

# 18 Le metriche di misurazione del personale

di Carlo De Pietro e Marco Sartirana<sup>1</sup>

## 18.1 Introduzione

La gestione del personale è una funzione centrale delle aziende sanitarie (De Pietro, 2005a), che nei prossimi anni sarà chiamata ad affrontare sfide rilevanti, legate alle misure di contenimento della spesa pubblica, alle difficoltà di rimpiazzo per alcune professionalità e dunque alla necessità di definire nuovi *skill mix* (De Pietro, 2010a), all'invecchiamento degli organici (De Pietro, 2009) e alla femminilizzazione dei medici (De Pietro, 2010b), ecc. Inoltre, nelle aziende pubbliche e private del SSN è da sempre presente un forte bisogno di misurare l'efficacia degli investimenti in formazione, l'impatto dei sistemi di valutazione, il ricorso alla mobilità interna, i motivi delle dimissioni e dei trasferimenti in altre aziende, l'andamento della libera professione intramuraria, ecc.

Malgrado ciò, le pratiche gestionali nelle aziende del SSN restano spesso in gran parte limitate alle sole attività di amministrazione del personale, quali le procedure concorsuali, l'inquadramento giuridico e il trattamento stipendiale e previdenziale (De Pietro, 2002a; AgeNaS e FIASO, 2010). Nell'esperienza delle aziende sanitarie, la Funzione Personale resta dunque per lo più incapace di diventare reale *partner* strategico in azienda e tutore del suo capitale intellettuale. L'allineamento tra orientamenti strategici e strumenti di gestione del personale è spesso casuale o lasciato alla sola sensibilità individuale di chi lavora sulla funzione. In particolare, la capacità di valutare e comunicare la propria *performance* interna di funzione («come la funzione personale misura la sua

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§ 18.1, 18.5 e 18.6 sono in ogni caso da attribuire a Carlo De Pietro; i § 18.2, 18.3 e 18.4 a Marco Sartirana. Gli autori ringraziano Sofia Carrà, che ha svolto la rilevazione presso le Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde, nonché tutti i Direttori del Personale che hanno risposto alle interviste e l'Ufficio Politiche del Personale del SSR presso la DG Sanità della Regione Lombardia.

efficacia, la sua efficienza, la sua equità, ecc.?)», attraverso la selezione di adeguati indicatori e dunque la costruzione e il monitoraggio di un'apposita *scorecard*, risulta assai debole o del tutto assente.

Per avere conferma di ciò, basti pensare all'assenteismo, fenomeno che negli ultimi anni peraltro è stato al centro dell'attenzione, anche a seguito delle politiche promosse dall'ex Ministro per la Funzione Pubblica prof. Renato Brunetta. Pur essendo un classico indicatore per la gestione del personale, prima delle richieste fatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, numerose aziende sanitarie pubbliche non raccoglievano sistematicamente informazioni relative alle assenze; i confronti interaziendali e intersettoriali erano rari e spesso restavano esercizi isolati; per la costruzione degli indicatori non vi erano definizioni e algoritmi condivisi; quando anche le assenze venivano rilevate, il monitoraggio era per lo più promosso e usato dal controllo di gestione, dal servizio infermieristico o da attori comunque diversi dalla funzione gestione del personale (cfr. ad esempio Costa et al., 2007).

Un altro esempio può essere fatto con riferimento alla libera professione intramuraria. Pur essendo un'attività dalle forti ricadute organizzative e per la gestione del personale (cfr. ad esempio De Pietro, 2002b), la Funzione Personale delle aziende SSN spesso ne conosce soltanto le ricadute stipendiali e non dispone di sistemi che riescano a monitorare e descrivere il fenomeno nelle sue diverse dimensioni (distribuzione tra le diverse specialità, tra le diverse sedi e tra i diversi professionisti, equilibrio tra attività istituzionale SSN e attività libero-professionale, contenuti delle attività svolte in libera professione intramuraria e ragioni del ricorso a tale regime da parte dell'utenza, ecc.). Di fatto dunque la libera professione intramuraria, fenomeno che avrebbe ricadute potenzialmente importanti su clima interno, organizzazione aziendale e valorizzazione delle competenze individuali in gran parte delle aziende SSN, non è governato dalla Funzione Personale e, aggiungiamo, in molti casi non lo è da alcun altro attore o funzione aziendale.

Sarebbe facile portare numerosi altri esempi di debolezza nel «misurare» la gestione del personale. Eppure la letteratura disponibile e l'esperienza di *management* di molte aziende operanti in settori diversi mostrano ampi spazi di azione nel campo delle metriche al servizio di una gestione strategica delle risorse umane (metriche HR), che potrebbero certamente essere utili alla funzionalità di aziende *brain intensive* come sono quelle sanitarie pubbliche e private in Italia (Lega, 2008). I suggerimenti che ne possono derivare comprendono, tra gli altri punti:

- ▶ la migliore segmentazione degli organici aziendali in «sotto-popolazioni» omogenee, così da progettare misure più confacenti alle loro aspettative e potenzialità. Si tratta del tema, ampio e sempre più urgente, del *diversity management* con riferimento a politiche del personale attive, capaci di riconosce-

- re e gestire le differenze di genere, di età, di provenienza etnica, di formazione e competenze specifiche, di abilità e disabilità fisiche, ecc.<sup>2</sup>;
- ▶ l'individuazione dei contributi che le tecnologie dell'informazione e della comunicazione possono offrire allo sviluppo di metriche di gestione del personale. Le tecnologie informatiche permettono oggi una rilevazione di dati assai articolati e ricchi sia a livello individuale e micro-organizzativo (es. luoghi e orari di lavoro, attività svolte, carichi assistenziali per i singoli servizi o reparti, ecc.), sia a livello aziendale (es. assenze, straordinari, formazione, ecc.). Gli stessi sistemi informatici permettono analisi veloci e sistematiche di tali dati, così da trasformarli in informazioni utili al *management* aziendale e di linea;
  - ▶ la definizione di sistemi di monitoraggio e di allerta aziendali relativi a ruoli o competenze chiave per la generazione e il mantenimento di condizioni di vantaggio competitivo. Ci riferiamo in questo caso alla possibilità di sviluppare sistemi di gestione del personale capaci di verificare livello e dinamiche delle competenze individuali. In tal modo sarà più facile evidenziare il rischio collegato alle possibili dimissioni o al pensionamento dei propri professionisti, così come l'utilità di interventi formativi, ecc.;
  - ▶ la definizione di meccanismi di responsabilizzazione del *management* di linea sui risultati misurati dagli indicatori di *performance* HR. Avere metriche HR fruibili e comparabili può aiutare coordinatori, responsabili di struttura e altri *manager* di linea a verificare l'andamento del proprio servizio in termini, ad esempio, di assenze, dimissioni, utilizzo dello straordinario, ecc.

Per capire qual è lo stato dell'arte e quali sono le prospettive rispetto a tali tematiche, il presente capitolo si basa su quanto proposto dalla letteratura di *management* e quanto concretamente realizzato in alcune aziende sanitarie italiane. In particolare il § 18.2 riferisce del metodo di analisi adottato; il § 18.3 riassume quanto proposto dalla letteratura internazionale, il § 18.4 riporta le prassi manageriali delle aziende ospedaliere lombarde. Il § 18.5 procede quindi con la proposta di alcune metriche il cui monitoraggio potrebbe servire alle aziende sanitarie italiane per migliorare la propria funzionalità e affrontare, con informazioni più pertinenti, alcune importanti sfide poste dai cambiamenti in corso del mercato del lavoro in sanità. Infine, il § 18.6 presenta alcune brevi conclusioni.

