

17 La valutazione dei medici: un modello attuativo

di Marta Barbieri, Giorgia Girosante, Giovanni Valotti¹

17.1 Introduzione

Nelle organizzazioni sanitarie la qualità e la motivazione dei medici rappresentano una risorsa chiave per competere ed eccellere; le politiche aziendali dovrebbero essere volte ad attrarre, sviluppare e trattenere le migliori professionalità. Lo sviluppo di sistemi strutturati di valutazione può giocare in tal senso un ruolo fondamentale, a condizione che gli stessi non si trasformino in strumenti burocratici di classificazione ed utilizzo dei professionisti, non vengano vissuti come un «onere amministrativo» dai valutatori e non vengano subiti quale il «momento del giudizio» dai valutati.

Sebbene la rilevanza della valutazione della performance di un medico sia largamente riconosciuta, nei fatti i sistemi e i processi correlati non si mostrano particolarmente evoluti. Valutare la performance di un medico è un'attività complessa: conoscenze e capacità si intrecciano in *setting* assistenziali differenti, in situazioni non standardizzabili e a volte imprevedibili.

Spesso questa difficoltà intrinseca, in aggiunta agli effetti più frequentemente correlati alla valutazione, per lo più monetari, e alla resistenza culturale al tema, rappresenta l'alibi ricorrente che ostacola l'introduzione e il consolidamento di efficaci sistemi di valutazione della performance.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, sono da attribuirsi a Marta Barbieri i paragrafi 17.1, 17.2, 17.4.1 e 17.5, a Giorgia Girosante il paragrafo 17.3 e il Box 17.2, a Giovanni Valotti il paragrafo 17.4.2.

Si precisa inoltre che il modello descritto è stato delineato dagli scriventi, ma sviluppato con il fondamentale contributo di un gruppo di lavoro composto da alcuni primari e membri della Direzione con il supporto dei servizi di staff dell'Istituto Clinico Humanitas (ICH) di Rozzano, nell'ambito di un progetto di ricerca sviluppato per conto dell'Istituto stesso. In particolare, si ringraziano: Luciano Ravera (AD) e Massimo Pietracaprina (Direttore Risorse Umane e Organizzazione e responsabile del progetto); i primari Marco Alloisio, Salvatore Badalamenti, Luca Balzarini, Roberto Doci, Roberta Monzani e Mauro Podda; i componenti dello staff Marco Albini, Riccardo Bui, Stefano Cazzaniga e Claudia Nardulli (coordinatore del progetto).

Nel nostro Paese, in particolare, la valutazione dei medici è un tema controverso. Certamente ci muoviamo in un contesto che non si è sino ad ora posto in modo sistematico il problema dell'eventuale necessità di:

- ▶ definire che cosa il professionista possa o non possa fare nell'arco della sua carriera («privilegi»);
- ▶ garantire ai propri utenti che il professionista incontrato risponda, nel tempo, a determinati *standard* minimi di qualità;
- ▶ offrire al professionista la possibilità di «certificare» le proprie competenze.

È doveroso dire che non mancano esperienze che si sono mosse in queste direzioni sia a livello istituzionale (ad esempio, l'introduzione del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) o l'accreditamento *Joint Commission International* intrapreso dalle aziende sanitarie di diverse regioni), che a livello di società scientifiche (ad esempio, l'esperienza FADOI di certificazione delle competenze cliniche del medico internista), piuttosto che di singole organizzazioni (realtà che hanno sviluppato esperienze interessanti e di qualità). Nonostante i diversi sforzi, questi temi, e quello strettamente correlato della misurazione e valutazione della *performance*, suscitano ancora diverse resistenze pur a fronte di obblighi previsti dal quadro normativo e contrattuale esistente. Infatti, il CCNL Area Dirigenza Medico – Veterinaria prevede che la valutazione dei dirigenti medici che operano in ambito pubblico sia caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro e che sia svolta annualmente e al termine dell'incarico attribuito. Sempre il contratto esplicita chiaramente gli ambiti della valutazione che, in particolare per quanto riguarda la valutazione a fine incarico, sono ad ampio spettro e precisa inoltre come, in caso di valutazione negativa, si incorra nella perdita della retribuzione di risultato o nella revoca dell'incarico. Forse proprio queste conseguenze, in aggiunta ad una resistenza endemica al farsi valutare, spesso contribuiscono a svuotare di significato lo strumento.

Le difficoltà nel costruire e introdurre dei sistemi di valutazione dei medici efficaci hanno pertanto stimolato l'esigenza di approfondire l'argomento e di proporre nuove soluzioni che siano allo stesso tempo percorribili e coerenti con la complessità dello stesso. Nel capitolo si sviluppa quindi il tema della valutazione dei medici sia attraverso un'analisi della letteratura e di alcune esperienze internazionali, sia definendo una possibile metodologia di valutazione.

In particolare, il paragrafo 17.2 analizza la letteratura in tema di valutazione della performance dei medici, il paragrafo 17.3 descrive come alcuni Paesi e realtà organizzative si stiano muovendo sull'argomento, il paragrafo 17.4 propone un modello di valutazione della performance dei medici e il paragrafo 17.5 sintetizza le principali conclusioni.

17.2 La valutazione dei medici in letteratura

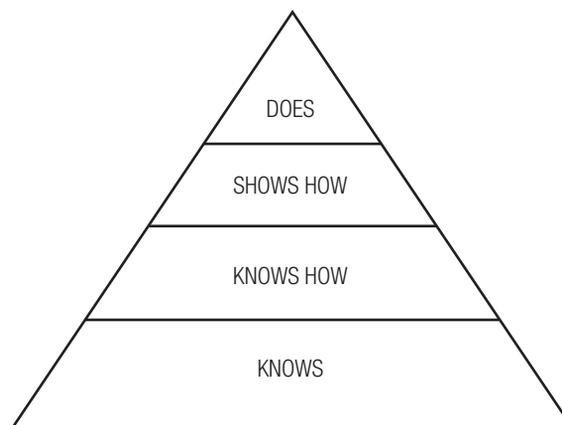
La valutazione della performance può essere vista come l'opportunità per elaborare un giudizio su quanto bene un medico lavori in ambienti complessi, su come adatti e applichi le conoscenze e le capacità precedentemente raggiunte e su come utilizzi le nuove conoscenze e capacità giorno per giorno (Hays et al, 2002). I punti di attenzione, che rappresentano anche l'oggetto del presente lavoro, sono dunque la valutazione della performance del medico «in azione», ovvero nel suo ambito d'attività *routinario*, e la valutazione della performance del medico quale processo sistematico, non *una tantum* e non legato a specifici percorsi di apprendimento.

Il tema della valutazione dei medici inizia a farsi strada a partire dagli anni '60 e riguarda principalmente l'ambito formativo. Da più di cinquant'anni ci si interroga su quali possano essere i modelli ed i metodi più adeguati per valutare il medico lungo il suo percorso di studio dagli anni dell'università sino al completamento della scuola di specializzazione.

In particolare, nel 1990 si afferma ad opera dello psicologo George Miller un nuovo modello per la valutazione della *clinical competence* articolato su quattro livelli (Figura 17.1): alla base del *framework* il «sapere» (il medico conosce) e il «sapere applicato» (il medico sa come fare), successivamente il «mostra come» (la performance del medico in un contesto artificiale) e il «fa» (la performance del medico in un contesto reale).

Gli studi e le ricerche condotte hanno inoltre dato forma ad un nutrito insieme di strumenti, finalizzato allo sviluppo di conoscenze e competenze cliniche, tra i quali il *mini-clinical evaluation exercise* (mini-CEX), il *clinical evaluation*

Figura 17.1 La piramide di Miller



Fonte: Miller, 1990

exercise (CEX), lo *standardised patient examination* (SP), la *case-based discussion* (CBD), le *directly observed procedures* (DOP), gli *objective structured clinical examination* (OSCE), il *multi-feedback*, ecc.².

