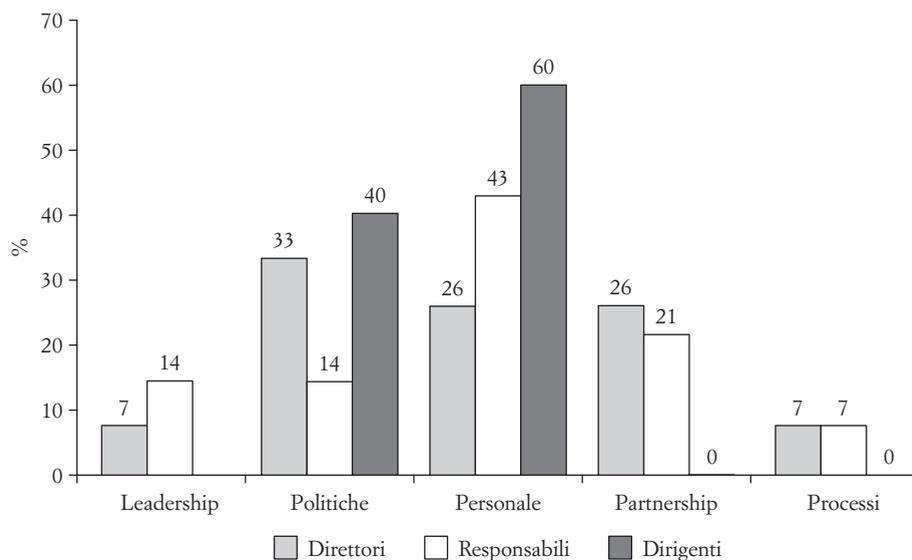


Figura 9: Tasso di attribuzione al terzo posto dei cinque criteri EFQM (al secondo posto per i dirigenti con incarico professionale).

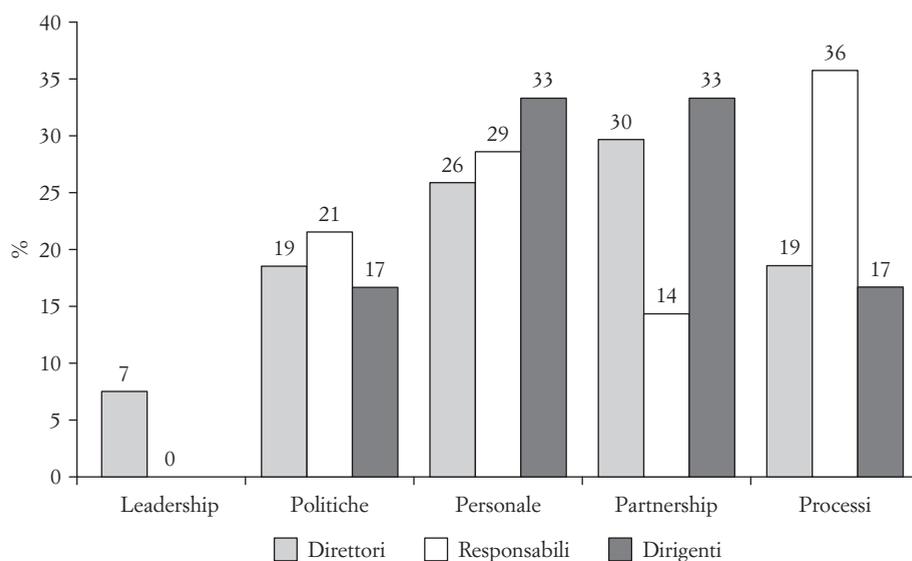


Figura 10: Tasso di attribuzione al quarto posto dei cinque criteri EFQM (al terzo posto per i dirigenti con incarico professionale).