<sup>2</sup> Concetto simile al *diversity management* è quello di *workforce differentiation* proposto da Huselid e Becker (2011). Secondo gli autori, la differenziazione della forza lavoro è una componente chiave per l'implementazione delle strategie e, in ultima analisi, per la *performance* aziendale. Questo perché tale differenziazione permette alle aziende e alla loro Funzione Personale di concentrare la propria azione sui «ruoli strategici» (caratterizzati, tra le altre cose, da un'alta variabilità nella *performance* e meritevoli di un investimento sullo sviluppo delle performance individuali di chi è assegnato a tali ruoli), riservando agli altri ruoli una gestione meno attiva e attenta, dal momento che «l'amara verità è che gran parte delle aziende semplicemente non hanno il tempo o le risorse sufficienti a fare questo [investimento] per tutti i ruoli organizzativi» (idem, 423-424).

## 18.2 Metodo

Il capitolo si basa anzitutto su una rassegna della letteratura internazionale degli ultimi quindici anni sul tema delle metriche HR, con particolare attenzione alle applicazioni alle aziende sanitarie. È stato utilizzato il database EBSCO Business Source Complete ricorrendo alle parole chiave «*metrics*», «*indicators*» o «*scorecard*» e «*human resources*». Sono state analizzate anche le bibliografie dei contributi ritenuti più rilevanti.

La ricerca empirica ha fatto ricorso a interviste semistrutturate rivolte ai direttori del personale delle aziende ospedaliere pubbliche del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia (lo schema d'intervista è riassunto nel Box 18.1). Sono state realizzate 18 interviste in altrettante aziende, pari al 62% delle 29 AO lombarde, nonché un'intervista in un IRCCS pubblico. La scelta a favore di aziende di un'unica Regione consente di analizzare le differenze tra le scelte aziendali in tema di metriche del personale all'interno di un contesto omogeneo dal punto di vista della normativa, della programmazione e dei flussi informativi regionali richiesti alle aziende. Per le medesime ragioni di omogeneità del campione non sono state incluse le ASL, che nell'organizzazione del SSR lombardo presentano caratteristiche peculiari in termini di dotazione e gestione del personale rispetto alle aziende ospedaliere. Le domande delle interviste sono state definite sulla base di una griglia sintetica di metriche di gestione del personale nelle aziende sanitarie ricavata dall'analisi della letteratura internazionale. Si noti che le domande sono state poste ai direttori del personale al fine di rilevare non se i dati relativi a tali metriche fossero o meno presenti in azienda, bensì se fosse in essere qualche tipo di reportistica periodica e strutturata che portasse le informazioni all'attenzione dei decisori aziendali (direzione del personale, direzione della formazione, direzione aziendale, URP, ecc.) o di interlocutori esterni. Le interviste sono state realizzate telefonicamente tra i mesi di aprile e giugno 2012.

Da ultimo, l'analisi è stata completata con un'intervista presso l'Ufficio Politiche del Personale del SSR presso la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, per approfondire modalità di funzionamento e utilizzo dei flussi informativi sul personale originati dalle aziende e inviati in Regione.

## 18.3 Rassegna delle esperienze internazionali

La presenza di una cospicua letteratura internazionale testimonia la diffusione nelle imprese di sistemi di misurazione e *reporting* su variabili di *human resource management*. Lo sviluppo di questi strumenti, comunemente definiti *HR metrics* nei paesi anglosassoni, è andato di pari passo con quel percorso di evoluzione della Funzione Personale ufficio principalmente amministrativo a funzione strategica a supporto del processo decisionale dei vertici aziendali.

### Box 18.1 Schema del questionario utilizzato presso le aziende ospedaliere

#### ANAGRAFICA AZIENDALE

Nome azienda; Indirizzo; Nominativo intervistato

#### SEZIONE 1 – La Funzione Personale

Unità organizzative che la compongono; Collocazione organizzativa; Organico assegnato

#### SEZIONE 2 – L'utilizzo di metriche HR

Rilevazione svolta sulle quattro aree sotto elencate, con la proposta da parte dell'intervistatore di fenomeni/ grandezze su cui si chiedeva se l'Azienda ha definito e usa specifici indicatori:

1. Demografica:
  - Genere
  - Età
  - Provenienza etnica
  - Altro (da specificare)
2. Processi interni:
  - Tipologie di contratto
  - Ruoli organizzativi
  - Rispetto della turnistica
  - Processo di valutazione
  - Processo di assegnazione incentivi
  - Turnover
  - Assenteismo
  - Permessi e disabilità
  - Relazioni sindacali
  - Soddisfazione del personale
  - Altro (da specificare)
3. Formazione e ricerca:
  - Offerta formativa
  - Qualità della formazione
  - Costi della formazione
  - Produzione scientifica
  - Studi clinici
  - Altro (da specificare)
4. Economico-finanziaria:
  - Costi della funzione HR
  - Costi dei singoli processi HR
  - Altro (da specificare).

Per ognuno dei fenomeni/grandezze sopra elencati è stato chiesto:

- Quali sono gli indicatori monitorati in azienda
- Qual è il livello (o i livelli) di aggregazione dei dati reperiti
- Chi è il fruitore (o i fruitori) dei report
- Qual è la frequenza dei report
- Se i dati sono confrontati con quelli degli anni precedenti
- Se i report sono alimentati in modo automatico o manuale.

Emerge come storicamente alle informazioni sul personale sia stata data scarsa rilevanza strategica, a motivo sia di inadeguate competenze manageriali dei direttori del personale, sia della conseguente reticenza da parte dei *top manager* (Becker et al., 2001). A questo riguardo Tom Peters, autorevole esperto di lavoro manageriale, affermava: «HR people are a classic example of ‘staffers’ who are looked upon with suspicion... as the ultimate paper-pushing, form-demanding, ‘just say no’ bureaucrats»<sup>3</sup>. A partire da questa sfida si sono quindi andati diffondendo una pluralità di strumenti di rilevazione e *reporting* del personale, allo scopo di fornire alle aziende informazioni sull'evoluzione della demografia aziendale, sui tassi di *retention* e *turnover*, sulla qualità e la costo-efficacia dei processi di gestione del personale, sui sistemi di retribuzione e i *benefit*. Obiettivo primario era quindi la capacità di fornire interpretazioni e analisi dei *trend* in corso, unita a una maggiore evidenza del collegamento tra sistemi di gestione delle risorse umane e *performance* aziendali (Lawler et al., 2004).