Gli strumenti elencati, in aggiunta ai metodi più tradizionali³, si prestano sicuramente alla valutazione dei primi tre livelli del *framework* di Miller, mentre il loro utilizzo nell'ambito del quarto livello merita alcune puntualizzazioni. Perché si possa parlare di valutazione della performance ovvero di «che cosa si fa» e non, più semplicemente di «che cosa si è in grado di fare» (*competence*), è necessario che la valutazione del «fa» si riferisca ad un contesto di lavoro abituale piuttosto che a situazioni ricostruite *ad hoc* o sporadiche, rispetto alle quali il medico sa di essere oggetto di valutazione. Questo non solo a causa del cosiddetto effetto Hawthorne, ovvero il manifestarsi di variazioni di un comportamento a seguito della presenza di osservatori, ma anche perché diversi fattori interni ed esterni (la pressione sui tempi, la stanchezza, l'umore del paziente, l'umore e lo stato psico-fisico del medico stesso, ecc.) possono influenzare la performance di un professionista (Rethans *et al*, 2002). Ciò a dire che se l'obiettivo è valutare quello che un medico è in grado di fare all'interno di un contesto reale (*work-based assessment*), diversi degli strumenti sopracitati sono sicuramente funzionali; se l'obiettivo è invece valutare quello che un medico realmente fa nella sua pratica lavorativa quotidiana, anche successivamente alla formazione *undergraduate* e *postgraduate*, si rende necessario strutturare modelli e strumenti in grado di cogliere la complessità del ruolo all'interno del contesto in cui il medico opera.

A tal fine è necessario riflettere sul perché introdurre dei sistemi di valutazione della performance dei medici, sugli ambiti che potrebbero essere oggetto di osservazione e sui metodi/strumenti che potrebbero essere impiegati.

² Il *mini-CEX* prevede degli incontri brevi focalizzati su *skill* specifiche selezionate dal *curriculum* di riferimento (durata 20 minuti); il CEX è un esame orale in cui lo studente, sotto il controllo di un medico «osservatore», raccoglie le informazioni e completa l'esame di un paziente per raggiungere una diagnosi e predisporre un piano di cura (durata 2 ore); lo *standardized patient examination* prevede la valutazione di alcune *skill* attraverso l'intervista a un paziente-attore formato per presentarsi in ugual modo a tutti i formandi; la *case-based discussion* prevede che lo studente discuta di un suo caso (paziente) con due valutatori all'interno di un esame orale strutturato e standardizzato (durata 10 minuti); le *directly observed procedures* prevedono due valutatori che osservano e assegnano un punteggio a un formando sullo svolgimento di alcune procedure pratiche (mettere i punti a una ferita, fare un'endovena, ecc.); gli *objective structured clinical examination* prevedono che lo studente ruoti su più stazioni che rappresentano diverse situazioni cliniche costruite per testare *skill* diverse attraverso strumenti diversi (*standardized patient*, esame orale, esame scritto, ecc.); il *multi-source* prevede la raccolta di *feedback*, tipicamente su *skill* relazionali, da parte di più soggetti (supervisore, pazienti, familiari, membri dello staff, ecc.).

³ Tali metodologie fanno riferimento a *test multiple choice*, *best of five*, domande aperte, ecc..

17.2.1 Le finalità della valutazione

La letteratura mette in luce, in maniera piuttosto evidente, che la valutazione della performance dei medici può essere utilizzata al fine di raggiungere una pluralità di scopi anche molto diversi tra loro, ma non per questo reciprocamente escludentesi.

Il ragionamento sulle finalità dei sistemi di valutazione può essere guidato da una domanda molto semplice: a chi è indirizzato l'output di un sistema di valutazione? Indicativamente possiamo individuare tre possibili destinatari: il sistema sanitario in generale, le organizzazioni e i singoli professionisti (Figura 17.2). Quarto destinatario, ancorché sottinteso, dei sistemi è sicuramente il paziente che chiaramente può beneficiare della valutazione, qualunque sia il destinatario principale.

Se migliorare la competenza professionale di coloro che erogano servizi sanitari può migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria (Dubinskj et al., 2010, Farmer et al., 2002), misurare e gestire la performance dei medici diviene un punto di interesse per le organizzazioni che a vario titolo (ad esempio Ministeri della salute, Agenzie per i servizi sanitari e organismi vari), desiderano da un lato, massimizzare la qualità delle cure e della percezione delle stesse da parte dei pazienti, dall'altro assicurare a quest'ultimi che i professionisti che incontrano siano preparati e garantiscano quantomeno degli *standard* di performance minimi. In questo senso la valutazione della performance diventa un tassello fondamentale nei sistemi di miglioramento della qualità e nei processi di *credentialling*, certificazione e rivalidazione dei medici che un sistema sanitario decide di adottare.

Se i destinatari sono le organizzazioni, diverse sono le riflessioni che si possono sviluppare. Indubbiamente, il tema della qualità delle prestazioni è più che

Figura 17.2 I destinatari della valutazione



Fonte: nostra elaborazione

mai rilevante anche a tale livello, soprattutto nei contesti dove la concorrenza tra strutture è particolarmente spinta. In questo senso una delle finalità più ricorrenti è quella di individuare i medici le cui prestazioni sono inadeguate e i medici che sono invece *performer* eccellenti (Leape e Framson, 2006), e intraprendere le opportune azioni in termini di sistemi di ricompense, sistemi di carriera, distribuzione dei carichi di lavoro, sistemi di formazione, sistemi di definizione dei privilegi, ecc.. In particolare, si sottolinea come la valutazione della performance sia rilevante anche per i medici più bravi che potrebbero perdere motivazione e autostima nel constatare che il loro operato passi inosservato o che medici mediocri ricevano le loro stesse ricompense (Gesme e Wiseman, 2011). In tal senso la valutazione costituisce un potente strumento di *retention*: il riconoscimento delle *performance* di successo diminuisce notevolmente lo stress e agevola il permanere dei migliori presso una determinata struttura (CAHO, 2009).

Oltre che allo sviluppo di importanti leve di gestione del personale, i sistemi di valutazione possono essere utili nell'evidenziare problematiche organizzative a livello di *team* o di unità organizzative. Il Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) sostiene che il miglioramento della performance dei singoli medici costituisca un'importante leva di cambiamento organizzativo (CAHO, 2009); tuttavia molti degli approcci esistenti risultano in tal senso scarsamente funzionali (Marshall e Davies, 2000).

La qualità non può non essere un obiettivo anche del singolo professionista. Con questa prospettiva Hall et al. (1999) sostengono che lo scopo primario di un sistema di valutazione deve essere il miglioramento della qualità della pratica medica, piuttosto che una ricerca di «mele marce» (*bad apples*). L'obiettivo prioritario dei sistemi di valutazione della performance dei medici è dunque quello di identificare, per ogni medico, le opportunità di miglioramento delle proprie competenze nella cura dei pazienti (Leape e Framson, 2006). A tal fine, tutti i medici hanno la responsabilità di valutare costantemente la propria performance allo scopo di migliorare le proprie capacità e abilità. Un'altra finalità della valutazione piuttosto diffusa in letteratura, che è anche collegata intrinsecamente alla precedente, è costituita dallo sviluppo personale e professionale dei medici stessi (CAHO, 2009); in particolare, si sostiene che la valutazione debba essere attuata al fine di evidenziare gli spazi di miglioramento cui i medici possano dedicarsi attraverso le azioni di *coaching* e di formazione. Anche i medici eccellenti devono continuare ad accrescere le proprie competenze e a migliorare le proprie prestazioni (Landon et al., 2003). A tal proposito, Melnick et al. (2002) affermano che, se lo scopo della valutazione è quello di guidare lo sviluppo professionale, essa deve essere considerata e percepita dai medici come valida, equa, affidabile e soprattutto utile.

