

Migliorare la performance nelle aziende sanitarie pubbliche: il contributo dei professionisti-manager

Simone Fanelli, Chiara Carolina Donelli, Fiorella Pia Salvatore, Antonello Zangrandi*

Le aziende sanitarie pubbliche sono da sempre impegnate nell'identificare soluzioni organizzative e manageriali che permettano di rispondere con successo alle molteplici pressioni a cui sono sottoposte. In questo scenario, fondamentale è il ruolo dei professionisti. L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare quali strategie possono essere adottate dalle aziende per valorizzare e supportare i professionisti al fine di migliorarne la performance. I risultati della ricerca evidenziano che le aziende sanitarie devono supportare il "professionista-manager" in grado di generare un clima collaborativo nella sua organizzazione; di comunicare a livello interpersonale; di definire obiettivi coerenti con le risorse disponibili; di fare valutazioni di efficienza, efficacia e qualità; di conoscere la propria organizzazione.

* Simone Fanelli, Università di Parma, Ph.D., Ricercatore, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. E-mail: simone.fanelli@unipr.it.

Chiara Carolina Donelli, Università di Parma, Ph.D., Borsista Post-Doc di Ricerca, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. Corresponding author, e-mail: chiaracarolina.donelli@unipr.it.

Fiorella Pia Salvatore, Università di Foggia, Ph.D., Ricercatore, Dipartimento di Economia. E-mail: fiorellapia.salvatore@unifg.it.

Antonello Zangrandi, Università di Parma, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. E-mail: antonello.zangrandi@unipr.it.

Parole chiave: aziende sanitarie, performance, competenze manageriali, strumenti manageriali, clinico-manager.

Improving the performance of healthcare organizations: The contribution manager-clinician

Public healthcare organization have always been committed to identifying organizational and managerial solutions to reply to the multiple pressures they are subjected to. In this scenario crucial is the role played by professionals. The aim of this study is to investigate what strategies organization can adopt to enhance and support professionals in order to improve performance. The results highlight that healthcare organizations should support the professional manager to be able to create a collaborative climate in the organization; facilitate interpersonal communication; define consistent objectives with the available resources and evaluate efficiency, effectiveness and quality.

Keywords: healthcare organization, performance, managerial skill, managerial tools, manager-clinician.

Articolo sottomesso: 02/05/2021, accettato: 08/06/2022

1. Introduzione

Le aziende sanitarie pubbliche, in Italia come in altri Paesi nel mondo, sono

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura
3. Metodo
4. Risultati
5. Discussione e conclusione

da sempre impegnate nell'identificare soluzioni organizzative e manageriali che permettano di rispondere con successo alle molteplici pressioni a cui sono sottoposte. L'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico, la necessità di ridurre la spesa pubblica sono solo alcuni dei fattori che spingono le aziende sanitarie a ricercare maggiore efficienza ed efficacia nelle proprie azioni (Townsend e Wilkinson, 2010). L'attuale emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus pandemico Covid-19 ha aumentato in maniera significativa la pressione su diverse entità aziendali e, in particolare, su alcune realtà sanitarie come gli ospedali, spinti a dover riorganizzare in maniera sostanziale le proprie attività e i propri servizi (Elarabi e Johari, 2014; Zangrandi *et al.*, 2020). Data la complessità delle attività che caratterizzano le aziende sanitarie e lo scenario di profondo cambiamento che stanno vivendo, fondamentale è il contributo dei professionisti sanitari per rispondere efficacemente a tali pressioni e generare un impatto positivo sulla performance (Elarabi e Johari, 2014; Zangrandi *et al.*, 2020).

Alla luce di questa così alta dinamicità che contraddistingue il contesto, è dei vertici strategici aziendali la responsabilità di valorizzare e, quindi, supportare i professionisti. Difatti, considerando che l'organizzazione e la gestione delle risorse nell'azienda sanitaria sono aspetti cruciali per l'ottenimento di buone performance, in tale pianificazione, i professionisti sanitari sono ritenuti gli attori principali. Queste professionalità svolgono un ruolo determinante nel supportare il raggiungimento di elevati standard aziendali in quanto impegnate

in differenti attività: cliniche e non (Fanelli *et al.*, 2019). Molti di loro hanno incarichi manageriali assumendo quindi elevati livelli di responsabilità organizzativa. Di conseguenza, le tradizionali pratiche di gestione delle risorse umane nel settore pubblico, caratterizzate da una forte burocratizzazione dei processi, devono essere messe in discussione, per favorire invece modelli gestionali orientati a supportare e valorizzare i professionisti nel loro ruolo manageriale (Brown, 2004; Fanelli *et al.*, 2020). In altre parole, occorre promuovere competenze trasversali, che siano non solo di tipo tecnico-specialistico, ma anche di tipo manageriale. In questo scenario, diventa strategico per le aziende sanitarie pubbliche: riconoscere le competenze manageriali chiave, aiutare i professionisti a sviluppare tali competenze, e fornirgli adeguati strumenti manageriali per svolgere al meglio il loro ruolo di "clinico-manager". Questi tre aspetti (competenze, formazione, strumenti) sono tra loro fortemente connessi e contribuiscono in maniera interdipendente a definire la figura di un "buon manager".