I modelli riscontrabili in letteratura, sebbene utilizzino logiche diverse per il raggruppamento degli indicatori, tuttavia presentano numerosi punti di convergenza su alcune tipologie di metriche del personale. Ad esempio Ulrich (1997) propone un elenco di metriche del personale che possano alimentare la *Balanced Scorecard* (BSC) aziendale, offrendo indicatori quantitativi anche alle dimensioni – più spesso trascurate perché più difficili da misurare – dei processi interni e dello sviluppo dei dipendenti. A questo scopo definisce diverse tipologie di indicatori:

- ▶ indicatori di produttività individuale, quali i ricavi per dipendente o *l'output* per dipendente in termini di produzione o di erogazione di servizi;
- ▶ indicatori relativi ai comportamenti e alle percezioni delle risorse umane, come ad esempio il tasso di assenteismo o di dimissioni, soprattutto delle professionalità critiche, o il clima organizzativo percepito o ancora il livello di competenze detenute dai dipendenti;
- ▶ indicatori su aspetti specifici collegati ai valori organizzativi, quali la *leadership* condivisa, l'equità organizzativa, l'integrità dei *manager*, o il *diversity management*;
- ▶ indicatori sulla qualità e la costo-efficacia delle diverse attività di gestione del personale (dalla selezione alla valutazione alla comunicazione interna), che vadano a configurarsi come un vero e proprio *audit* dei processi interni.

Boudreau e Ramstad (2003) si concentrano invece sulla misurazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'impatto sulle *performance* della funzione HR. La prima tipologia di metriche misura l'efficienza con cui sono svolte le funzioni amministrative di gestione del personale e include indicatori di produttività per nume-

<sup>3</sup> Cit. in Fottler et al. (2006).

ro di addetti HR, tempistiche per portare a termine i diversi processi, indicatori di costo dei singoli processi o di costi virtualmente sostenuti da ogni singolo dipendente per la Funzione Personale. La seconda categoria si concentra sull'efficacia delle attività di gestione e sviluppo del personale, e rileva indicatori di partecipazione ad attività di formazione o ad altri programmi aziendali, nonché la *customer satisfaction* interna o indicatori sulla capacità di sviluppo delle competenze o di *talent management*. L'ultimo gruppo di indicatori, che presenta le maggiori difficoltà in termini di definizione e rilevazione ma anche le maggiori potenzialità, misura invece l'impatto delle pratiche HR su alcune dimensioni di *performance* aziendali, come ad esempio la riduzione degli sprechi, la diminuzione degli errori o lo sviluppo di innovazioni. È in particolare la presenza di indicatori di efficacia e d'impatto sulle *performance* a essere collegata al ruolo della funzione HR come *partner* strategico della direzione aziendale (Lawler et al., 2004).

Indicatori specifici sull'attività della Funzione Personale sono anche quelli proposti dalla HR Balanced Scorecard (HR BSC), che declina il noto modello di Kaplan e Norton disegnando una *scorecard* interna alla Funzione. Essa è composta da indicatori di natura finanziaria (costi ed efficienza della Funzione nel suo complesso), di soddisfazione dei clienti (in questo caso i cosiddetti clienti interni), indicatori relativi ai processi interni (costi ed efficienza dei processi HR) e all'innovazione e sviluppo delle attività di gestione delle risorse umane (Becker et al., 2001). Esperienze di HR BSC sono state sviluppate anche in importanti aziende sanitarie, come nel caso della Mayo Clinic riportato da Fottler et al. (2006).

Tra le esperienze applicative, molto noto a livello internazionale è il Saratoga Index, sviluppato dalla società di consulenza PricewaterhouseCoopers, che propone e aggiorna annualmente un elenco di alcune decine di indicatori demografici, di *turnover*, di efficienza e produttività sulla funzione HR e sui suoi specifici processi<sup>4</sup>. L'ampia diffusione di tale strumento consente di sviluppare analisi comparative confrontando gli indicatori aziendali con i valori medi e i *benchmark* nel settore. In particolare tale indice è stato ampiamente utilizzato nel settore sanitario nordamericano, e l'American Society for Healthcare Human Resources Administration (ASHHRA) ne ha sviluppato una versione semplificata ad uso delle direzioni risorse umane delle aziende sanitarie (PricewaterhouseCoopers, 2012a e 2012b; cfr. anche Box 18.2). Infine, sempre in riferimento al settore sanitario, si ritrovano esperienze di metriche e modelli per la pianificazione della forza lavoro, al fine di prevedere gli andamenti demografici nelle diverse professioni e le azioni che si rendono necessarie in termini di assunzioni, formazione o ridefinizione tipologie contrattuali (Soberg e Bennington, 2009).

Naturalmente quanto sopra elencato in riferimento alle metriche HR non esau-

<sup>4</sup> La *Saratoga 2007 Metric List* conteneva 440 indicatori ([http://www.pwc.com/en\\_CA/ca/tax/saratoga/publications/saratoga-metric-list-07-en.pdf](http://www.pwc.com/en_CA/ca/tax/saratoga/publications/saratoga-metric-list-07-en.pdf); 15 luglio 2012).



risce i possibili contenuti di *reporting* adottati dalla Funzione Personale delle aziende sanitarie. In particolare ci sembra rilevante evidenziare la presenza, ampiamente documentata in letteratura, dei sistemi di mappatura e monitoraggio delle competenze<sup>5</sup>. Questi strumenti sono stati introdotti inizialmente dalle società di consulenza, dove vi è la necessità di assemblare rapidamente *team* di lavoro in cui siano rappresentate una pluralità di competenze. Tali strumenti sono stati progressivamente sviluppati andando a costituire la piattaforma su cui progettare le iniziative personalizzate di formazione e i percorsi di sviluppo interno, e hanno trovato ampia diffusione soprattutto nelle organizzazioni ad alto tasso di capitale intellettuale (Campion et al., 2011).

Nel caso delle aziende sanitarie le competenze rilevanti sono sia quelle di tipo gestionale e comportamentale, sia quelle tecnico-professionali. In particolare, con riferimento alle competenze di natura clinica e assistenziale, contributi scientifici di ambito medico o chirurgico riportano numerose esperienze soprattutto in quei paesi – tipicamente di matrice anglosassone – in cui vige il sistema dei «privilegi» (per cui l'esercizio delle specifiche pratiche mediche o chirurgiche è subordinato a un esplicito riconoscimento da parte dell'azienda e basato sul raggiungimento e sul mantenimento di determinati livelli di competenza) e della rivalidazione periodica delle licenze professionali (si veda ad esempio Epstein e Hundert, 2002; McKinley et al., 2001)<sup>6</sup>. In tali contesti alle aziende è spesso stato assegnato un ruolo centrale nel governo dei sistemi di monitoraggio e valutazione delle competenze, e si sono quindi dovute dotare di sistemi operativi per la gestione di queste particolari metriche del personale.

#### 18.4 L'esperienza delle aziende ospedaliere lombarde

Le interviste rivolte ai direttori del personale delle aziende ospedaliere lombarde miravano a rilevare l'esistenza di strumenti di *reporting* sul personale raggruppati in quattro principali tipologie di metriche, relativamente a:

- ▶ demografia (sesso, età, provenienza geografica, ecc.);
- ▶ processi interni (tipologie di contratto, presenze e permessi, *turnover*, valutazioni annuali, clima interno, ecc.);

<sup>5</sup> Per una discussione più estesa relativa alla valutazione individuale dei medici e delle loro competenze gestionali o tecniche, si rimanda al Rapporto OASI 2010 (De Pietro et al., 2010) e al capitolo 17 del presente volume.

<sup>6</sup> Particolarmente rilevante per il SSN da questo punto di vista è l'esperienza del NHS del Regno Unito, dove a partire da quest'anno è effettivo su scala nazionale un sistema di rivalidazione annuale delle licenze professionali di tutti i medici. Il programma è coordinato dal General Medical Council ma l'implementazione del monitoraggio e della valutazione è di responsabilità delle singole aziende sanitarie (cfr. GMC, 2011a e 2011b).