Le finalità sin qui individuate, che abbiamo collocato su differenti livelli (sistema, organizzazione e singolo medico), meritano un'ulteriore classificazione in termini di conseguenze delle stesse: i sistemi posti in essere devono essere fi-

Tabella 17.1 **Le finalità della valutazione della performance**

Destinatari	Finalità
Sistema Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Qualità delle cure • Sicurezza • Presenza di professionisti competenti • <i>Credentialling</i>, certificazione e rivaldazione
Organizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Qualità delle cure • Sicurezza • Cambiamento organizzativo • Motivazione/<i>Retention</i> • Supporto alle leve di gestione del personale (<i>bonus</i>, incarichi, carriera) • <i>Credentialling</i>, certificazione e rivaldazione
Professionista	<ul style="list-style-type: none"> • Qualità della pratica medica • <i>Feedback</i> • Miglioramento ambiti di competenza • Sviluppo professionale e organizzativo • <i>Credentialling</i>, certificazione e rivaldazione

Fonte: nostra elaborazione

nalizzati al semplice *feedback* o, devono avere delle conseguenze concrete? Pensare a un sistema che sia parte di una procedura di *credentialling* o di un sistema di certificazione, piuttosto che definisca eventuali *bonus* o che contribuisca a definire quali privilegi attribuire a un professionista o, più semplicemente, che fornisca un ritorno all'interessato su come sta lavorando e su quali azioni siano necessarie per la sua crescita, sono obiettivi profondamente diversi. In ambito formativo la letteratura distingue tra valutazione *formative*, orientata a fornire un ritorno costante ai formandi, e valutazione *summative* finalizzata a testare se il formando abbia appreso quanto previsto e tipicamente inserita al termine di un ciclo formativo (Brown e Doshi, 2006). Questa distinzione può essere trasposta all'ambito della valutazione della performance, oggetto del presente lavoro, e la domanda che ne consegue è se i sistemi posti in essere debbano orientarsi a fornire un *feedback* costante al medico sulla sua pratica o se invece debbano avere delle conseguenze organizzative (premi, incentivi, definizione dei privilegi, ecc.), se non addirittura di sistema (rivaldazione, certificazione, ricertificazione, *credentialling*, ecc.).

La Tabella 17.1 sintetizza le finalità emerse dall'analisi condotta.

17.2.2 Gli ambiti della valutazione

La performance del medico rappresenta un oggetto di valutazione complesso (Schuwirth et al, 2002). Hays et al. (2002) affermano che la valutazione della performance riguarda le modalità con cui i medici applicano conoscenze, capacità e attitudini ai loro pazienti.

Più nel dettaglio, Farmer et al. (2002) individuano quali elementi per la valutazione dei chirurghi l'attività clinica, le liste d'attesa, gli *outcome* operativi, gli *output* della ricerca, l'attività didattica e i punti CME (*Continuing Medical Education*).

Epstein e Hundert (2002) definiscono la valutazione della *physician competence* come «l'uso (da parte del medico) della comunicazione, della conoscenza, delle competenze tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e della riflessione nella pratica quotidiana per il bene dell'individuo e della comunità servita».

Norcini (2003) propone quali basi per la costruzione di un giudizio sull'operato del medico gli *outcome* dell'assistenza, gli indicatori di processo (la *compliance* con percorsi/procedure, l'attività di prescrizione, l'attività di educazione sui pazienti, ecc.), e i volumi di attività.

Il Council of Academic Hospitals of Ontario (2009) e Dubinskj et al. (2010), affermano che la misurazione della performance dei medici ha come oggetto gli *outcome* prodotti che sono conseguiti grazie ad un mix di competenze cliniche (conoscenze e competenze tecniche) e comportamentali (comunicazione, professionalità, empatia, ecc.).

Tradizionalmente la valutazione si è focalizzata più sulle competenze cliniche, spesso considerate più facili da misurare e ritenute quindi più oggettive, che sui comportamenti (Dubinskj et al, 2010). Per questo motivo e, parallelamente, per la crescente importanza che viene sempre più spesso attribuita alle competenze comportamentali, negli ultimi anni si è affermata l'esigenza di una valutazione ad ampio spettro. Ne sono testimonianza i numerosi sistemi di valutazione che sono nati in diversi paesi, per mano di organismi nazionali, società scientifiche o scuole di formazione. Ad esempio, il programma di valutazione *Physician Achievement Review* (più noto come PAR), sviluppato in Canada a partire dalla seconda metà degli anni '90, individua sei categorie di performance da valutare (Hall et al., 1999):

- ▶ la conoscenza e le capacità cliniche;
- ▶ le attitudini e i comportamenti;
- ▶ le responsabilità professionali;
- ▶ le attività di miglioramento della pratica;
- ▶ le capacità organizzative;
- ▶ la salute personale⁴.

L'Accreditation Council of Graduate Medical Education (ACGME), un organismo di accreditamento dei percorsi formativi per medici a livello universitario

⁴ Si precisa che le dimensioni di performance elencate sono quelle riportate da Hall *et al.* nell'articolo del 1999. Tali dimensioni hanno evidentemente subito variazioni nel corso degli anni ed è per tale motivo che solo in parte coincidono con quelle proposte nell'analisi del caso canadese (par. 1.3.2) che è stata condotta ad aprile 2012.

operante negli Stati Uniti, nel 2000 propone una definizione di *competence* che considera:

- ▶ l'assistenza al paziente (compreso il ragionamento clinico);
- ▶ la conoscenza medica;
- ▶ l'apprendimento e il miglioramento basati sulla pratica;
- ▶ le competenze interpersonali e comunicative;
- ▶ la professionalità;
- ▶ i sistemi di pratica medica basati sull'evidenza.

Più in generale numerosi organismi medici (società scientifiche, associazioni mediche, organizzazioni di certificazione professionale, ecc.) sono da anni alla ricerca di *standard* volti a rappresentare correttamente, e dunque valutare, la buona pratica medica.

Da ultimo, si segnala il lavoro di Palmer, Rayner e Wall (2007) che propongono uno schema di competenze organizzative e comportamenti che caratterizzano il buon direttore clinico o comunque il professionista medico con responsabilità manageriali e gestionali. Gli autori propongono un *framework* che identifica tre categorie indipendenti (gestione delle *operation*, competenze interpersonali e pensiero creativo e strategico), ciascuna delle quali contiene un insieme di competenze specifiche.

Per concludere, l'analisi della letteratura e di alcuni programmi concreti di valutazione evidenziano come la performance del medico debba essere considerata un costrutto complesso e multifattoriale. Gli elementi ricorrenti nei modelli/sistemi presi in considerazione fanno riferimento a:

- ▶ gli *outcome* clinici;
- ▶ le conoscenze e le capacità cliniche;
- ▶ le capacità relazionali (in particolare di comunicazione e lavoro di gruppo);
- ▶ le capacità organizzative;
- ▶ la professionalità (da intendersi quale comportamento integro, onesto, etico e responsabile).

17.2.3 I metodi e gli strumenti di valutazione

Se la performance è un costrutto complesso, nessun metodo di valutazione può catturare con accuratezza e precisione tutti gli attributi di cui si compone; pertanto, diversi metodi e strumenti sono necessari al fine di cogliere gli aspetti maggiormente rilevanti della pratica medica (Ramsey e Wenrich, 1993; Schuwirth et al., 2002).

È necessario decidere se utilizzare approcci impliciti (ad esempio *peer review*), o espliciti (ad esempio *criteri standard*); i primi tendono ad essere più ac-

cettabili per i professionisti, e sono relativamente rapidi ed economici in termini di attuazione (Marshall e Davies, 2000). Tuttavia, la variabilità intrinseca nel formulare giudizi e i vantaggi nell'utilizzare criteri basati più sulle evidenze empiriche che sull'esperienza o l'autorità, supportano lo sviluppo di strumenti per la valutazione della qualità più rigorosi (espliciti). In tal senso si può ricorrere a indicatori e *standard* sviluppati e promossi da organismi esterni o, in alternativa, dall'organizzazione che li andrà ad applicare. Nel primo caso si profila una scelta di adesione ad approcci più formali e, per certi versi, più vincolanti.