Considerando le proposizioni alla base di questo studio, la principale domanda di ricerca a cui si vuol dare risposta è: quali strategie le aziende sanitarie pubbliche possono adottare per valorizzare e supportare il ruolo manageriale dei professionisti al fine di migliorare la performance?

Nello specifico, il paper individua tre aree utili ad analizzare il ruolo dei professionisti sanitari in relazione alla performance aziendale:

- 1) le competenze più rilevanti che il professionista con ruolo manageriale

- riale dovrebbe possedere in una azienda sanitaria;
- 2) il fabbisogno formativo avvertito dai “clinici-manager” per assolvere efficacemente alla loro missione;
 - 3) la conoscenza e l'utilizzo degli strumenti manageriali propri delle aziende sanitarie.

Complessivamente, i risultati della ricerca vorranno fungere da guideline per le aziende sanitarie fornendo precise indicazioni relativamente alle strategie che i manager potranno adottare per generare migliori performance.

2. Analisi della letteratura

In ambito manageriale le principali aree di intervento su cui le aziende sanitarie possono agire per sviluppare strategie e promuovere una cultura aziendale capace di innescare il miglioramento della performance sono identificate nel tema della competenza, della formazione e degli strumenti.

2.1. Competenze manageriali

Il tema delle competenze manageriali in sanità è ampiamente discusso in letteratura. Nel caso delle aziende sanitarie, la questione risulta particolarmente articolata poiché la continua ricerca di un management efficiente ed efficace ha portato all'evoluzione da un modello burocratico-professionale (Bode e Maerker, 2014), caratterizzato dai professionisti al di fuori della gerarchia decisionale, a un modello in cui ai professionisti vengono richieste sempre più competenze di tipo manageriale (Aini, 2018). In letteratura, il concetto di “competenza chiave” per il clinico chiamato a svolgere anche la funzione di manager è stato oggetto di diversi studi ma, a oggi, non vi è ancora un'unica visione

sul tema (Liang *et al.*, 2013). Per esempio, uno studio americano della Healthcare Leadership Alliance identifica cinque aree di competenze (Stefl, 2008): la capacità di comunicazione, sia interna sia esterna rispetto all'organizzazione per facilitare le interazioni con individui e gruppi; la capacità di leadership, per una visione condivisa in modo da raggiungere performance di successo e finalità strategiche; la professionalità, intesa come la capacità di allineare la condotta personale ai valori etici e che includono l'orientamento al servizio e al paziente; la conoscenza e comprensione del sistema sanitario, per gestire le relazioni con l'ambiente in cui il servizio stesso è erogato; e la capacità legata alle business skill, per una gestione efficace delle risorse.

Lo studio di Neufeld *et al.* (1998), invece, illustra sette specifici ruoli che la figura del medico può assumere: medico esperto, comunicatore, collaboratore, sostenitore della salute, discente, manager e studioso. Anche l'American College of Preventive Medicine ha fatto un tentativo di definizione delle competenze di gestione manageriale considerate cruciali per i clinici. Queste sono state individuate in quattro caratteristiche principali: fornitura di assistenza sanitaria, gestione finanziaria, gestione organizzativa e conoscenza etica e legale (Lane, 1998). In sintesi, il dibattito sul tema delle competenze manageriali per i professionisti sanitari è ancora aperto. È comunque idea condivisa che le competenze chiave possono variare in base al livello manageriale e al contesto locale (Liang *et al.*, 2013). Il primo passo per le aziende sanitarie è, dunque, quello di capire quali competenze sono ritenute più rilevanti dai propri

professionisti al fine di definire strategie che siano in grado di valorizzarle e supportarle.

2.2. Formazione manageriale

Il “clinico-manager” è considerato una figura cruciale in quanto contribuisce alla produzione di performance migliori nelle aziende sanitarie dei principali Paesi industrializzati (Kippist e Fitzgerald, 2009). Questo impone alle aziende di investire nello sviluppo di tali competenze, rispondendo a specifici fabbisogni formativi e sanando le lacune educative. Allo stato attuale, le competenze di tipo manageriale risultano spesso carenti nella formazione dei clinici (Kuhlmann e von Knorring, 2014; Pihlainen *et al.*, 2016) ed esistono studi che evidenziano il fatto che gli stessi operatori sanitari non si sentono adeguatamente preparati a ricoprire il ruolo di manager (Ringsted *et al.*, 2006; Busari, 2012; Berkenbosch *et al.*, 2013). La responsabilità si può attribuire alla cultura della scuola medica che non ha incoraggiato i temi della formazione aziendale all'interno dei propri curricula (Irerì *et al.*, 2017). Inoltre, anche quando l'area aziendale è annoverata nei piani di studio, gli studenti di medicina si concentrano esclusivamente sullo sviluppo delle competenze cliniche, tralasciandone gli opportuni approfondimenti (Irerì *et al.*, 2017). Per questo motivo, in molti Paesi, i programmi di formazione medica post-laurea hanno subito una sostanziale riforma con la finalità di riprogettare la figura del medico-manager (Busari, 2012; Wanke *et al.*, 2015; Watson *et al.*, 2018).