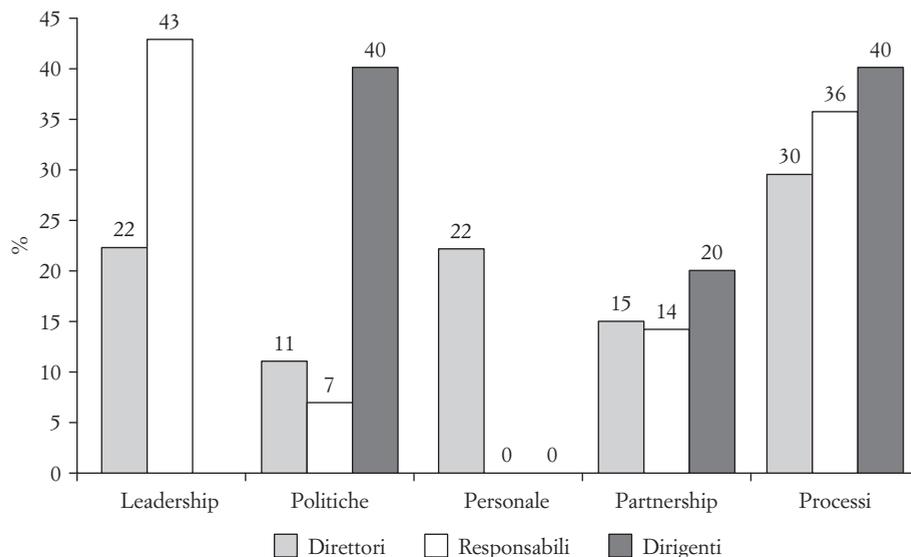


Figura 11: Tasso di attribuzione al quinto posto dei cinque criteri EFQM (al quarto posto per i dirigenti con incarico professionale).

valutazione in base alla leadership, per costoro l'attribuzione di rango si riferisce solo ai rimanenti quattro criteri.

Di seguito vengono riportati i risultati delle domande a risposta chiusa ritenute più significative.

Nella figura 12 è rappresentato il tasso delle risposte (sì, no, non risponde) alla domanda 1, ovvero *Sei d'accordo che i dirigenti vengano periodicamente sottoposti a valutazione?*

Nella figura 13 è rappresentato il tasso delle risposte (sì, no, non risponde) alla domanda 4, ovvero *... Eri a conoscenza dei criteri in base ai quali saresti stato valutato?*

Nella figura 14 è rappresentato il tasso delle risposte (sì, no, non risponde) alla domanda 5, ovvero *Indica la fonte che ha ispirato lo schema di valutazione adottato dall'APSS descritto nella figura allegata.*

Essendo questa una domanda a risposta aperta che peraltro prevedeva un'unica risposta esatta (ovvero *il modello EFQM*) le risposte sono state suddivise in base alla correttezza o meno, considerando come categoria anche le mancate risposte.

Nella figura 15 è rappresentato il tasso delle risposte (sì, no, non risponde) alla domanda 15 del questionario, ovvero *Nel complesso, sei soddisfatto della «modalità» con cui è stata condotta la tua valutazione?*

## Applicazione pratica del modello di valutazione dei medici

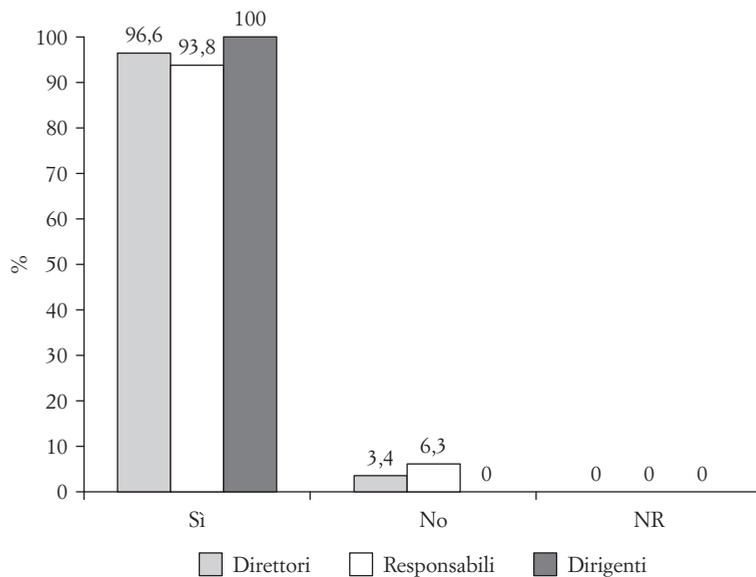


Figura 12: Domanda 1: tassi delle risposte.