- ▶ formazione e ricerca (frequenza e qualità delle attività formative, produzione scientifica, ecc.);
- ▶ economico-finanziaria (costi della Funzione Personale e di alcuni suoi singoli sistemi operativi).

Con riferimento alle variabili riconducibili all'area demografica, le aziende intervistate rilevano periodicamente una mole significativa di dati, soprattutto per rispondere alle richieste dei flussi informativi regionali e ministeriali. È quanto avviene ad esempio per le informazioni sull'età dei dipendenti, che vengono inviate annualmente alla Regione che, a sua volta, le inoltra alla Ragioneria Generale dello Stato ai fini della redazione del Conto Annuale del personale pubblico italiano (<http://www.contoannuale.tesoro.it>). Alcune aziende affermano di aver inserito queste informazioni anche nel Piano della Performance, che ogni azienda è tenuta a pubblicare ai sensi del DLgs 150/2009. Tuttavia dalle interviste emerge che questa abbondanza di informazioni non viene utilizzata per la produzione di metriche ad uso interno dell'azienda, ad esempio per monitorare, aggregando i dati per categorie professionali o profili disciplinari, l'evoluzione dell'età media, dell'anzianità aziendale, dell'età media all'assunzione, ecc. La raccolta dei dati utili all'alimentazione del Conto Annuale e alla redazione del Piano della Performance rappresenta per la quasi totalità degli intervistati un onere da adempiere piuttosto che l'occasione per rilevare informazioni di interesse e che possano contribuire alla definizione delle strategie aziendali.

Come eccezione positiva spicca solo l'esperienza di un'azienda che utilizza abitualmente questo dato per fare proiezioni sulle richieste di *part time* e di permessi collegati alla L. 104/1992. Sapendo che le richieste di *part time* si concentrano tipicamente a seguito della maternità o dopo il superamento dei 50 anni, mentre le richieste di permessi per accudire familiari disabili sono direttamente proporzionali all'età dei dipendenti, l'azienda ha la possibilità di stimare il fabbisogno futuro in maniera più appropriata.

Un altro indicatore periodicamente rilevato dalle aziende è la percentuale di componente femminile che, oltre ad essere inserito nei flussi regionali, è anche inviato al Ministero per le Pari Opportunità e monitorato internamente dal Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, istituito dalla L. 183/2010. Tuttavia, anche in questo caso nessuna delle direzioni del personale intervistate produce una reportistica *ad hoc*, a meno del sopracitato Piano della Performance che consenta ad esempio di confrontare la situazione delle diverse articolazioni organizzative o dei diversi profili professionali, oppure di analizzare la componente femminile nei ruoli di responsabilità e verificare così la significatività del cosiddetto fenomeno del «soffitto di cristallo» (cfr. De Pietro, 2010b). Significativa è solo l'esperienza di rilevazione sviluppata in un'azienda – sebbene collegata ad una progettualità specifica e non di natura periodica – che ha

analizzato le caratteristiche della componente femminile del personale in termini di percentuale in età fertile, geografia residenziale, stato civile, numero di figli e stato di occupazione del coniuge al fine di programmare l'attività del nido aziendale.

Un indicatore che invece le aziende analizzate affermano di non monitorare è quello della diversità etnica, sebbene alcune di esse riconoscano come tale tematica stia assumendo sempre più importanza, specie per la componente infermieristica o di supporto assistenziale. Solo due aziende affermano di aver svolto in passato analisi in proposito, ma a cui non ha fatto poi seguito alcuna rilevazione periodica del dato.

Numerose sono le informazioni riconducibili all'area dei processi interni che le aziende rilevano con periodicità. È quanto avviene ad esempio per i dati sulle tipologie di contratto (tempo indeterminato, determinato o atipico) o sul numero di incarichi di direzione di struttura o di posizione organizzativa assegnati. Queste rilevazioni hanno tuttavia come scopo principale, se non unico, quello di monitorare il rispetto delle indicazioni e dei vincoli dettati dalla Regione, e vengono utilizzate per redigere annualmente la proposta del Piano delle Assunzioni che ogni azienda invia alla Regione, nonché ogni tre anni ai fini della redazione del Piano di Organizzazione Aziendale.

Flussi regionali e nazionali sono anche quelli riferiti ai dati sull'assenteismo e alle sue diverse motivazioni (per esempio malattia breve o lunga, aspettativa, permessi di studio, permessi ex Legge 104/1992), le limitazioni lavorative, i certificati di inabilità, ecc. Sebbene questi dati vengano comunicati sia alla Regione che al Ministero della Funzione Pubblica, e vengano inviati all'URP per la pubblicazione sui siti internet aziendali nella sezione Operazione Trasparenza, solo tre aziende dichiarano di disaggregare i dati sviluppando reportistiche *ad hoc* da utilizzare sistematicamente a fini gestionali e organizzativi. Bisogna anche sottolineare che nella maggior parte di questi casi è il servizio delle professioni sanitarie (SITRA, DITRA, ecc), in riferimento quindi al solo personale del comparto, ad occuparsi dell'analisi di queste informazioni e delle azioni conseguenti, e non la Funzione Personale.

Un dato che la totalità delle aziende utilizza in maniera sistematica è quello relativo al *turnover*, ai fini di sviluppare previsioni sui pensionamenti e contribuire alla pianificazione delle assunzioni. Quasi assenti sono invece gli indicatori relativi alla produttività dei dipendenti per ore lavorate. Solo un'azienda afferma di aver recentemente dato avvio ad un sistema che integra i dati di produzione con i dati relativi alle ore lavorate e le presenze/assenze, al fine di supportare il controllo di gestione nell'assegnazione delle risorse alle diverse UO, ma anche per prevedere la capacità delle diverse unità di sopportare assenze o riduzioni di organico.

Altra dimensione non intercettata dai sistemi informativi esistenti è quella

della rappresentanza sindacale. Solo un'azienda monitora abitualmente informazioni in merito all'evoluzione nel tempo della percentuale di dipendenti iscritti al sindacato e del peso relativo delle diverse sigle.

È emerso invece che un processo di gestione delle risorse umane che ha sperimentato interessanti dinamismi negli ultimi anni è il sistema di valutazione. Otto aziende, pari al 42% del campione, affermano di misurare sistematicamente il rispetto delle tempistiche e/o l'efficacia del processo di valutazione (per esempio monitorando la differenziazione realizzata dai valutatori) spesso collegate anche agli obiettivi di *budget*. Permane tuttavia ancora un'alta percentuale di aziende che, pur dichiarando di voler implementare reportistiche sull'efficacia del sistema di valutazione, ne è ancora priva.

Otto aziende affermano infine di svolgere sistematicamente rilevazioni relative allo *stress* da lavoro correlato (anche a seguito di quanto previsto dal DLgs 81/2008), e altre si stanno dotando di strumenti in tal senso. Tuttavia, con riferimento alla misurazione del clima interno e del benessere organizzativo, solo in due aziende tali analisi vengono effettuate con sistematicità. In alcuni casi vi sono state in passato esperienze saltuarie o per iniziativa autonoma dei professionisti a livello di singole unità organizzative. Un'indagine a cui avevano partecipato tutte le aziende era stata svolta a metà anni duemila su iniziativa della Regione ma non più riproposta in seguito.