A livello internazionale sono stati avviati una serie di programmi di formazione rivolti ai professionisti sani-

tari per migliorare e accrescere le loro conoscenze e competenze manageriali attraverso, per esempio, corsi di breve durata svolti all'interno delle aziende e/o di certificazione esterna (Hewison e Griffiths, 2004; Mintzberg, 2004). In particolare, negli Stati Uniti e nel Regno Unito, sono stati sviluppati dei programmi che mirano non solo a migliorare le capacità dei leader sanitari (Batcheller, 2011), ma anche a inserire all'interno dei percorsi di studio dei medici in formazione, dei corsi che consentono di sviluppare tali competenze, dando la possibilità agli studenti di includere il management tra le loro attività di studio (Atun, 2003; Crosson, 2003; Ackerly *et al.*, 2011; Pihlainen *et al.*, 2016). In Australia, gran parte della formazione manageriale è fornita attraverso corsi di formazione svolti all'interno delle organizzazioni sanitarie, e che, quindi, sono posti successivamente al periodo dedicato alla formazione medica (Kippist e Fitzgerald, 2009). Infine, in Italia, l'esigenza di sviluppare tali competenze per le figure sanitarie si è realizzata con l'emanazione del D.Lgs. n. 502/1992, con il quale si è chiesto alle Regioni di organizzare e attivare corsi di formazione manageriale necessari per ricoprire le posizioni di direzione sanitaria aziendale e di direzione delle strutture complesse (Spinsanti, 1997).

2.3. Strumenti manageriali

Per svolgere al meglio il ruolo di manager all'interno di un'azienda ospedaliera, le competenze manageriali e il loro sviluppo, seppur rilevanti, non sono sufficienti. Un manager deve poter contare su strumenti adeguati che possano supportarlo nello svolgere al meglio il proprio ruolo (Berwick

et al., 2003). A tal fine, di particolare rilievo sono gli strumenti che permettono al professionista sanitario di migliorare la sua funzione di “leader”. In altri termini, s’intende garantire che quanto da lui predisposto e ordinato sia tradotto in un’azione reale e positiva che possa assicurare il raggiungimento di elevati livelli di performance (Fanelli et al., 2017). Pertanto, il manager sanitario che sia “leader” dell’azienda sanitaria deve poter chiaramente definire gli obiettivi e valutare i risultati in un’ottica aziendale d’insieme (de Korne et al., 2012; van Veen-Berkx et al., 2016).

L’orientamento al risultato, che caratterizza le attività del management, ha portato allo sviluppo e all’implementazione di sistemi di misurazione e valutazione delle performance sempre più sofisticati e precisi. Sono stati, pertanto, identificati e sviluppati approcci complessi per valutare le prestazioni delle aziende sanitarie, così da poter considerare, in maniera sempre più accurata, la natura multidimensionale delle prestazioni aziendali. Si ricordano, a titolo di esempio, la *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 1992); il *Competing Values Framework* (Quinn e Rohrbaugh, 1981); il *Performance pyramid system* (Lynch e Cross, 1991) e il *Performance Prism* (Neely et al., 2001). Nello specifico, le tecniche suddette supportano il comparto manageriale degli ospedali nel valutare le differenti dimensioni della performance, quali: l’efficacia clinica, la sicurezza, il rischio, la centralità del paziente, la governance, l’orientamento del personale e l’efficienza (Veillard et al., 2005). Le aziende sanitarie, dal loro canto, risultano le responsabili per generare quelle condizioni atte a sviluppare e trasferire sul campo la

leadership insita nella figura del clinico-manager, sviluppando da un lato i criteri per l’esatta definizione e assegnazione degli obiettivi e, dall’altro, gli strumenti per la valutazione e misurazione delle performance ospedaliere (de Jong e Den Hartog, 2007; Bloom et al., 2009).

3. Metodo

Al fine di rispondere alla domanda di ricerca, sono stati considerati i risultati ottenuti negli studi di Fanelli et al. (2017; 2020; 2021). I risultati di questi lavori sono stati dunque rielaborati e interpretati al fine di poter identificare un framework generico di risposta all’obiettivo principale del presente studio.

In ciascun lavoro è stato utilizzato un questionario specifico in quanto indirizzato alle differenti figure di professionisti impiegate nelle aziende sanitarie. Più precisamente, il primo questionario (1), volto a indagare le competenze manageriali, è stato somministrato solo ai professionisti sanitari che non ricoprono un ruolo manageriale. Il secondo questionario (2), volto a investigare il tema della formazione manageriale, è stato indirizzato ai professionisti sanitari che ricoprono un ruolo manageriale (figure intervistate: direttori di struttura semplice, direttori di struttura complessa, direttori di dipartimento, coordinatori ecc.). Per il terzo questionario (3), il cui focus era sugli strumenti manageriali, si è prevista la somministrazione a tutti i professionisti, indipendentemente dal ruolo manageriale.