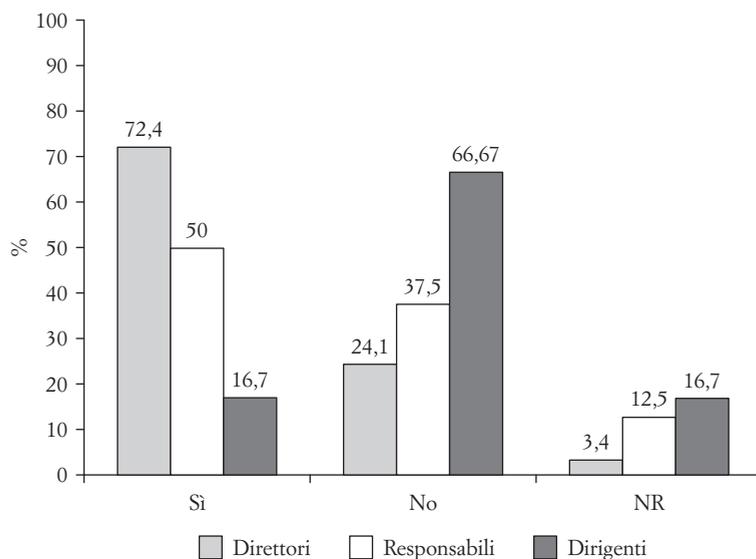


Figura 13: Domanda 4: tassi delle risposte.

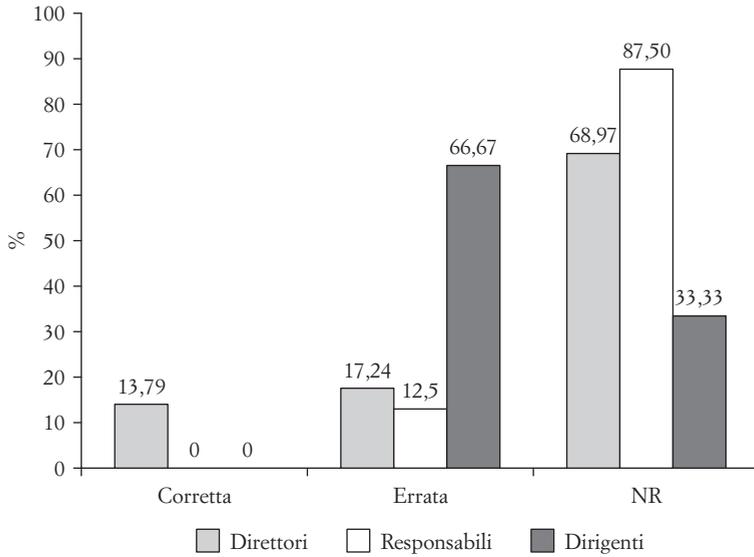


Figura 14: Domanda 5: tassi delle risposte.

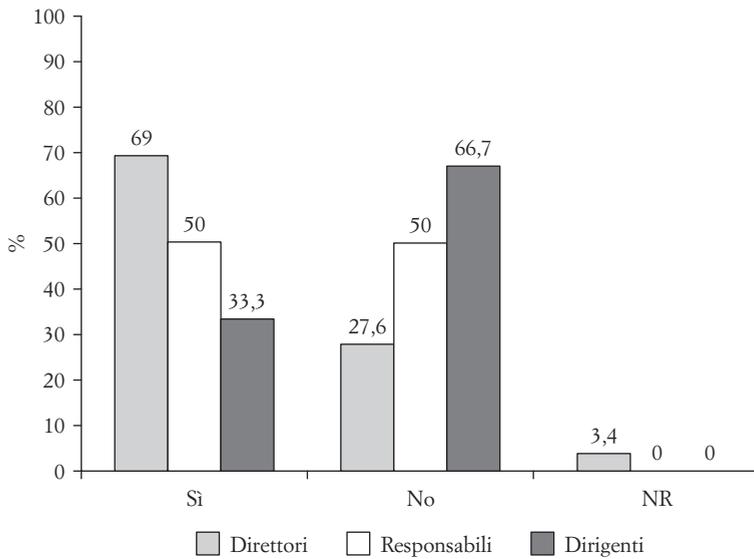


Figura 15: Domanda 15: tassi delle risposte.