Le attività di formazione e ricerca rappresentano un ulteriore ambito di potenziale rilevazione di dati preziosi a fini di pianificazione, programmazione e controllo<sup>7</sup>. La redazione del piano annuale di formazione è l'occasione per analizzare l'offerta formativa dell'anno precedente, i relativi costi (diretti, ovvero il costo dei docenti e dei materiali didattici o le spese per la partecipazione ad eventi extra-aziendali, e in alcuni casi anche indiretti, ovvero inclusivi anche delle ore sottratte all'attività lavorativa) e la soddisfazione dei partecipanti. Tuttavia, a detta degli intervistati, è ancora presente un insufficiente livello d'integrazione tra le politiche di formazione e le altre attività di gestione del personale, quali ad esempio i sistemi di valutazione e ricompensa, al fine di collegare i percorsi di formazione e sviluppo delle competenze alle aree di miglioramento rilevate nel processo di valutazione.

Altro elemento estremamente rilevante emerso dalle interviste è la quasi totale assenza di strumenti che consentano all'azienda di monitorare la produzione scientifica dei professionisti, in termini di pubblicazioni, partecipazioni a convegni, ecc. Solo un'azienda ospedaliera su 18 infatti dichiara di rilevare sistema-

<sup>7</sup> A questo riguardo è necessario precisare che solo in sei aziende tra quelle intervistate la formazione era gestita direttamente dalla direzione risorse umane. Negli altri casi le informazioni riportate scontano quindi una minor conoscenza diretta, da parte dell'intervistato, della reportistica prodotta.

ticamente questo dato, in quanto alle pubblicazioni scientifiche associa il conferimento di crediti ECM, mentre un'altra registra le pubblicazioni dei dipendenti nella biblioteca biomedica aziendale che invia un *report* periodico all'ufficio formazione.

Da ultimo è stato chiesto, coerentemente con quanto rilevato in letteratura, se le direzioni delle risorse umane misurassero l'efficienza della gestione delle risorse umane (ad esempio tramite indicatori quali il costo del funzionamento della Funzione per dipendente dell'azienda) o il costo dei principali processi (ad esempio il costo per un'assunzione, un pensionamento, una valutazione, un concorso). È emerso che in nessuna azienda vengono realizzati *report* ulteriori rispetto a quelli prodotti dal controllo di gestione, e che solo in quattro aziende questi strumenti consentono di misurare il costo degli specifici processi di gestione.

Come nota conclusiva è interessante rilevare che la relativa scarsità di strumenti di monitoraggio delle metriche HR non sembra direttamente ascrivibile a una percezione d'inadeguatezza dei sistemi informativi di gestione del personale in dotazione alle aziende. Alla domanda sul livello di soddisfazione sul sistema informativo aziendale infatti, ben 16 direttori del personale (pari all'84% del campione) hanno affermato di essere complessivamente soddisfatti o molto soddisfatti del sistema informativo in uso presso la propria azienda.

## **18.5 Una proposta per la rilevazione di metriche del personale**

Le aziende sanitarie italiane possono beneficiare in modo significativo dallo sviluppo di metriche sul personale capaci di conoscere e governare dinamiche originate nell'ambiente esterno e di accompagnare efficacemente la strategia definita al loro interno.

### **18.5.1 Il benchmarking tra aziende**

Lo sviluppo di tali metriche può avvenire sia in ottica comparativa, sia in ottica di uso interno.

Nel primo caso, le metriche HR acquistano rilevanza proprio perché comparabili con aziende che operano sugli stessi mercati o che comunque si ritengono utili per un confronto strutturato. Tale approccio comparativo è quello perseguito ad esempio dal già citato indice Saratoga, che negli Stati Uniti per gli ospedali propone il monitoraggio degli indicatori riportati al Box 18.2.

Allo stesso modo, nel contesto italiano le Regioni possono svolgere un ruolo centrale per promuovere tali analisi comparative nei confronti delle aziende del

### Box 18.2 L'indice Saratoga per le aziende sanitarie americane

PwC in collaborazione con l'American Society for Healthcare Human Resources Administration propone un HR Metrics Tool basato su internet grazie al quale le aziende sanitarie possono, a titolo oneroso, partecipare a un'indagine di *benchmarking* e posizionamento rispetto a un insieme di indicatori HR (PricewaterhouseCoopers, 2012a).

In particolare tale indagine guarda ai seguenti indicatori, raggruppati in sei aree:

- RETENTION AND SEPARATION
  - tasso di turnover
  - tasso di turnover entro 12 mesi dall'assunzione
  - tasso di dimissioni volontarie entro 12 mesi per il personale infermieristico
  - tasso di dimissioni volontarie per il personale infermieristico
  - anzianità media
- WORKFORCE PRODUCTIVITY AND PROFITABILITY
  - costi operativi per dipendente equivalente a tempo pieno
  - costo del lavoro per dipendente equivalente a tempo pieno
  - % costo del personale su costi totali
  - % di straordinario sulle retribuzioni del personale infermieristico
- STAFFING AND HIRING
  - % di reclutamento interno
  - costo per assunzione
  - durata tra la decisione di reclutare e la conferma dell'accettazione da parte del/i candidato/i prescelto/i
  - tempo necessario per avere conferma dell'accettazione per il personale infermieristico
  - % organici scoperti personale infermieristico
- WORKFORCE DIVERSITY
  - % di stranieri o appartenenti a gruppi etnici minoritari sulle assunzioni
  - % di stranieri sugli organici
- HR COST AND STRUCTURE
  - costi della Funzione Personale per dipendente
  - rapporto tra addetti alla Funzione Personale e organici totali
  - costi della Funzione Personale per formazione e sviluppo professionale per dipendente
- COMPENSATION AND BENEFITS
  - *benefit* medi per dipendente
  - costi sanitari (contributi ai premi assicurativi da parte del datore di lavoro) per dipendente
  - costi per formazione e sviluppo professionale per dipendente.

proprio SSR<sup>8</sup>. Nel caso della Regione Toscana, ad esempio, il sistema di valutazione multidimensionale della performance delle aziende pubbliche del SSR (il cosiddetto Bersaglio) prevede un'apposita sezione «La valutazione interna» che, per il 2010, ha considerato sette indicatori su cui ha messo a confronto le dodici Aziende USL, le quattro AOU e la Fondazione Monasterio (SSSUP – Laboratorio MeS, 2011; pp. 347-357):

<sup>8</sup> Ad esempio con le esperienze promosse da alcune Regioni per la rilevazione e la comparazione del clima organizzativo nelle diverse Aziende del SSR.

- ▶ Percentuale di risposta all'indagine di clima interno (valore minimo tra le aziende: 19%; valore massimo: 74%; media: 42%);
- ▶ Percentuale di assenza<sup>9</sup> (min 3,50%; max 11,31%; media 6,35%);
- ▶ Tasso di infortuni<sup>10</sup> (min 2,44; max 6,96; media 4,55);
- ▶ Attività di formazione<sup>11</sup> (min 2,63; max 3,31; media 2,97);
- ▶ Il management per i dipendenti<sup>12</sup> (min 2,77; max 3,40; media 3,16);
- ▶ Il management per i responsabili<sup>13</sup> (min 2,66; max 3,87; media 3,27);
- ▶ Comunicazione e informazione per i dipendenti<sup>14</sup> (min 2,43; max 3,03; media 2,78).