La principale motivazione relativa ai diversi campioni selezionati è rinvenuta nella volontà di poter classificare e investigare in modo chiaro e indistinto i punti di vista e le intuizioni dei singoli

gruppi di rispondenti. Attraverso, quindi, la tecnica di campionamento settoriale, è stato possibile collezionare i dati “clusterizzandoli” per singolo gruppo professionale. Per verificare la comprensibilità delle domande, tutti i questionari sono stati sottoposti a un *pilot test* costituito da un campione ristretto di rispondenti. È stata utilizzata una piattaforma elettronica per somministrare i questionari e catalogare le relative risposte. I risultati sono stati, infine, analizzati con il software statistico SPSS Statistics©.

Di seguito si descrivono brevemente i contenuti dei tre questionari.

(1) Attraverso un’analisi sistematica della letteratura svolta sul tema delle competenze manageriali in sanità, sono state individuate otto aree principali: leadership, valutazioni economiche, analisi, comunicazione, gestione delle risorse umane, progettazione organizzativa, programmazione, qualità. Per ciascuna area, attraverso un focus group di esperti di management sanitario, sono state definite le competenze specifiche (*item*). Ai rispondenti al questionario è stato chiesto di identificare tra gli item di ogni area quello ritenuto più rilevante per colui che è chiamato a ricoprire un ruolo manageriale.

(2) Il secondo questionario (il cui focus era la formazione manageriale), riprendendo le otto aree di competenze sopra identificate, ha chiesto ai professionisti che ricoprono ruoli manageriali come valutano le proprie competenze manageriali utilizzando una scala Likert da 1 a 10 (1 = competenze scarse; 10 = competenze ottime). Inoltre, è stato chiesto quanto ritenessero necessario potenziare queste aree manageriali nella propria organizzazione. Anche in questo caso, per espri-

mere la propria valutazione, è stata utilizzata una scala Likert con punteggio da 1 a 10 (1 = poco da potenziare; 10 = molto da potenziare).

(3) Il terzo questionario ha indagato due aree principali. La prima area fa riferimento alla modalità che gli ospedali utilizzano per la misurazione della performance, focalizzandosi sui metodi e sugli strumenti utilizzati (es. indicatori, report, rilevazioni non formali, audit formalizzati ecc.). L’obiettivo di questa prima area è capire quali aspetti della performance sono di solito misurati e quali strumenti sono usati per tale misurazione. La seconda area riguarda invece il tema degli obiettivi, ossia come questi vengono definiti e assegnati. In questo caso, l’obiettivo era comprendere come l’ospedale segue l’applicazione delle policy e come le strategie vengono implementate.

4. Risultati

I risultati sono di seguito presentati nelle tre aree oggetto di studio: le competenze manageriali; la formazione manageriale; gli strumenti manageriali.

4.1. Le competenze manageriali

Al questionario n. 1 hanno risposto 287 professionisti sanitari, i quali non ricoprivano un ruolo manageriale. La Tab. 1 mostra per ciascuna area le specifiche competenze manageriali percepite come più importanti per ricoprire il ruolo di manager e quelle invece ritenute meno rilevanti. Per i criteri utilizzati per reclutare i rispondenti, così come per i criteri di esclusione, si rimanda a Fanelli *et al.* (2020).

Le competenze manageriali che risultano essere più rilevanti, raggiungendo oltre il 50% dei consensi dei rispondenti, sono: 1) Fare valutazioni eco-

Tab. 1 – Le competenze manageriali espresse in termini percentuali di rilevanza

Area	Item	Rilevanza
Leadership	– Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team)	62,72%
	– Capacità di negoziare	5,23%
Valutazioni economiche	– Fare valutazioni economiche considerando efficienza, efficacia e qualità	68,99%
	– Interpretare un bilancio economico-patrimoniale	7,32%
Analisi	– Comprendere i fenomeni complessi utilizzando più indicatori (analizzare dati e trend)	34,49%
	– Utilizzare i flussi informativi	4,18%
Comunicazione	– Comunicare a livello interpersonale	58,19%
	– Comunicare con gli organi di stampa	7,32%
Gestione delle risorse umane	– Definire il fabbisogno di competenze professionali della propria area di riferimento	35,89%
	– Contribuire alla realizzazione di un sistema premiante di compensi e benefit	6,27%
Progettazione organizzativa	– Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili	51,92%
	– Scrivere procedure	4,53%
Programmazione	– Analizzare l'organizzazione e i processi aziendali, i punti di forza e di debolezza	49,48%
	– Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali	1,39%
Qualità	– Valutare gli outcome clinici, sanitari, assistenziali	30,66%
	– Valutare la soddisfazione dei collaboratori	8,01%

nomiche considerando efficienza, efficacia e qualità (68,99%); 2) Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team) (62,72%); 3) Comunicare a livello interpersonale (58,19%); e 4) Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili (51,92%).

Al contrario, le competenze ritenute meno importanti risultano essere (meno del 5% di preferenze): 1) Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali (1,39%); 2) Utilizzare i flussi informativi (4,18%); e 3) Scrivere procedure (4,53%).