Definito il ricorso o meno a *standard* esterni piuttosto che interni si passa alla scelta di metodi/strumenti. In particolare, le autovalutazioni sono uno strumento ampiamente utilizzato, facile da progettare e realizzare, e richiedono un contenuto dispendio di risorse; le autovalutazioni possiedono, d'altro canto, una scarsa validità predittiva e una scarsa correlazione con le valutazioni esterne. Poiché è stato dimostrato che i medici sono relativamente poco precisi e accurati nelle proprie autovalutazioni (Davis et al, 2006), esse potrebbero costituire una componente importante di una più ampia strategia di valutazione. Ad esempio, inserire in un sistema di valutazione che preveda più fonti di giudizio, possono essere particolarmente utili per mettere in luce le aree che necessitano di miglioramento e di cui il medico non è a conoscenza. Confrontare l'autovalutazione con le valutazioni espresse da soggetti diversi, può aumentare l'autoconsapevolezza, la ricettività ai *feedback* e facilitare il cambiamento (Davis et al., 2006; Swick, Hall e Beresin, 2006; Gesme e Wiseman, 2011).

Nell'osservazione il valutatore osserva direttamente e in tempo reale i medici che svolgono il proprio lavoro. Questo metodo richiede molto tempo e, soprattutto, necessita del consenso del paziente; inoltre, è soggetto ad un elevato grado di soggettività del valutatore, a meno che non sia implementato utilizzando strumenti molto strutturati. Gli strumenti di osservazione diretta hanno dimostrato un adeguato livello di validità per le conoscenze mediche e per la cura del paziente, mentre la validità diminuisce quando vengono valutate competenze come professionalità, comunicazione e competenze interpersonali (Swick, Hall e Beresin, 2006).

Parallelamente a questi due metodi più tradizionali si stanno diffondendo interessanti alternative. La *peer review*, ad esempio, è un metodo di valutazione in cui la performance di un medico viene valutata da altri professionisti medici appartenenti alla stessa specializzazione del valutato (Fox, 2010). Essa costituisce ormai una parte molto importante delle politiche di *performance management* introdotte nelle organizzazioni sanitarie e sta diventando un metodo di valutazione sempre più essenziale all'interno dei processi di *credentialling* e *re-credentialling* (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2010). La letteratura esistente mostra inoltre alcuni accorgimenti che potrebbero essere utili per aumentare i livelli di validità ed affidabilità dello strumento. In particolare, aumentare il numero di valutatori generalmente ne incrementa l'af-

fidabilità, sebbene, d'altra parte, comporti un maggiore utilizzo di risorse (Takanagi, Koseki e Aruga, 1998; Forster et al., 2007). Anche il ricorso a strumenti di valutazione maggiormente strutturati, come *survey* e *checklist*, può produrre un incremento di affidabilità dello strumento (Evans, Elwyn e Edwards, 2004; Margo, 2002; McKay et al., 2007; Pacala et al., 2000; Soroka, Feldman e Crump, 2004).

Peiperl (1999) sostiene l'ipotesi per cui il modo migliore per comprendere e migliorare la propria performance sia quello di ricevere *feedback* su di essa da altre persone con cui si hanno significativi legami lavorativi. La valutazione a 360 gradi o *multi-source feedback* richiede la partecipazione di più persone appartenenti alla sfera di influenza dell'individuo, al fine di fornire un'ampia base di *feedback* sulla performance, attraverso specifici questionari (Swick, Hall e Beresin, 2006; CAHO, 2009; Rodgers e Manifold, 2002; Lega et al., 2011). I valutatori possono quindi comprendere *supervisor*, pazienti, colleghi, collaboratori e anche un'autovalutazione. L'esito del *feedback* è dunque un report ricco di informazioni e molto affidabile; inoltre, la letteratura rivela che la sua validità risulta massima quando con esso vengono valutate le competenze «*soft*», come la professionalità, la comunicazione e le capacità interpersonali (Swick, Hall e Beresin, 2006; CAHO, 2009; Rodgers e Manifold, 2002; Lelliott et al., 2008).

Un ulteriore strumento che sta iniziando a diffondersi anche in ambito medico, è il *portfolio*. Quest'ultimo è un dossier di elementi ed evidenze raccolti nel corso del tempo che dimostrano le conoscenze ed il conseguimento di risultati di successo nella pratica clinica di un medico (Wilkinson et al., 2002). Esso può essere altresì identificato come un processo mediante il quale le esperienze precedenti e i risultati raggiunti possono essere tradotti in competenze e possono essere documentati e valutati (Knapp, 1975). Come anticipato, la valutazione della performance va ben oltre la misurazione di risultati clinici e volumi di cura, e analizza anche i comportamenti, meglio valutabili con misure più qualitative. Si promuove pertanto l'utilizzo del *portfolio*, che include anche i dati raccolti da diverse prospettive attraverso l'osservazione, i diari e le fonti qualitative (es. *peer evaluation*), al fine di fornire una valutazione *work-based* più equilibrata (Norcini, 2003; Wilkinson et al., 2002). Il *portfolio* viene sempre più definito «*instrument of instruments*», dal momento che contiene tutta una serie di informazioni ottenute mediante diversi metodi e strumenti di valutazione (Frank, Mann e Keely, 2007).

La Tabella 17.2 schematizza i metodi e gli strumenti individuati e le loro principali caratteristiche.

L'individuazione di metodi e strumenti efficaci può essere supportata da alcune indicazioni sulle quali la letteratura esistente converge. Tra le principali:

- ▶ l'utilizzo di *benchmark* (Marshall e Davies, 2000; Swick, Hall e Beresin, 2006);
- ▶ l'utilizzo di criteri qualitativi e quantitativi (Gesme e Wiseman, 2011);
- ▶ le proprietà caratterizzanti i metodi di valutazione: affidabilità, validità, ripro-

Tabella 17.2 **Gli strumenti della valutazione della performance**

Gli strumenti per la valutazione	Caratteristiche
Autovalutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Facile da progettare e realizzare • Prevede un contenuto dispendio di risorse • Potrebbe costituire una componente importante di una più ampia strategia di valutazione • Aumenta l'autoconsapevolezza, la ricettività ai <i>feedback</i> e facilita il cambiamento
Osservazione diretta	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione in tempo reale • Richiede molto tempo e necessita del consenso del paziente • Maggiore grado di soggettività del valutatore attenuabile tramite il ricorso a strumenti strutturati a supporto
Peer-review	<ul style="list-style-type: none"> • La valutazione è espressa da medici appartenenti alla stessa specializzazione del valutato • Rilevante dispendio di risorse • Ricorso a strumenti strutturati a supporto • Sempre più utilizzato all'interno dei processi di <i>credentialling</i> e <i>ri-credentialling</i>
Multi-source feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Richiede il coinvolgimento di più valutatori appartenenti alla sfera di influenza dell'individuo • Fornisce un elevato numero di informazioni • Rilevante dispendio di risorse
Portfolio	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier di elementi ed evidenze raccolti nel corso del tempo che dimostrano le conoscenze ed il conseguimento di risultati di successo nella pratica clinica di un medico • «<i>Instrument of instruments</i>»: contiene informazioni ottenute mediante diversi metodi e fonti di valutazione

Fonte: nostra elaborazione

- ducibilità, fattibilità, impatto educativo e accettabilità (Swick, Hall e Beresin, 2006; Marshall e Davies, 2000; Hays et al., 2002);
- ▶ la misurazione dell'efficacia del sistema di valutazione: è necessario valutare anche il sistema di valutazione (Swick, Hall e Beresin, 2006);
 - ▶ la centralità dei *feedback*: è importante che i medici si sentano sostenuti e non giudicati, al fine di creare un clima favorevole all'apprendimento e al cambiamento positivo. La chiave per fornire un *feedback* costruttivo è che esso sia faccia a faccia, continuo, immediato, reciproco, utile, costruito sulla base di dati effettivi, non soggettivo e non *summative* (Swick, Hall e Beresin, 2006; Gesme e Wiseman, 2011);
 - ▶ la riservatezza dei dati e delle informazioni: bisogna prestare attenzione a chi accede ai risultati delle valutazioni. Gli stessi devono costituire un'informazione personale del medico; la mancanza di riservatezza può costituire un pregiudizio per l'efficacia del sistema (Hall et al., 1999; Marshall e Davies, 2000; Atwater et al., 2007; CAHO, 2009; Dubinskij et al., 2010). Altro aspetto riguarda, infine, l'eventuale anonimato dei valutatori. Tale anonimato potrebbe essere utile per migliorare l'accuratezza e la precisione delle valutazioni, ma rischia di rendere gli esiti troppo generici, e quindi meno efficaci nei confronti del cambiamento (Swick, Hall e Beresin, 2006).