Accanto a misure già disponibili nelle Aziende (es. il tasso di infortuni), la Regione in questo caso ha svolto un ruolo di stimolo per rendere sistematica la rilevazione del clima organizzativo e trarne alcune utili misure afferenti alla gestione del personale. Allo stesso modo, prevedere che le Aziende siano valutate anche sul grado di partecipazione a tali indagini di clima, considerato il fatto che la partecipazione da parte dei dipendenti alla rilevazione è anonima e volontaria e dunque non controllabile da parte dell'Azienda, spinge le stesse Aziende a «fare proprio» tale processo gestionale e cioè a comunicare i risultati delle indagini all'interno dell'organizzazione aziendale e a usarli per azioni di miglioramento<sup>15</sup>.

Più in generale, la definizione e la comparazione di metriche HR comuni potrebbe aiutare le aziende e le Funzioni Personale a sviluppare un circuito profes-

<sup>9</sup> Definita come rapporto tra ore di assenza per malattia, infortuni e permessi retribuiti e ore lavorabili al denominatore, al netto delle ferie effettuate/fruite, del distacco sindacale per impegno ridotto, dei permessi sindacali e politici, del diritto allo studio, dello sciopero, dell'astensione facoltativa per malattia del figlio e dell'aspettativa senza assegni.

<sup>10</sup> Per 100.000 ore lavorabili da contratto, compresi gli infortuni *in itinere* casa-lavoro.

<sup>11</sup> Media in quinti dei punteggi assegnati a cinque voci dell'indagine di clima interno: 1. Quest'Azienda offre opportunità di formazione; 2. Le mie richieste di formazione sono accolte in relazione alle esigenze della mia struttura/unità operativa; 3. Nella mia azienda la formazione viene considerata uno strumento efficace per sviluppare le competenze del personale; 4. Le attività formative realizzate dalla mia Azienda, a cui ho partecipato, sono state utili per migliorare il mio modo di lavorare; 5. Ritengo di essere messo adeguatamente a conoscenza delle opportunità formative messe a disposizione dell'azienda.

<sup>12</sup> Media in quinti dei punteggi assegnati a 18 voci dell'indagine di clima interno. Per i dettagli, cfr. SSSUP – Laboratorio MeS (2011; p. 356).

<sup>13</sup> Media in quinti dei punteggi assegnati a nove voci dell'indagine di clima interno. Per i dettagli, cfr. SSSUP – Laboratorio MeS (2011; p. 356).

<sup>14</sup> Media in quinti dei punteggi assegnati a cinque voci dell'indagine di clima interno, relative alla disponibilità e alla qualità della informazione/comunicazione relativa a: 1. La qualità dei servizi che eroghiamo agli utenti (pazienti, cittadini); 2. La soddisfazione degli utenti della nostra Azienda (pazienti, cittadini); 3. L'organizzazione della mia Azienda; 4. I risultati aziendali (economici, sanitari, ecc.); 5. Le decisioni e le strategie importanti prese dalla Direzione Aziendale.

<sup>15</sup> La somministrazione dei questionari, la loro raccolta e la loro prima analisi comparata sono svolte dalla Scuola Superiore Sant'Anna, senza interferenze sui dipendenti-compilatori da parte delle Aziende in cui lavorano.

sionale interaziendale in cui condividere e mettere a confronto le proprie esperienze, aumentando le competenze della Funzione e contribuendo a una sua professionalizzazione. Come osservato ad esempio in AgeNaS e FIASO (2010; pp. 272-273), a confronto con altre funzioni manageriali delle aziende SSN (es. acquisti e appalti, controllo di gestione, ecc.), la Funzione Personale non è riuscita a sviluppare un *network* professionale proprio e riconoscibile. Allo stesso modo, i suoi Direttori sembrano poco o per nulla integrati, in generale, nella rete professionale della funzione, espressa da associazioni quali l'AIDP (Associazione Italiana Direttori del Personale) o da riviste di settore.

In ogni caso, lo sviluppo di metriche HR non deve necessariamente accompagnarsi a un *benchmarking* tra aziende. Tali metriche HR possono infatti essere definite e rilevate da ciascuna azienda, per proprie finalità di informazione e gestione interne. Un esempio è quello degli Ospedali Universitari di Ginevra che annualmente pubblica, in un apposito *report*, la sintesi di tali indicatori e la loro evoluzione nel tempo (cfr. Box 18.3).

### Box 18.3 **L'esempio degli Hopitaux Universitaires de Genève**

Gli Ospedali Universitari di Ginevra (HUG) gestiscono le strutture ospedaliere pubbliche dell'omonimo Cantone, con un organico complessivo di circa 10.000 collaboratori, impegnati in 13 grandi Dipartimenti. La Funzione RH centrale è affiancata da Funzioni RH dipartimentali (in genere con un responsabile RH che lavora su due dipartimenti).

Le metriche HR sono sviluppate sia a livello aziendale, sia a livello di direzioni RH dipartimentali.

A titolo di esempio, il report aziendale «Gli indicatori 2011 delle risorse umane» (HUG, 2012) riporta in ventisette pagine una descrizione efficace di fenomeni chiave per il funzionamento aziendale, raggruppati nelle seguenti aree: 1) Profilo dei collaboratori HUG; 2) Parità uomini donne; 3) Età dei collaboratori; 4) Nazionalità dei collaboratori; 5) Anzianità [di servizio] dei collaboratori; 6) Tasso di occupazione; 7) Domicilio dei collaboratori; 8) Turnover; 9) Reclutamento; 10) Assenze dal lavoro; 11) Formazione continua interna.

Come profilo di sintesi sono riportati i seguenti dati:

- Gli HUG impiegavano 10.172 collaboratori al 31 dicembre 2011;
- Le donne rappresentano il 69% dei collaboratori;
- Le donne medico rappresentano il 50% dei medici;
- La metà dei collaboratori ha meno di 50 anni;
- L'età media è di 44 anni;
- La metà dei collaboratori ha meno di 10 anni e 5 mesi di anzianità;
- L'anzianità media è di 12 anni e mezzo;
- Il 39% dei collaboratori lavora a tempo parziale (ovvero con un tasso di occupazione inferiore al 90%);
- I cittadini svizzeri rappresentano il 48% del personale, i francesi il 34%, i cittadini di altri paesi EFTA+EU il 13%, quelli dei restanti paesi il 4%.

I dati e le analisi sono presentati per dipartimento, per macro-categoria professionale e sono messi a confronto con gli anni passati.



### 18.5.2 Alcune aree d'investimento prioritario

Tra le diverse tipologie di metriche HR presentate in questo capitolo, ci focalizziamo di seguito su alcune che nel contesto nazionale sembrano meritare un investimento prioritario.

Una prima area è quella dell'invecchiamento del personale. Come illustrato nel Rapporto OASI 2009 con riferimento alle aziende pubbliche del SSN (De Pietro, 2009), l'età anagrafica del personale sta aumentando in modo assai significativo e veloce. Per governare tale fenomeno, le aziende sanitarie devono avere una conoscenza analitica e un presidio costante di apposite metriche HR.