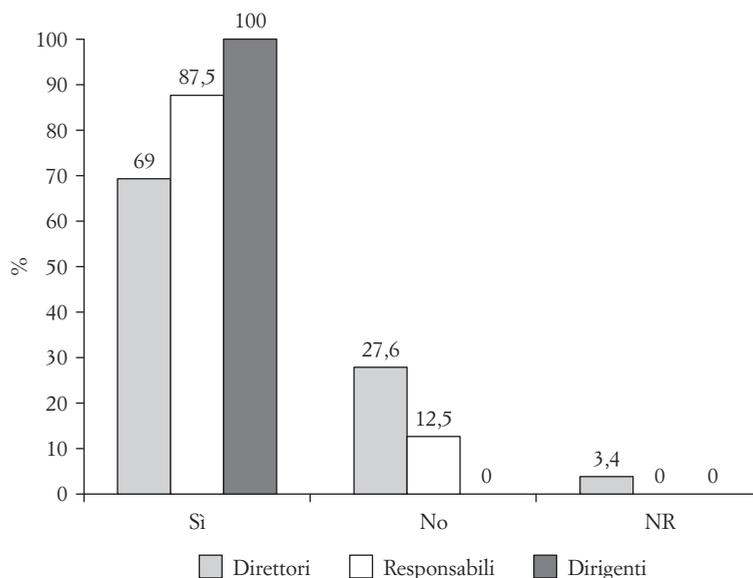


Figura 16: Domanda 16: tassi delle risposte.

Nella figura 16 è rappresentato il tasso delle risposte (sì, no, non risponde) alla domanda 16 del questionario, ovvero *Nel complesso, sei soddisfatto dell'«esito» della valutazione cui sei stato sottoposto?*

## 7 Analisi dei costi

Il costo totale stimato di una singola valutazione suddiviso nei singoli fattori che concorrono a determinarlo è illustrato nella tabella 2.

Tabella 2

Fase	Tempo (h)	Costo orario (€)	Costo totale (€)
Istruttoria amministrativa (I istanza)	2	25	50
Relazione sulle attività cliniche individuali	4	70	280
Valutazione I istanza	1	100	100
Istruttoria amministrativa (II istanza)	2	25	50
Valutazione II istanza (collegio tecnico)	3	100	300
Archiviazione	1	25	25
Altri costi			162
<b>Totale</b>			<b>967</b>

Il costo totale sostenuto per la valutazione di 326 dirigenti nel periodo considerato (2002-2004) assomma pertanto a 315.242 €.

---

## 8 **Commento ai risultati**

Riteniamo che i risultati sopra illustrati appaiano già di per sé sufficientemente esplicativi; tuttavia esprimiamo alcune considerazioni sugli aspetti che riteniamo più significativi.

*Analisi quantitativa:* le valutazioni possibili sono quattro (A, B, C, D), ma i valutatori di prima istanza ne hanno usate per circa il 97,5% solo due, cioè quelle corrispondenti ai due giudizi più favorevoli (C e D), ancorché ciò sembri non trovare un riscontro nella conoscenza empirica della realtà. In altri termini, posto di fronte alla necessità di esprimere un giudizio, sembra esservi un *bias* a motivo del quale il valutatore «dimentica» la possibilità/opportunità di utilizzare i due giudizi meno favorevoli, anche per quei collaboratori nei confronti dei quali i giudizi «informali» sono meno lusinghieri.

*Valutazione della percezione:* una prima considerazione è relativa alla evidente discrasia tra il fatto che la quasi totalità degli intervistati si dichiara favorevole alla valutazione dichiarando peraltro di ignorarne il modello di riferimento e le modalità attuative, e ciò nonostante il questionario contenesse, per facilitare il compilatore, un allegato dal quale desumere entrambe le informazioni. Ma quest'ultimo elemento forse attiene alla comprensione di ciò che si legge, ovvero alla mancata lettura, mentre rimangono alcuni interrogativi sulla reale efficacia della comunicazione interpersonale all'interno dell'équipe. Non appare fuor di luogo ricordare che per lo meno i valutatori di prima istanza avevano partecipato a due incontri specifici sul tema e ad un corso di formazione *ad hoc*.