17.3 La valutazione dei medici in alcune esperienze internazionali

Il riferimento ad esperienze internazionali, pur considerando le differenze istituzionali e di contesto, può rappresentare un utile elemento di conoscenza anche per riflettere sulla possibile evoluzione dei sistemi di valutazione nel nostro Paese.

In questo paragrafo si analizzano dunque alcune esperienze di valutazione delle competenze dei medici a livello di sistema sanitario nel suo complesso, a livello di organismi di formazione e/o regolamentazione e a livello di singole organizzazioni. Lo studio, condotto attraverso un'analisi di siti e di documenti operativi ufficiali, si è orientato prevalentemente sui paesi di matrice anglosassone in quanto maggiormente sensibili al tema e attivi nel suo sviluppo. Le scelte compiute non sono nella logica delle *best practices* ma, più semplicemente, di esperienze sufficientemente complete e sviluppate.

17.3.1 Australia

I medici australiani sono chiamati a partecipare ad un processo di *credentialling* (OSQH, 2009), ossia un processo di verifica delle competenze, attraverso la valutazione delle qualifiche, dell'esperienza e di altri attributi professionali, la cui conseguenza consiste nel riconoscimento dei «*privileges*» ossia «autorizzazioni», attribuite al singolo medico da parte di ciascun ospedale, ad eseguire prestazioni, procedure e servizi.

Sebbene lo studio si sia concentrato sullo stato del Western Australia (WA), le procedure illustrate sono in atto in quasi tutti gli stati australiani, anche se con alcune differenze dovute alle specifiche peculiarità locali.

In particolare, il processo di *credentialling* in WA è attuato dai singoli ospedali, ed è rivolto a tutti i medici. Dal momento che diversi ospedali potrebbero implementare processi di *credentialling* anche molto diversi tra loro, l'Ufficio per la Sicurezza e la Qualità delle cure mediche (OSQH) ha costruito delle linee guida volte ad unificare e ad omogeneizzare i criteri e i processi «locali» e, di conseguenza, le procedure per l'attribuzione dei privilegi.

Per sottolineare l'importanza che l'attività di *credentialling* assume nel contesto sanitario del WA, è utile evidenziare il suo forte legame con altri processi interni all'organizzazione ed in particolare con l'attività di *clinical governance*, con i processi di reclutamento, selezione e promozione del personale, con l'accreditamento specialistico presso i *Medical College* e con i processi di misurazione e valutazione della performance. Rispetto a questi ultimi le linee guida affermano che tutti i medici devono essere soggetti ad una regolare valutazione della performance i cui risultati possono essere utilizzati dai membri della commissione ospedaliera per il *credentialling* al fine di eseguire una valutazione più oggettiva.

The Royal Australasian College of Surgeons

Il Royal Australasian College of Surgeons (RACS) è un'organizzazione *non profit* che si occupa della formazione dei chirurghi in Australia e Nuova Zelanda, al fine di assicurare il mantenimento di elevati *standard* di qualità delle cure nel campo della chirurgia. In particolare, il RACS provvede all'implementazione delle attività per il rilascio delle certificazioni di *Continuous Professional Development* (CPD), con l'obiettivo di accrescere e mantenere le conoscenze cliniche dei chirurghi e le loro competenze, a beneficio dei pazienti. Il ruolo di questo istituto risulta particolarmente importante, dal momento che, generalmente, i chirurghi non possono essere *credentialed* senza dimostrare di aver seguito un percorso CPD certificato dal RACS (RACS, 2009).

Il RACS si impegna a perseguire i più elevati *standard* di chirurgia e professionalità e, per favorire questi processi, ha sviluppato degli strumenti volti ad una migliore valutazione della performance chirurgica e li ha esplicitati nella guida: «*Surgical competence and performance. A guide to aid the assessment and development of surgeons*» (RACS, 2008b). Quest'ultima evidenzia gli obiettivi primari della valutazione, che sono essenzialmente il promuovere la riflessione critica del medico e lo stimolare l'apprendimento ed il miglioramento continuo, al fine di produrre un effettivo beneficio per i pazienti. Il *framework* proposto per la valutazione della pratica chirurgica include tutte le competenze che, secondo il RACS, un buon chirurgo deve padroneggiare (Figura 17.3).

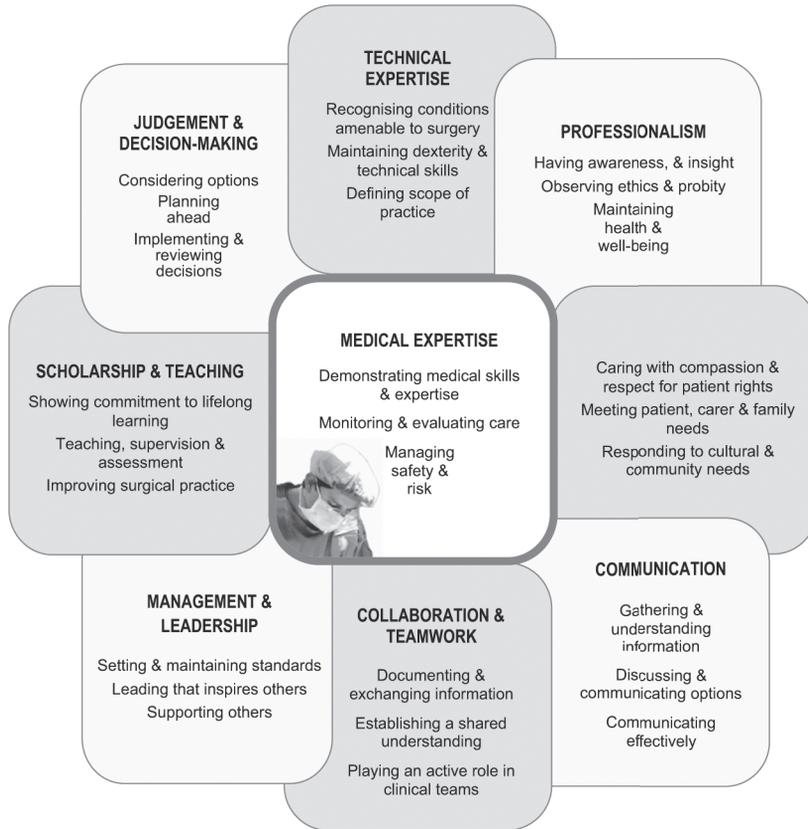
Ciascuna di queste competenze è considerata ugualmente importante al fine di raggiungere i più elevati *standard* di qualità possibile per ciò che concerne la pratica chirurgica. Inoltre, ogni competenza viene valutata attraverso dei *behavioral markers*, ossia delle brevi descrizioni di buoni e cattivi comportamenti che possono essere utilizzati per l'identificazione dei bisogni di formazione e la valutazione. In effetti, il modello proposto declina ciascuna competenza in una serie di comportamenti, come evidenziato in figura, fornendo per ciascuno degli esempi positivi e negativi. La scala di valutazione proposta è di natura qualitativa, consentendo di esprimere giudizi del tipo «*poor*», «*marginal*», «*good*», «*excellent*» e «*unable to rate*».