Una seconda area, sempre di natura demografica, riguarda la femminilizzazione della professione medica. Anche in questo caso, si tratta di un fenomeno veloce e marcato, che potrebbe comportare la necessità di nuove regole o soluzioni organizzative, per meglio rispondere alle preferenze e alle necessità di un personale medico che nelle classi di età più basse è in larga parte femminile (De Pietro, 2010b).

Una terza area di evoluzione degli organici che in molti contesti sembra ormai utile monitorare riguarda la presenza di personale straniero. In tal modo le aziende potranno meglio valorizzare alcune competenze presenti (si pensi alla funzione di mediazione culturale che persone di madrelingua diversa dall'italiano possono offrire per i pazienti provenienti dagli stessi paesi) e dall'altro, soprattutto, attivare politiche di gestione del personale specifiche (si pensi al problema dell'alloggio per chi è immigrato di recente o anche alle aspettative del tutto peculiari che operatori provenienti da altri contesti culturali e professionali possono avere nei confronti del lavoro<sup>16</sup>).

Una quarta area che sta diventando urgente conoscere e governare riguarda lo *skill mix change* e cioè le variazioni della composizione degli organici delle aziende. Tali variazioni saranno la naturale conseguenza dell'evoluzione delle condizioni epidemiologiche e di morbilità della popolazione, di nuovi modelli organizzativi e di presa in carico, ma anche di due aspetti specifici relativi alle professioni sanitarie. Da un lato, il pensionamento dei molti medici formati prima dell'introduzione (avvenuta nel 1986) del numero chiuso per le immatricolazioni al corso di laurea in medicina e chirurgia<sup>17</sup>. Dall'altro, il numero crescente di personale delle 22 cosiddette professioni sanitarie ex Legge 42/1999 (infermieri, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di ra-

<sup>16</sup> Su tale tema si vedano, tra gli altri, i Rapporti OASI 2005 e 2006 nei quali, rispettivamente, si descrivevano le esperienze del reclutamento internazionale di infermieri operato dalle agenzie del lavoro per contratti di somministrazione (cioè di lavoro interinale; De Pietro, 2005b) e l'esperienza maturata dall'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano con il reclutamento di infermieri provenienti dalla Spagna (De Pietro, 2006, pp. 582-583).

<sup>17</sup> Per una descrizione della sfida che tale evoluzione pone al sistema sanitario italiano, poi dettagliato per gli specialisti in nefrologia e dialisi, cfr. De Pietro (2010a).

diologia medica, ecc.) che dal 2001 prevedono una formazione con laurea di primo livello e poi, eventualmente, laurea magistrale, master universitari di primo e secondo livello, dottorato di ricerca. L'insieme di tali fattori porterà inevitabilmente a rivedere la divisione del lavoro sanitario in Italia e renderà sempre più necessario un governo di questo fenomeno da parte della aziende. I margini di autonomia in tale ambito sono rilevanti, come testimoniato da precedenti analisi che mostrano come, a parità di quadro normativo e in presenza anche di una certa omogeneità nelle attività svolte, le aziende hanno composizioni professionali sensibilmente diverse (si consideri ad esempio il diverso atteggiamento che le diverse aziende hanno tenuto nei confronti dell'inserimento degli OSS, con il risultato che il rapporto numerico infermieri/OSS o quello infermieri/personale di supporto varia sensibilmente tra azienda e azienda)<sup>18</sup>.

Una quinta area riguarda lo sviluppo di metriche per conoscere e monitorare qualità, efficacia ed efficienza dei processi interni alla Funzione Personale. In questo caso dunque l'obiettivo non è tanto quello di fornire informazioni utili alla direzione aziendale o al *management* di linea, quanto piuttosto di dotarsi di indicatori e obiettivi su cui verificare il funzionamento della Funzione e quindi attivare azioni di miglioramento e reingegnerizzazione dei processi di lavoro. A riprova di come poco sia fatto oggi in tal senso, sono le difficoltà che molte aziende trovano al momento della definizione degli obiettivi di budget della Funzione.

## 18.6 Conclusioni

Se il personale delle aziende sanitarie costituisce realmente un elemento fondamentale per la loro funzionalità, è allora evidente la necessità di investire nella definizione e nell'utilizzo di metriche appropriate. Tali metriche HR devono perseguire tre principali scopi:

- ▶ conoscere in modo più analitico – e dunque poter governare meglio – alcuni fenomeni rilevanti che riguardano le condizioni del mercato del lavoro, le evoluzioni della regolamentazione professionale, i cambiamenti nella struttura degli organici interni;
- ▶ misurare il valore e il contributo che il personale – nei suoi diversi gruppi professionali, nei diversi servizi, ecc. – offre alla creazione del valore aziendale;
- ▶ misurare il contributo specifico della Funzione Personale al funzionamento aziendale.

<sup>18</sup> Sul tema della composizione professionale si veda anche il Rapporto OASI 2008, che compara alcuni indicatori di composizione tra le diverse Regioni, con riferimento al personale dipendente delle aziende pubbliche SSN (De Pietro e Filannino, 2008).

Come sopra detto, tali obiettivi possono essere perseguiti con la definizione e il monitoraggio di metriche che consentano analisi ad uso interno ma anche comparazioni tra aziende e nel tempo. Considerata la cultura organizzativa prevalente nelle Funzioni Personale di molte aziende sanitarie italiane, nonché lo stato dell'arte delle loro pratiche di *management*, sembra in particolare auspicabile favorire i confronti interaziendali. Tale comparazione può essere promossa dalle Regioni ma anche, auspicabilmente, nell'ambito dei *network* professionali che le Direzioni del Personale delle aziende sanitarie italiane sapranno sviluppare<sup>19</sup>.

In ogni caso, alla Funzione Personale è chiesto un importante sforzo di innovazione e riqualificazione. La rilevazione svolta presso le aziende ospedaliere lombarde mostra un investimento ancora insufficiente nel definire e poi usare metriche HR appropriate. In molte aziende oggetto d'indagine, dati chiave per leggere gli organici e il funzionamento aziendale semplicemente non sono disponibili, se non a seguito di richieste specifiche. In molti altri casi, dati che sarebbero potenzialmente molto rilevanti per le aziende sono in realtà raccolti per ottemperare a richieste di enti esterni (Regione, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute, INAIL, ecc.), perdendo così la loro utilità quali informazioni a scopi gestionali. A volte a raccogliere alcuni dati sono la Funzione Controllo di Gestione oppure il Servizio/Direzione delle professioni sanitarie (e dunque con finalità diverse da quelle tipiche della gestione delle risorse umane), con la Funzione Personale coinvolta soltanto quale depositario dei dati originari, ad esempio relativi alla rilevazione delle presenze in servizio, ai congedi per le diverse cause, ecc.

<sup>19</sup> Su tale punto è interessante notare come Becker e Huselid, autori assai influenti sui temi della gestione del personale, si dicano contrari allo sviluppo di analisi comparate (il titolo di un loro articolo del 2003 è in tal senso eloquente: «Measuring HR? Benchmarking is NOT the answer!»; idem, 2003). Essi spiegano tale avversione col rischio che il benchmarking porti la Funzione Personale a concentrarsi troppo su obiettivi di efficienza (che, se mal posti, rischiano di incidere negativamente sull'innovazione e sulla sostenibilità nel tempo dell'azienda), invece che sulla strategia aziendale. Tra gli esempi di indicatori relativi a un'impresa di distribuzione, metriche «sbagliate» sarebbero l'incidenza delle spese di formazione sul costo del personale totale o il costo per assunzione, cioè tipici indicatori considerati dalle comparazioni interaziendali. Al contrario, metriche «giuste» sarebbero il rapporto tra la spesa in formazione e il grado di soddisfazione dei clienti oppure tra la spesa in formazione e l'aumento del fatturato.