4.2. La formazione manageriale

Per quanto riguarda il questionario sul

tema della formazione manageriale, per le cui informazioni relative al reclutamento dei professionisti partecipanti si rimanda allo studio di Faneli *et al.* (2021), i rispondenti sono stati 366. Dai risultati emerge che coloro che ricoprono oggi un ruolo di manager in sanità si sentono sufficientemente competenti in tutte le aree analizzate (Tab. 2, Colonna A) ma, allo stesso tempo, ritengono necessario potenziare tali competenze nella propria azienda (Tab. 2, Colonna B).

È interessante notare come, tra tutte le aree, la necessità di potenziare le competenze manageriali nell'azienda sia ritenuta l'area con un valore superiore rispetto all'autovalutazione del livello di preparazione di quella competenza (si veda Colonna C, Tab. 2). Le aree

Tab. 2 – Le competenze dei manager

Area	A) Autovalutazione Media (Dev. St)	B) Formazione Media (Dev. St)	C) Differenza (B-A)	Ranking A/B
Programmazione	7,66 (1,24)	7,96 (2,10)	0,30	1/6
Qualità	7,38 (1,36)	8,07 (2,03)	0,69	2/3
Progettazione organizzativa	7,32 (1,18)	8,00 (2,08)	0,68	3/4
Leadership	7,28 (1,27)	7,99 (1,96)	0,71	4/5
Gestione del personale	7,22 (1,36)	8,08 (1,99)	0,86	5/2
Comunicazione	7,04 (1,39)	7,91 (1,98)	0,87	6/7
Analisi	7,03 (1,39)	8,19 (1,86)	1,16	7/1
Valutazioni economiche	6,75 (1,94)	7,59 (2,37)	0,84	8/8

dove questa differenza è maggiore sono: 1) Analisi (1,16); 2) Comunicazione (0,87); 4) Gestione del personale (0,86); 5) Valutazioni economiche (0,84).

4.3. Gli strumenti manageriali

L'ultima area di analisi riguarda gli strumenti manageriali in uso nelle aziende sanitarie (per un ulteriore approfondimento si rimanda all'articolo pubblicato da Fanelli *et al.* (2017)). Dalle risposte ottenute (N = 147) è emerso che per il monitoraggio della performance la maggior parte delle aziende utilizza alcuni indicatori che permettono di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi (73,5%), seguito da report scritti (valutazioni dei dipartimenti delle UO, degli staff ecc.) sul raggiungimento degli obiettivi (59,9%), da rilevazioni non formali delle problematiche (55,1%) e da audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati (42,9%). In generale, vi è la tendenza a utilizzare più di uno strumento; difatti, circa l'80% degli intervistati ha affermato che si utilizzano almeno 2 strumenti di quelli sopra evidenziati. Tra le principali aree le cui performance vengono monitorate vi sono: l'area

della qualità (64,71% dei rispondenti), delle prestazioni (37,29%) e del rischio (28,21%).

I processi di misurazione dei risultati si basano sulle policy seguite e sugli obiettivi identificati. Pare quindi altrettanto importante indagare come gli ospedali assegnino gli obiettivi. A questo proposito, è emerso che il 45,2% dei casi assegna obiettivi formalizzati su contenuti assistenziali e di rischio clinico; il 29,8% assegna obiettivi formalizzati solo su contenuti assistenziali; il 16,35% li assegna in maniera informale; e solo l'1% dichiara di non assegnare obiettivi. Tali obiettivi riguardano soprattutto il tema della riduzione del rischio (72%), seguito dagli obiettivi di efficacia delle cure (44%), di alta qualità delle cure (23%) e di standardizzazione dei processi (22%).

5. Discussione e conclusione

Il ruolo manageriale dei professionisti sanitari è determinato di fatto da un modello organizzativo che trova fondamento, in Italia, come in molti altri Paesi, nella legge. Questo porta a una prima riflessione su quale sia l'effettiva rilevanza del ruolo manageriale all'in-

terno dell'azienda. Pertanto, per comprendere realmente la figura del manager nel contesto ospedaliero, è necessario chiarire che cosa ci si attende da questo ruolo e quale portata organizzativa può avere. In questo senso, i risultati della presente ricerca possono aiutare a comprendere meglio questo aspetto.

Dallo studio sul tema delle competenze manageriali (si veda Tab. 1) emerge infatti che il clinico-manager deve innanzitutto: essere in grado di generare un clima collaborativo nella sua organizzazione; sapere comunicare a livello interpersonale; definire obiettivi coerenti con le risorse disponibili; fare valutazioni di efficienza, efficacia e qualità; conoscere la propria organizzazione. Allo stesso tempo, per il suo ruolo risulta meno rilevante: la capacità di negoziare, fare analisi; comprendere i fenomeni rilevanti a livello aziendale; partecipare a generare sistemi premianti; definire procedure; progettare percorsi per il trattamento dei pazienti.