La valutazione della performance dei chirurghi sulle nove competenze elencate deve essere gestita attraverso alcuni strumenti (RACS, 2008a) che la guida propone e che sono ritenuti particolarmente utili per una valutazione complessiva della performance (l'*audit peer-reviewed* annuale, l'autovalutazione da parte del medico, la valutazione annuale della performance da parte del responsabile, il *multisource feedback*).

17.3.2 Canada

In Canada, ciascuna Provincia o Territorio possiede un'auto-regolamentazione per la gestione dei professionisti medici e, in particolare, per il mantenimento ed

Figura 17.3 Il framework di competenze RACS



Fonte: Surgical competence and performance. A guide to aid the assessment and development of surgeons (RACS, 2008b)

il miglioramento della qualità delle cure da essi fornite. L'unico dovere imposto a livello sovra provinciale, e che ciascuna provincia deve garantire, è l'impegno ad assicurare che i medici agiscano sempre nell'esclusivo interesse degli utenti e di tutta la comunità servita.

Per questi motivi, in ciascuna Provincia canadese, esiste un *College of Physician and Surgeons* di cui i medici devono necessariamente essere membri per poter esercitare la propria professione. Questi *College* hanno anzitutto il compito di assicurare costantemente elevati *standard* di qualità delle cure e, inoltre, si occupano della registrazione dei medici, della loro abilitazione e delle attività di *Continuous Professional Development (CPD)*.

A fare da cornice a tutti i *College* provinciali, si colloca il *Royal College of Physician and Surgeons of Canada (RCPSC)*. Le principali attività svolte dal RCPSC sono:

- ▶ l'accreditamento di programmi educativi e formativi tenuti dai College;
- ▶ l'implementazione di processi di *credentialling* dei medici;
- ▶ la certificazione di specializzazione;
- ▶ l'attuazione di programmi finalizzati al mantenimento della certificazione (*Maintenance of Certification – MOC*);
- ▶ l'attività di ricerca e innovazione;
- ▶ lo sviluppo di un *framework* di competenze mediche (CanMEDS) che guida tutte le attività del RCPSC e che è utilizzato per valutare gli studenti/specializzandi in medicina, ed è suggerito quale strumento per l'autovalutazione e la valutazione del medico nella sua pratica abituale.

Quest'ultima attività è il frutto di un lavoro di analisi e ricerca sulle abilità e le competenze che fanno di un medico un buon medico, che fornisce cure di elevata qualità e che soddisfa realmente le esigenze dei pazienti. Il primo *framework* di competenze CanMEDS è stato sviluppato nel 1996, mentre nel 2005 è stata pubblicata una versione aggiornata. In principio, questo *framework* era rivolto prevalentemente ai medici che insegnavano nelle università, dal momento che era considerato un strumento per valutare le competenze acquisite dagli studenti. In seguito, considerato l'ampio consenso raccolto, è stato utilizzato anche dai medici per fare delle autovalutazioni o delle attività di *audit* oltre ad essere preso a riferimento da molti altri Paesi per costruire un sistema di valutazione per i medici.

Il contenuto del *framework* CanMEDS (Frank, 2005) è costituito da sette ruoli che si presume il medico debba assumere in ogni momento del proprio lavoro: esperto; comunicatore; collaboratore; manager; promotore di salute; studioso; professionista. Ciascuno di questi ruoli viene poi declinato nel dettaglio in una serie di competenze e abilità secondo la formula «*Physician are able to...*».

Infine, è interessante evidenziare come il RCPSC abbia elaborato una guida agli strumenti da utilizzare nella valutazione. In particolare, per ciascun ruolo sono indicati gli strumenti ritenuti più adeguati, le loro caratteristiche, i vantaggi e gli svantaggi del loro utilizzo (Bandiera, Sherbino, e Frank, 2005).

Il sistema di valutazione nell'Alberta: il Physician Achievement Review

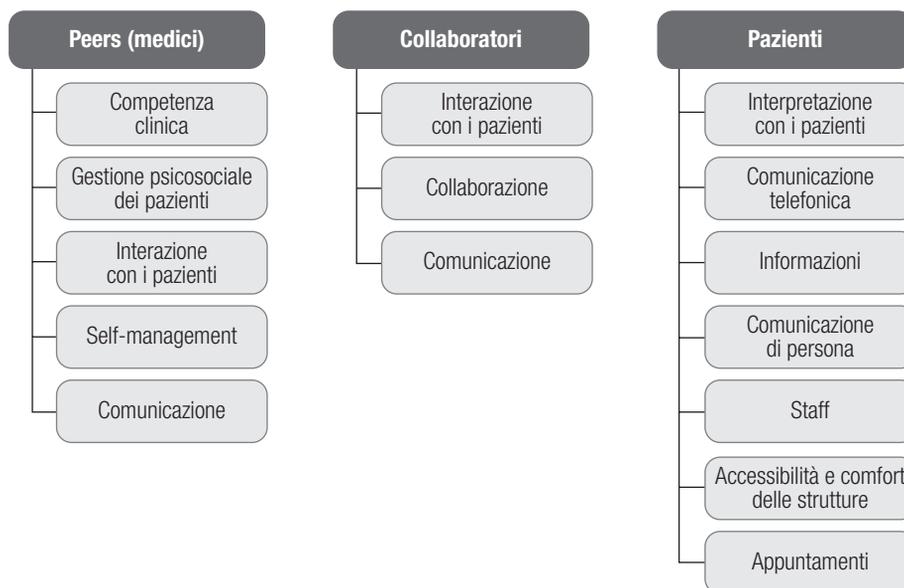
Dal 1999 il *College of Physician and Surgeons* dell'Alberta (CPSA), l'organo provinciale addetto all'abilitazione dei medici, ha introdotto il programma «*Physician Achievement Review*» (PAR), con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure mediche e dei servizi clinici offerti nella Provincia. La finalità di questo sistema è esclusivamente quella dello sviluppo personale e professionale, e gli esiti non possono essere utilizzati per eventuali procedimenti disciplinari, sebbene siano previsti meccanismi che permettono di monitorare l'evoluzione delle performance insoddisfacenti e di segnalare alle autorità competenti casi particolarmente gravi.

Il CPSA richiede che ciascun medico che eserciti la professione in Alberta si sottoponga obbligatoriamente al programma PAR ogni cinque anni. In Alberta, infatti, sono presenti circa 4.700 medici, il che comporta che ogni anno se ne valutino circa mille, in modo da poter ricominciare il ciclo dopo un quinquennio. Inoltre, un aspetto interessante del programma è costituito dal fatto che il PAR è gestito senza alcun dispendio di risorse finanziarie pubbliche: ciascun medico paga autonomamente la quota necessaria per partecipare al PAR (stimata in circa \$40).

Le valutazioni sono effettuate dai diversi soggetti che interagiscono con il medico nell'esercizio della sua pratica, ovvero collaboratori (otto medici e otto non medici) e pazienti (venticinque). Inoltre è prevista anche la compilazione da parte del medico di un questionario di autovalutazione. Ovviamente non tutti i soggetti valutatori possono essere in grado di esprimere un giudizio su tutte le dimensioni, in quanto ciascun gruppo è in grado di valutare solo gli ambiti che può effettivamente osservare durante il contatto con il medico. La Figura 17.4 mostra per ogni categoria di valutatori i rispettivi ambiti di valutazione.