Per quanto riguarda l'importanza attribuita dagli intervistati ai quattro elementi generali che concorrono alla formulazione del giudizio, colpisce il fatto che per i direttori di struttura complessa l'elemento messo al primo posto è l'attività professionale, mentre per i dirigenti è il risultato dell'attività dell'unità operativa (collegata alla quota variabile della retribuzione), elemento per il quale all'epoca della valutazione non era peraltro ancora possibile individuare il contributo del singolo medico. Ovviamente l'elemento considerato di gran lunga meno importante è rappresentato dalle eventuali sanzioni disciplinari, il ricorso alle quali è d'altra parte, coerentemente con questa convinzione, assolutamente sporadico.

Per quanto riguarda l'importanza attribuita ai singoli criteri della scheda EFQM, al primo posto spicca la leadership nella percezione dei

direttori. I responsabili di struttura semplice si dividono curiosamente in parti uguali tra coloro che la pongono al primo posto e coloro che la pongono all'ultimo, ma ciò forse attiene a una percezione della leadership a seconda del punto di vista attivo o passivo di esercizio della stessa.

I dirigenti con incarico professionale, per i quali non è applicato il criterio della leadership, pongono al primo posto le politiche, di cui essi, pur essendo tenuti a conoscerle, non dovrebbero tuttavia essere, per così dire, gli *stakeholders* principali, mentre gli stessi dirigenti considerano i processi, ovvero l'elemento che li dovrebbe vedere maggiormente coinvolti, all'ultimo posto in ordine di importanza.

Peculiare altresì appare il fatto che la soddisfazione relativa alla *modalità* con cui è stato condotto il processo valutativo è inversamente proporzionale alla posizione nella scala gerarchica. In altri termini, i meno soddisfatti sono i dirigenti con incarico professionale mentre essi si dichiarano pressoché in toto soddisfatti dell'*esito* della valutazione. Ma probabilmente ciò ha a che vedere con le considerazioni sopra espresse relativamente alle modalità di utilizzo dei quattro gradi di giudizio.

*Analisi dei costi:* al riguardo riteniamo solo di dover evidenziare il non trascurabile impatto economico dell'intero processo e la necessità che ciò sia auspicabilmente reso noto, anche ai fini di un utilizzo appropriato dello strumento, ai dirigenti che ne sono a vario titolo coinvolti.

---

## 9 Conclusioni di carattere generale

Questa analisi di come si è concretamente svolto il processo di valutazione ha sostanzialmente confermato alcuni aspetti anticipati nelle conclusioni del nostro precedente articolo, che possiamo come di seguito sinteticamente riassumere.

I principali *aspetti positivi* che hanno trovato conferma nella pratica sono i seguenti:

- il processo valutativo della dirigenza è coerente con il sistema aziendale di gestione per la qualità;

- il processo valutativo contribuisce a rendere esplicito ai medici e ai servizi amministrativi, in particolare personale e controllo di gestione, che gli incarichi e la valutazione dei dirigenti, le schede e gli obiettivi di budget, i contratti individuali per i dirigenti non sono elementi a sé stanti e isolati ma parte di un sistema che trova il comune denominatore nel piano strategico di sviluppo aziendale;

- il modello valutativo, integrandosi con il sistema aziendale

per la gestione della qualità, si distacca nettamente dalle modalità finora diffusamente utilizzate nella Pubblica Amministrazione, configurandosi non più come atto meramente «dovuto» per la progressione di carriera o per il sistema incentivante, ma come un processo «trasparente» e dialettico tra l'Azienda e i suoi dirigenti per il perseguimento di risultati comuni ben esplicitati nel modello EFQM;

– la scheda valutativa EFQM, che declina in modo operativo i comportamenti organizzativi attesi dalla direzione aziendale, può essere utilizzata anche come strumento di autovalutazione da parte dei dirigenti.