Il profilo che emerge è, dunque, un management professionale fortemente centrato sulla singola unità organizzativa, e quindi meno concentrato sull'ospedale nella sua interezza e sugli aspetti che potrebbero determinare conseguenze sulla singola realtà. In altri termini, si tratta di un management focalizzato sulla sola realtà organizzativa, in cui l'attività professionale si esplicita nella presa di differenti responsabilità. Ciò trova spiegazione nel fatto che il management pubblico esprime forti orientamenti allo studio dei sistemi aziendali nel loro insieme o, in alternativa, come emerge nel presente studio, all'identità specialistica oggetto di osservazione (Andrews *et al.*, 2019).

Il forte orientamento sugli aspetti interpersonali e di conoscenza della singola realtà sottolinea un'idea di clinico-manager cui l'attività professionale è ancora il fondamento dell'attività organizzativa. Un buon manager sanitario, secondo i partecipanti all'indagine, deve essere concentrato sugli aspetti micro dell'organizzazione, esercitare una leadership partecipativa, porre attenzione ai processi di gestione, e gestire le relazioni in maniera informale. Le aziende sanitarie devono quindi supportare e promuovere queste competenze manageriali.

Se questo è l'orientamento di fondo, chi ricopre oggi tali ruoli manageriali nelle aziende sanitarie si sente preparato ad affrontarli. Interessante è considerare che, salvo il tema delle valutazioni economiche, gli attuali clinici-manager si sentono in grado di svolgere positivamente il loro ruolo. Come mostrato in Tab. 2, medie superiori al 7 con variazione standard inferiore a 2 esprimono sostanzialmente una autovalutazione positiva. Questa valutazione positiva deve essere però interpretata in modo prudente in relazione al dover "essere aziendale". Tutte le competenze, infatti, sono svolte con conoscenze e capacità minori rispetto all'atteso. Ciò vale sicuramente per lo svolgimento della valutazione economica all'interno dell'azienda sanitaria. Sul tema della programmazione, la distanza osservata tra i valori di media è modesta e questo probabilmente è dovuto alla variabile "esperienza sul campo". Difatti, chi può vantare una maggiore esperienza può sicuramente permettersi di padroneggiare azioni relative allo svolgimento della programmazione degli interventi chirurgici, delle attività ambulatoriali e

anche a generare condizioni di sostenibilità in presenza di situazioni complesse. Tuttavia, in assenza di esperienza e, quindi, padronanza della tematica oggetto di programmazione, il manager manifesta la propria incertezza ritenendo necessario un investimento maggiore da parte della propria istituzione aziendale al fine di colmare i gap esistenti.

Particolarmente significativa è la differenza osservata nell'area "Analisi" in cui si ritiene di dover apprendere in modo sostanziale. Quindi se da un lato si considera la preparazione manageriale solida, dall'altro si ha la piena consapevolezza di dover ancora investire in apprendimento. Da quest'analisi emerge una chiave interpretativa interessante: i responsabili riconoscono la necessità di competenze distinte per poter svolgere al meglio la propria attività e sono disponibili a sviluppare ulteriori skill, confermando di fatto la crucialità di queste competenze per un professionista-manager. In questo senso, le aziende sanitarie devono, a loro volta, investire tempo e risorse nelle aree considerate maggiormente critiche da parte dei loro professionisti.

Nell'ambito delle competenze manageriali per un professionista sanitario, appare sicuramente rilevante la capacità di garantire e promuovere la qualità dei servizi erogati (Liang *et al.*, 2018). Inoltre, i professionisti hanno indicato che, accanto alla competenza di valutazione degli outcome sanitari, è cruciale assumere competenze di natura manageriale che diano al professionista la capacità di produrre possibili valutazioni tecnico-gestionali. In quest'ambito, i risultati del presente studio mostrano che i clinici-manager considerano la propria competenza

manageriale sufficientemente elevata e, allo stesso tempo, reputano che tale skill sia tra quelle che manifestano un costante bisogno di formazione e sviluppo continuo.

Alla luce di queste valutazioni, ne deriva la definizione di una chiara esigenza: la capacità del professionista sanitario di saper valutare aspetti che vanno ben oltre gli elementi puramente clinico-assistenziali risulta essere una competenza chiave per il raggiungimento di alti livelli di performance aziendali (Toygar e Akbulut, 2013; Teo *et al.*, 2019). Tale è dimostrato anche dalla volontà del professionista di svolgere una continua attività formativa da dedicare allo sviluppo delle competenze manageriali; elemento determinante dell'agire professionale e vissuto come qualificante.

Anche dai risultati emersi dall'ultima area di indagine di questa ricerca, ossia gli strumenti manageriali, è possibile trarre alcune considerazioni interessanti. Tale area è fortemente connessa con quanto detto sul tema della valutazione della performance. I risultati, infatti, mettono in luce che in molte aziende sono utilizzati strumenti significativi per la valutazione della qualità delle performance, come indicatori, report di valutazione sullo stato di raggiungimento degli obiettivi e audit formalizzati. Pertanto, i clinici-manager, ponendo attenzione a questi aspetti cruciali, forniscono indicazioni ai vertici aziendali circa le necessità che manifesta il management professionale al fine di disporre di strumenti adeguati che favoriscono il corretto svolgimento di azioni di natura manageriale (Burlea-Schiopoiu e Ferhati, 2021).