Il programma PAR, alla fine, fornisce a ciascun medico una sintesi delle proprie valutazioni attraverso un breve report che indica i giudizi ricevuti per ciascun *item* di ciascuna dimensione. Oltre al proprio giudizio, ciascun medico vede,

Figura 17.4 Il **framework PAR per il medico generico**



Fonte: nostra rielaborazione da: www.par-program.org – Physician Achievement Review

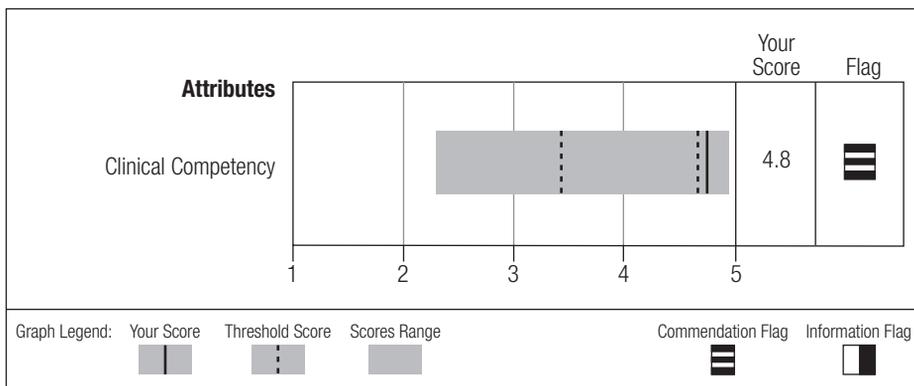
attraverso dei grafici semplici ed immediati, anche il *range* delle valutazioni di tutti gli altri medici che svolgono compiti comparabili (*cluster*). Inoltre, nei grafici è evidenziato, per ogni item, anche il posizionamento del 10° e del 90° percentile, in modo da poter individuare velocemente, con un piccolo *flag*, i casi di performance eccellenti (valutazione $\geq 90^\circ$ percentile) e i casi di performance non soddisfacenti (valutazione $\leq 10^\circ$ percentile) e per le quali è necessario raccogliere ulteriori informazioni (Figura 17.5).

Il CPSA offre inoltre al 10% dei medici che partecipano al programma PAR una revisione personalizzata della pratica medica attraverso una *practice visit* da parte di un collega. Questa opzione viene data ai medici la cui valutazione ricade nel percentile superiore o inferiore sulla maggior parte delle categorie oppure ai medici che non riescono a reclutare un numero sufficiente di valutatori. L'obiettivo della *practice visit* è quello di fornire un *feedback* affidabile e di agevolare delle scelte adeguate per il miglioramento della qualità della propria pratica medica.

Al termine del processo viene stilata una relazione contenente delle raccomandazioni per ciascun medico, sulla base delle evidenze rilevate dal medico che esegue la *practice visit*, dei risultati dell'indagine PAR e del colloquio individuale. È importante sottolineare che le *practice visits* non duplicano i programmi di valutazione delle competenze, ai quali il medico deve normalmente partecipare. Piuttosto, la visita si concentra sulla performance effettiva del medico in settori quali: la tenuta della documentazione clinica, la comunicazione con pazienti e colleghi, ecc..

Per concludere, è fondamentale che gli esiti del processo di valutazione siano e rimangano riservati e che vengano discussi esclusivamente con il *supervisor*/ commissione addetta.

Figura 17.5 **Esempio di report di restituzione**



Fonte: www.par-program.org – Physician Achievement Review

17.3.3 Inghilterra

Dalla fine del 2012 entrerà in vigore nel Servizio Sanitario inglese (National Health Service – NHS) un processo di rivalidazione medica, per cui, ogni cinque anni, tutti i medici devono dimostrare al *General Medical Council* (GMC) che sono ancora in grado di svolgere la propria professione in maniera soddisfacente, continuando ad assicurare al sistema sanitario la fornitura di cure di elevata qualità. Il GMC è uno dei soggetti coinvolti, insieme al Dipartimento della Salute e al NHS *Revalidation Support Team*, nella progettazione, nella gestione e nel supporto all'implementazione del nuovo sistema di rivalidazione.

L'obiettivo principale del sistema di rivalidazione è quello di migliorare:

- ▶ la sicurezza del paziente, assicurando che i medici mantengano e migliorino continuamente i propri *standard* professionali;
- ▶ l'efficacia delle cure fornite, promuovendo un'etica professionale volta soprattutto al miglioramento continuo delle cure cliniche;
- ▶ l'esperienza dei pazienti, assicurando che il punto di vista dei pazienti sia integrato e considerato nella valutazione della performance del medico.

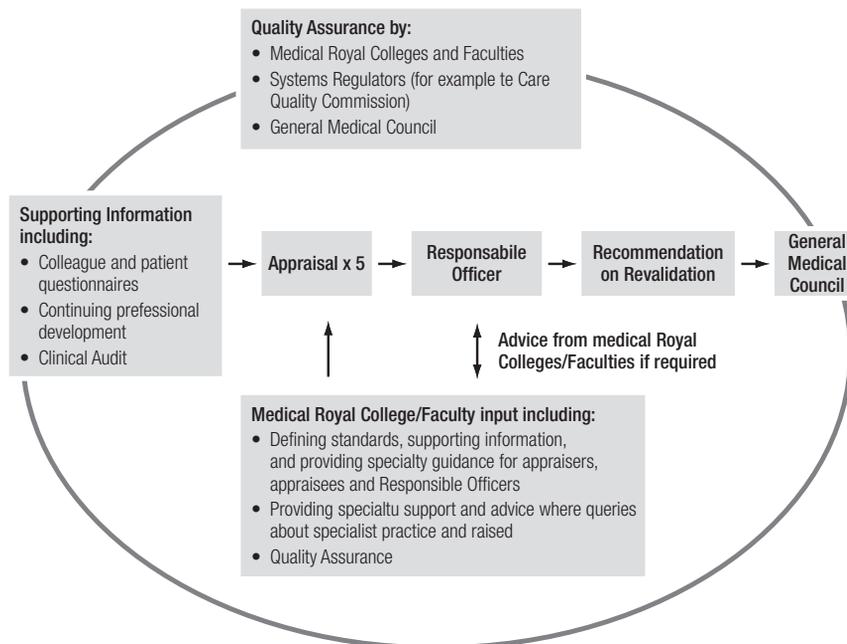
Nel processo di rivalidazione, la valutazione della performance assume un ruolo cruciale, in quanto supporto principale alla conferma dell'abilitazione alla pratica medica. In effetti, come più nel dettaglio esplicitato nel successivo paragrafo, il GMC ha sviluppato un *framework* (GMC, 2011a) che spinge verso una migliore gestione dei processi di valutazione, esplicitando anche le informazioni che devono necessariamente costituire il supporto per una corretta, efficace e regolare valutazione dei medici. La Figura 17.6 sintetizza il processo di rivalidazione che, come già detto, prevede la raccolta di informazioni sulla pratica del medico al fine di consentire a ciascuna organizzazione di formulare delle valutazioni annuali sul medico stesso.

Tali valutazioni sono esaminate attentamente dal *Responsible Officer* (RO), una nuova figura professionale definita dalla stessa legge che istituisce il meccanismo della rivalidazione. Il RO, oltre a formulare le raccomandazioni relative a ciascun medico di sua competenza per il GMC, è anche responsabile dell'adeguatezza dei sistemi di *governance* e di valutazione all'interno dell'organizzazione, al fine di supportare al meglio il processo di rivalidazione.

Il sistema di valutazione del National Health Service

Tutti i medici che fanno parte del sistema NHS sono tenuti a ricevere valutazioni annuali. Una valutazione efficace e regolare costituisce il cuore della rivalidazione ed è quindi essenziale che tali processi siano gestiti al meglio. Per questo motivo, il GMC ha sviluppato una guida per la valutazione dei medici, la *Good Medical Practice*, che definisce le aree che la valutazione deve comprendere e su

Figura 17.6 Il processo di rivalidazione



Fonte: www.revalidationsupport.co.uk

cui in seguito si baserà la rivalidazione. La valutazione di un medico, generalmente, viene effettuata da un collega (pari), adeguatamente formato, che possiede una certa familiarità con quel tipo di lavoro e dovrebbe essere svolta annualmente, dal momento che per la rivalidazione (ogni cinque anni) sono necessarie cinque valutazioni consecutive del medico.

Il NHS esplicita in maniera chiara quelli che sono gli obiettivi primari della valutazione medica:

- ▶ individuare le esigenze di sviluppo personale e professionale dei medici;
- ▶ garantire che i medici aderiscano al *framework* Good Medical Practice elaborato dal GMC.