Seppur interessante, tale analisi è pertinente soprattutto nel caso di aziende che operano in settori non regolati e che sono esposte a elevati gradi di concorrenza. Nel caso delle aziende sanitarie italiane invece le analisi comparate acquisiscono rilevanza per due principali ragioni:

- le condizioni di un settore regolato con gradi di concorrenza contenuti, la natura spesso non profit delle aziende, l'opportunità di sviluppare condizioni di collaborazione interistituzionale e di favorire il trasferimento di buone pratiche manageriali tra le aziende del sistema;
- la prevalenza, nelle Funzioni Personale, di attività di natura prettamente amministrativa, di una cultura organizzativa di tipo burocratico e di competenze soprattutto giuridico normative, che devono essere integrate da una maggiore *analytical literacy*, come gli stessi Huselid e Becker affermano in un loro contributo successivo (idem, 2005).

Più in generale, nell'esperienza di tante aziende sanitarie italiane la Funzione Personale sembra ottenere risultati limitati sia nel monitoraggio efficace di grandezze significative per le politiche e la gestione del personale, sia nella capacità di essere considerato attore chiave nella formulazione delle strategie aziendali di più ampio respiro. L'esperienza maturata in altri settori e altri contesti geografici, richiamata alle pagine precedenti, sta a dimostrare che lo sviluppo di adeguate metriche rappresenta uno strumento fondamentale per perseguire tali obiettivi.

## Bibliografia

- AgeNaS e FIASO (2010), *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Roma, Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Becker B.E. e Huselid M.A. (2003), «Measuring HR? Benchmarking is Not the Answer!», *HR Magazine*, December, pp. 57-61.
- Becker B.E., Huselid M.A. e Ulrich D. (2001), *The HR scorecard: linking people, strategy, and performance*, Boston, Harvard Business School Press.
- Boudreau J. e Ramstad P.M. (2003), «Strategic HRM Measurement in the 21st Century: From Justifying HR to Strategic Talent Leadership», in Goldsmith M., Gandossy R.P. e Efron M.S. (eds.), *HRM in the 21st Century*, New York, John Wiley (citato in Fottler, 2006).
- Campion M.A., Fink A.A., Ruggeberg B.J., Carr L., Phillips G.M. e Odman R.B. (2011), «Doing competencies well: best practices in competency modeling», *Personnel Psychology*, 64(1), pp. 225-262.
- Costa E., De Pietro C. e Quatrini A. (2007), «Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia», *Mecosan*, 62, pp. 135-150.
- De Pietro C. (2002a), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale», *Mecosan*, 43, pp. 67-81.
- De Pietro C. (2002b), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 389-425.
- De Pietro C. (2005a), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. (2005b), «Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle agenzie per il lavoro », in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 427-456.
- De Pietro C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rap-*

- porto OASI 2005. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 565-590.
- De Pietro C. (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 469-491.
- De Pietro C. (2010a), «Il profilo demografico dei nefrologi italiani», *Giornale Italiano di Nefrologia*, 27(2), pp. 166-177.
- De Pietro (2010b), «La femminilizzazione dei medici in Italia», *Mecosan*, 74, pp. 25-36.
- De Pietro C. e Filannino C. (2008), «Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 235-263.
- De Pietro C., Francesconi A., Lega F. e Sartirana M. (2010), «La valutazione dei medici nel SSN: proposte in campo e pratiche aziendali», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 489-518.
- Epstein R.M. e Hundert E.M. (2002), «Defining and assessing professional competence», *Journal of the American Medical Association*, 9;287(2), pp. 226-235.
- Fottler M.D., Erickson E. e Rivers P.A. (2006), «Bringing human resources to the table: utilization of an HR balanced scorecard at Mayo Clinic», *Health Care Management Review*, 31(1), pp. 64-72.
- GMC (2011a), *Preparing for the introduction of medical revalidation: a guide for NHS leaders in England*, General Medical Council ([http://www.gmc-uk.org/Revalidation\\_guide\\_for\\_NHS\\_leaders\\_in\\_England\\_\\_updated\\_November\\_2011\\_.pdf\\_45560731.pdf](http://www.gmc-uk.org/Revalidation_guide_for_NHS_leaders_in_England__updated_November_2011_.pdf_45560731.pdf); 15 luglio 2012).
- GMC (2011b), *Revalidation*, *Health Service Journal Supplement*, 17 November (<http://www.hsj.co.uk/Journals/2011/11/17/x/x/v/Nov-GMC-Revalidation-supplement.pdf>; 15 luglio 2012).
- HUG (2012), *Les indicateurs 2011 des ressources humaines*, Genève, Hopitaux Universitaires de Genève ([http://static.hospimedia.fr/indicateurs\\_rh\\_2011\\_final\\_5\\_avril\\_2012\\_pdf](http://static.hospimedia.fr/indicateurs_rh_2011_final_5_avril_2012_pdf); 15 luglio 2012).
- Huselid M.A. e Becker B.E. (2005), «Improving human resources' analytical literacy: Lessons from *Moneyball*», in Losey M., Meisinger S., Ulrich D. (eds.), *The future of human resource management*, Hoboken, NJ, Wiley.
- Huselid M.A. e Becker B.E. (2011), «Bridging micro and macro domains: Workforce differentiation and strategic human resource management», *Journal of Management*, 37(2), pp. 421-428.
- Lawler III E.E., Levenson A. e Boudreau J.W. (2004), «HR Metrics and Analytics: Use and Impact», *Human Resource Planning*, 27(3), pp. 27-35.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive*, Milano, EGEA.
- McKinley R.K., Fraser R.C. e Baker R. (2001), «Model for directly assessing and

- improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians», *British Medical Journal*, 24; 322(7288), pp. 712-715.
- PricewaterhouseCoopers (2012a), *PwC ASHHRA 2012 HR Metrics Tool* ([http://www.ashhra.org/products/files/hr\\_metrics\\_definitions\\_2012.pdf](http://www.ashhra.org/products/files/hr_metrics_definitions_2012.pdf); 15 luglio 2012).
- PricewaterhouseCoopers (2012b) *PwC Saratoga 2011/2012 US human capital effectiveness report – Executive summary for the hospital sector* ([http://www.pwc.com/en\\_US/us/hr-saratoga/assets/pwc-saratoga-2011-human-capital-effectiveness-hospital-executive-summary.pdf](http://www.pwc.com/en_US/us/hr-saratoga/assets/pwc-saratoga-2011-human-capital-effectiveness-hospital-executive-summary.pdf); 15 luglio 2012).
- Soberg A. e Bennington A. (2009), «Workforce planning: implications for health-care in Canada and elsewhere», *People and Strategy*, 32(3), pp. 27-32.
- SSSUP – Laboratorio MeS (2011), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. Report 2010*, Pisa, MES.
- Ulrich D. (1997), «Measuring human resources: An overview of practice and a prescription for results», *Human Resource Management*, 36, pp. 303-320.