In conclusione, queste analisi hanno evidenziato che, a oggi, vi è una piena

consapevolezza del ruolo manageriale dei professionisti sanitari sia da parte delle aziende sanitarie sia dei professionisti stessi. Le competenze presenti sono valutate minori del fabbisogno formativo e questo mostra l'esistenza di uno spazio per lo sviluppo dei contenuti manageriali. Gli strumenti per le valutazioni (con particolare riferimento a una competenza chiave come quella della qualità) sono disponibili e impiegati negli ospedali dando così alle competenze manageriali una base di azione.

Un quesito che, al termine della ricerca, è ancora irrisolto è quello relativo alla comprensione di come il ruolo manageriale ricoperto dal professionista sanitario possa esprimersi in modo significativo nell'ambiente di riferi-

mento (nell'ospedale e al di fuori di esso). Accanto a ciò, risulta auspicabile perfezionare degli strumenti che siano utili a valutare quale sia effettivamente lo sforzo e il tempo che i professionisti con funzioni manageriali devono impiegare per ricoprire questo ruolo. In altri termini, porre in valutazione standardizzabile quanto tempo l'attività manageriale sottrae all'attività clinica specialistica (Kumpusalo *et al.*, 2003). È, infine, sotteso che il tempo dedicato al coordinamento, alle funzioni manageriali e alle modalità di svolgimento di tali funzioni sia un fattore da approfondire al fine di comprendere appieno i vari modelli di management professionale. Questi aspetti potrebbero quindi costituire fondamentali filoni di ricerca futura.

BIBLIOGRAFIA

Aini Q. (2018). Management skill and leadership: a case study from hospital managers of charity business in health. *The Journal of Social Sciences Research*, 4(12): 478-482. DOI: 10.32861/jssr.412.478.482.

Andrews R., Beynon M.J., McDermott A. (2019). Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set *Qualitative Comparative Analysis*. *Public management review*, 21(8): 1236-1260.

Atun R.A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *Bmj*, 326(7390): 655. DOI: 10.1136/bmj.326.7390.655.

Batcheller J.A. (2011). On-boarding and enculturation of new chief nursing officers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(5): 235-239. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182171c6a.

Berkenbosch L., Bax M., Scherpbier A., Heyligers I., Muijtjens A.M.M., Busari J.O. (2013). How Dutch medical specialists perceive the competencies and training needs of medical residents in healthcare management. *Medical teacher*, 35(4): e1090-e1102. DOI: 10.3109/0142159X.2012.731544.

Berwick D.M., James B., Coye M.J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(1 Suppl): I30-I38. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00004.

Ackerly D.C., Sangvai D.G., Udayakumar K., Shah B.R., Kalman N.S., Cho A.H., Schulman K.A., Fulkerson W.J. Jr, Dzau V.J. (2011). Training the next generation of physician-executives: an innovative residency pathway in management and leadership. *Academic Medicine*, 86(5): 575-579. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318212e51b.

Bloom N., Propper C., Seiler S., Van Reenen J.