I principali *aspetti di debolezza*, peraltro in qualche modo intrinseci alla valutazione stessa, indipendentemente dal modello adottato, sono:

- la complessità di attuazione pratica della valutazione (numero dei dirigenti da valutare, impegno dei valutatori, costi);
- la difficoltà di far conoscere gli aspetti teorici e anche applicativi del modello di valutazione (formazione dei valutatori e anche dei valutati, comunicazione interna);
- la difficoltà di disporre di informazioni selezionate e attendibili sulla performance clinica attribuibile al singolo professionista;
- la difficoltà di disporre di un tempestivo *feedback* informativo di processo e di esito della valutazione;
- la pressoché inevitabile resistenza attiva e passiva alla valutazione.

Luci e ombre, quindi, come in molti ambiti della vita organizzativa [17; 18; 19; 20].

Al momento, pur considerando la valutazione a tutti gli effetti come una «tecnologia», da sottoporre a sua volta a valutazione, nonché considerando il livello attuale della infrastruttura informativa, la possibilità concreta di valutare in modo sufficientemente accurato e rappresentativo la competenza professionale del singolo medico appare un risultato ancora lontano [21; 22].

Nonostante questi limiti, la valutazione è un obiettivo ineludibile che deve essere perseguito in modo incrementale attraverso un approccio cauto ma determinato.

Come in molti altri campi, vi sono ancora numerose barriere da abbattere e vi è molto ancora da apprendere e da fare; ciò nonostante vi è la diffusa consapevolezza, anche nella nostra organizzazione, che non è più possibile «tornare indietro» [23].

---

## Bibliografia

- [1] Baldantoni E., Favaretti C. *et al.*, *La valutazione dei dirigenti medici nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza*, in «Tendenze Nuove», 2003, n. 3, pp. 263-280.
- [2] *A First Class Service. Quality in the new National Health Service*, 1998, <http://www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm>.
- [3] Landon B. *et al.*, *Physician clinical performance assessment. Prospects and barriers*, in «JAMA», sept 3, 2003, vol. 290, n. 9, pp. 1183-1189.
- [4] Joint Commission Resources, *Assessing hospital staff competence*, first edition 2003, Library of Congress 2002108808 (<http://www.ijc.org>).
- [5] Baldantoni E., *Appunti di management sanitario*, Roma, edizioni CIDAS, 1998.
- [6] Mohrman A.M. *et al.*, *La valutazione dei dipendenti*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- [7] Quaglino G.P., *Psicodinamica della vita organizzativa*, Milano, Raffaello Cortina, 1996.
- [8] Megginson L. *et al.*, *Management, concetti ed applicazioni*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- [9] Schein E., *Cultura d'azienda e leadership*, Milano, Guerini e Associati, 1980.
- [10] Mintzberg H., *Management, mito e realtà*, Milano, Garzanti, 1989.
- [11] EFQM, *The EFQM Model for Excellence*, <http://www.apss.tn.it/>.
- [12] De Pieri P., Favaretti C. *et al.*, *Autovalutazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento secondo il modello per l'eccellenza EFQM: risultati preliminari*, in «QA», 2002, 13, 2, pp. 79-86.
- [13] Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento, *Programma di sviluppo strategico 2005-2009*, <http://www.apss.tn.it/>.
- [14] Mintzberg H., *The rise and fall of strategic planning*, London, Prentice Hall International (UK), 1994.
- [15] Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento, *La carta dei servizi APSS*, Trento 2002 (<http://www.apss.tn.it/>).
- [16] Berwick D., *Continuous improvement as an ideal in health care*, in «N Engl J Med.», 1989, 320, pp. 53-56.
- [17] Plsek P., *Redesigning health care with insights from complex adaptive systems*, in *Crossing the quality chasm*, Washington, National Academic Press, 2001, pp. 322-335.
- [18] De Vries K., *L'organizzazione nevrotica*, Milano, Raffaello Cortina, 1984.
- [19] Morgan G., *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- [20] Deming W.E., *Out of the crisis*, Cambridge, Mass., MIT Center for Advanced Engineering Study, 1986.

[21] Kazandjian V. *et al.*, *Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicators Project*, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 2003, 9, 2, pp. 265-276.

[22] Sheldon T., *Promoting health care quality: what role performance indicators?*, in «Quality in Health Care», 1998, 7 (suppl), pp. 845-850.

[23] Scriven M., *Evaluation Thesaurus*, Newbury Park, Sage, 1991.