- (2009). *Management practices inhospitals*. New York, NY: Health, Econometrics and Data Group.
- Bode L, Maerker M. (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5): 395-405. DOI: 10.1108/IJPSM-06-2012-0068.
- Brown K. (2004). Human resource management in the public sector. *Public management review*, 6(3): 303-309. DOI: 10.1080/1471903042000256501.
- Burlea-Schiopoiu A., Ferhati K. (2021, January). The managerial implications of the key performance indicators in healthcare sector: A cluster analysis. *Healthcare*, 9(1): 19.
- Busari J.O. (2012). Management and leadership development in healthcare and the challenges facing physician managers in clinical practice. *International journal of clinical leadership*, 17(4).
- Crosson F.J. (2003). Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *Bmj*, 326(7390): 654. DOI: 10.1136/bmj.326.7390.654.
- De Jong J.P., Den Hartog D.N. (2007). How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of innovation management*, (10)1: 41-64. DOI: 10.1108/14601060710720546.
- De Korne D.F., Van Wijngaarden J.D., Sol K.J., Betz R., Thomas R.C., Schein O.D., Klazinga N.S. (2012). Hospital benchmarking: are US eye hospitals ready?. *Health care management review*, 37(2): 187-198. DOI: 10.1097/HMR.0b013e31822aa46d.
- Elarabi H.M., Johari F. (2014). The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian journal of management sciences & education*, 3(1): 13-22. DOI: 10.5539/ass.v10n8p55.
- Fanelli S., Lanza G., Zangrandi A., Enna E. (2019). Innovare nei metodi di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche: quali variabili di successo?. *Azienda Pubblica*, 3: 237-254.
- Fanelli S., Lanza G., Enna C., Zangrandi A. (2020). Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC health services research*, 20: 1-9. DOI: 10.1186/s12913-020-05179-5.
- Fanelli S., Lanza G., Zangrandi A. (2017). Management tools for quality performance improvement in Italian hospitals. *International Journal of Public Administration*, 40(10): 808-819. DOI: 10.1080/01900692.2017.1280821.
- Fanelli S., Pratici L., Zangrandi A. (2021). Managing healthcare services: Are professionals ready to play the role of manager?. *Health Services Management Research*, 35(1): 16-26.
- Hewison A., Griffiths M. (2004). Leadership development in health care: a word of caution. *Journal of Health Organization and Management*, 18(6): 464-473. DOI: 10.1108/14777260410570018.
- Ileri S.K., Walshe K., Benson L., Mwanthi M. (2017). A comparison of experiences, competencies and development needs of doctor managers in Kenya and the United Kingdom (UK). *The International journal of health planning and management*, 32(4): 509-539. DOI: 10.1002/hpm.2357.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992). The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard business review*, 83(7): 71-79.
- Kippist L., Fitzgerald A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organization and Management*, 23(6):642-655. DOI:10.1108/14777260911001653.
- Kuhlmann E., von Knorring M. (2014). Management and medicine: why we need a new approach to the relationship. *Journal of health services research & policy*, 19(3): 189-191. DOI: 10.1177/1355819614524946.
- Kumpusalo E., Virjo I., Mattila K., Halila H. (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues: A lesson from Finland. *Journal of health organization and management*, 17(6): 457-462.
- Lane D.S. (1998). Defining competencies and performance indicators for physicians in medical management. *American journal of preventive medicine*, 14(3): 229-236. DOI: 10.1016/S0749-3797(97)00068-8.
- Liang Z., Howard P.F., Koh L.C., Leggat S. (2013). Competency requirements for middle and senior managers in community health services. *Australian Journal of Primary Health*, 19(3): 256-263. DOI: 10.1071/PY12041.
- Liang Z., Howard P.F., Leggat S., Bartram T. (2018). Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management*, 32(2): 157-175. DOI: 10.1108/JHOM-06-2017-0120.
- Lynch R.L., Cross K.F. (1991). *Measure up!: Yardsticks for continuous improvement*. Cambridge, MA: Basil Blackwell Inc.
- Mintzberg H. (2004). *Managers, not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Neely A., Adams C., Crowe P. (2001). The performance prism in practice. *Measuring business excellence*, 5(2): 6-13. DOI: 10.1108/13683040110385142.
- Neufeld V.R., Maudsley R.F., Pickering R.J., Turnbull J.M., Weston W.W., Brown M.G., Simpson J.C. (1998). Educating future physicians for Ontario.

- Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(11): 1133-1148. DOI: 10.1097/00001888-199811000-00010.
- Pihlainen V., Kivinen T., Lamintakanen J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services*, 29(1): 95-110. DOI: 10.1108/LHS-11-2014-0072.
- Quinn R.E., Rohrbaugh J. (1981). A competing values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*, 5(2): 122-140. DOI: 10.2307/3380029.
- Ringsted C., Hansen T.L., Davis D., Scherpbier A. (2006). Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada?. *Medical Education*, 40(8): 807-815. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02525.x.
- Spinsanti S. (1997). La Formazione del Personale delle Aziende Sanitarie. In: Trabucchi M. (a cura di), Fondazione Smith Kline. *Rapporto Sanità '97. I nodi del cambiamento*, pp. 235-259. Bologna: Società Editrice il Mulino.
- Stefl M.E. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of healthcare management*, 53(6).
- Teo W., Khoo H.S., Tang Y.L., Ng Y., Chew N., Jong M. (2019). Administrative and managerial skills for tomorrow's medical professionals: a needs assessment. *Journal of graduate medical education*, 11(4s): 200-202.
- Townsend K., Wilkinson A. (2010). Managing under pressure: HRM in hospitals. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 332-338. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00145.x.
- Toygar S.A., Akbulut Y. (2013). Managerial Skills of hospital administrators: case study of Turkey. *Journal of Health Management*, 15(4): 579-594.
- van Veen-Berkx E., de Korne D.F., Olivier O.S., Bal R.A., Kazemier G. (2016). Benchmarking operating room departments in the Netherlands: evaluation of a benchmarking collaborative between eight university medical centres. *Benchmarking: An International Journal*, 23(5): 1171-1192.
- Veillard J., Champagne F., Klazinga N., Kazandjian V., Arah O.A., Guisset A.L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17(6): 487-496. DOI: 10.1093/intqhc/mzi072.
- Vinson C. (1994). Administrative knowledge and skills needed by physician executives. *Physician executive*, 20(6): 3-8. DOI: 10.17305/bjbms.2010.2734.
- Wanke T.R., McDevitt J.L., Jung M.J., Meyer M., Lalit Puri M.D.M.B.A., Gonzalez C.M., Saucedo J.M. (2015). Integrating business education in medical schools: a multicenter survey. *Physician leadership journal*, 2(6): 54.
- Watson A., MacDowell C., Khodorov G., Tartaglia J., Weber P. (2018). Assessing Entrepreneurial Characteristics of Healthcare Students Participating in an Entrepreneurial-Medicine Curriculum. *MedEdPublish*, 1.
- Zangrandi A., Fanelli S., Donelli C.C., Elefanti M. (2020). *Crisis management: la gestione di un ospedale durante una pandemia*. Milano: Egea.