Quest'ultimo definisce quattro grandi ambiti che riescono a coprire l'intera gamma delle attività del medico, e cioè:

- ▶ conoscenze, competenze e performance;
- ▶ sicurezza e qualità;
- ▶ comunicazione e *teamwork*;
- ▶ mantenimento della fiducia (*maintaining trust*).

Ciascun ambito viene declinato e descritto più nello specifico con tre attributi (Figura 17.7).

Per dimostrare la propria competenza su tutti i suddetti domini, i medici devono raccogliere una serie di informazioni durante il proprio lavoro; in particolare, sempre il GMC ha redatto un documento che descrive nello specifico le informazioni necessarie da fornire a supporto della valutazione (GMC, 2011b). Il GMC propone inoltre di costruire e mantenere un *portfolio* (cartaceo o elettronico), che consenta di raccogliere in maniera ordinata ed efficace tutte le informazioni necessarie (informazioni generali, cicli di aggiornamento, analisi della propria pratica medica, *multisource feedback*). Sebbene non sia strettamente necessario strutturare il processo di valutazione esattamente come il *framework* propone, molti medici, valutati e valutatori, preferiscono comunque mantenerne la struttura, dal momento che la ritengono particolarmente utile ed efficace ai fini del colloquio di valutazione. È importante sottolineare come la mera raccolta accurata delle informazioni richieste non sia di per sé sufficiente per il buon esito della valutazione della performance; infatti, i fattori che maggiormente vengono considerati sono la riflessione critica sulla propria pratica medica che le informazioni raccolte riescono a stimolare ed il modo in cui le informazioni supportano l'aderenza ai principi e ai valori della *Good Medical Practice*, e quindi tradursi nella conferma dell'abilitazione all'esercizio della professione medica. Da ultimo il NHS ha pubblicato la *Medical Appraisal Guide* per fornire ai medici e alle organizzazioni informazioni sul processo di valutazione. In particolare, quest'ultimo è stato articolato su tre fasi: la prima che contiene gli *input* della valutazione, ossia le informazioni necessarie a supportarla, come precedente-

Figura 17.7 Il framework Good Medical Practice

Knowledge, skills and performance	Safety and quality	Communication, partnership and teamwork	Maintaining trust
<ul style="list-style-type: none"> • Maintain your professional performance • Apply knowledge and experience to practice • Ensure that all documentation (including clinical records) formally recording your work is clear, accurate and legible 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribute to and comply with systems to protect patients • Respond to risk to safety • Protect patients and colleagues from any risk posed by your health 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicate effectively • Work constructively with colleagues and delegate effectively • Establish and maintain partnership with patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Show respect for patients • Treat patients and colleagues fairly and without discrimination • Act with honesty and integrity

Fonte: Nostra rielaborazione da «Good Medical Practice framework for appraisal and revalidation, GMC, 2011a

mente descritto; la seconda fase è costituita dal colloquio di valutazione riservato, in cui è di vitale importanza discutere attivamente delle informazioni fornite, facendo emergere le riflessioni critiche su ciò che le informazioni dicono della pratica del medico, identificando gli spazi di miglioramento e individuando le azioni necessarie a produrre un significativo miglioramento dell'attività del medico; la terza ed ultima fase è costituita dagli *output* della valutazione, che consistono essenzialmente nella redazione di un piano di sviluppo personale e nella sintesi dei risultati emersi dal colloquio di valutazione individuale.

Nel processo di valutazione, inoltre, vengono identificati alcuni accorgimenti che favoriscono l'efficacia del processo stesso, come la garanzia della riservatezza e dell'anonimato e la formazione apposita per coloro che dovranno assumere il ruolo di valutatori nel processo.

In conclusione, il NHS fornisce un servizio che crea un circolo virtuoso, aiutando il sistema a migliorare se stesso; infatti, viene proposto sia al valutato che al valutatore un questionario da compilare in cui sono elencate delle *proxy* che indicano se la valutazione è stata efficace o meno e, se no, in quale fase del processo, in modo da identificare eventuali margini di miglioramento dell'intero processo di valutazione.

17.3.4 I trend emergenti

Alla luce delle esperienze internazionali analizzate, possono essere identificate alcune tendenze che i paesi più sviluppati sul tema della valutazione della performance dei medici hanno in comune. Nello specifico, si tratta di:

- ▶ spinta all'introduzione e allo sviluppo dei sistemi di valutazione della performance;
- ▶ presenza di una *mission* e di finalità chiare e puntuali dei sistemi di valutazione;
- ▶ particolare attenzione al mantenimento nel tempo della professionalità e del livello di qualità delle competenze, finalizzato ad un più generale miglioramento della qualità delle cure erogate;
- ▶ forte enfasi sulle finalità di sviluppo/crescita dei professionisti;
- ▶ presenza di molteplici dimensioni di valutazione della performance, a supporto di una visione complessiva della pratica del professionista; nello specifico, oltre alla dimensione clinica, sono previste altre dimensioni quali i comportamenti, le capacità gestionali e l'attività di didattica/ricerca;
- ▶ ricorso ad un mix composito di strumenti di valutazione, in funzione della specifica dimensione di valutazione: attenuarsi del ruolo della «scheda» di valutazione quale strumento di standardizzazione;
- ▶ particolare sviluppo e diffuso utilizzo dei sistemi a 360° per la valutazione dei comportamenti: il superiore gerarchico non è più detentore esclusivo dello strumento di valutazione;

- ▶ alcuni comportamenti oggetto di valutazione ricorrente: comunicazione, collaborazione/team work, e professionalità;
- ▶ modalità alternative di espressione del giudizio: posizionamento assoluto e relativo e giudizi qualitativi;
- ▶ attenzione alla trasparenza del processo di valutazione e alla riservatezza degli esiti;
- ▶ sensibilità al tema della «valutazione della valutazione»: introduzione di strumenti per verificare l'efficacia del processo di valutazione all'interno dell'organizzazione.

Sulla base di queste osservazioni, sono emersi gli stimoli per la creazione di un modello di valutazione della performance che si ispirasse alle tendenze più all'avanguardia delle pratiche internazionali, pur tenendo in considerazione le specificità del contesto italiano.

17.4 La valutazione dei medici: un possibile modello di attuazione

17.4.1 Premessa

L'analisi della letteratura e di alcune esperienze internazionali, in rapporto allo specifico contesto nazionale, hanno stimolato la necessità di intraprendere una linea di discontinuità con il passato provando ad ipotizzare e proporre un modello di valutazione allineato ai principali *trend* individuati.

In particolare, i principi fondamentali del sistema sono stati identificati nel:

- ▶ promuovere una logica *formative* piuttosto che *summative* e dunque propendere per un sistema che fornisca ai medici un *feedback* costante sulla loro performance. Di conseguenza, intraprendere adeguati percorsi formativi al fine di colmare *gap* di competenza e/o accompagnarne le fasi di crescita e sviluppo;
- ▶ privilegiare una visione olistica della performance dei medici, tenendo in considerazione le più tradizionali competenze e abilità cliniche, ma anche altre caratteristiche, capacità e comportamenti che pure risultano fondamentali ai fini di una performance eccellente;
- ▶ optare per l'adozione di un orizzonte pluriennale di valutazione, necessario per verificare i percorsi di crescita e sviluppo per i quali è spesso opportuno un arco temporale di più ampio respiro rispetto a quello annuale;
- ▶ utilizzare le valutazioni in ottica comparativa, costruendo *benchmark* e *trend*, in modo da poter valutare la performance di un medico rispetto a quella degli altri che svolgono i suoi stessi compiti, poter verificare l'andamento della performance nel tempo e poter assicurare la continuità del processo di valutazione;

- favorire la raccolta di *feedback* sulla performance da una pluralità di fonti/ soggetti valutatori, in modo da rendere maggiormente oggettive le valutazioni soprattutto su temi, come i comportamenti, che possiedono un'intrinseca componente di soggettività.

Per concretizzare ed attuare in maniera opportuna tutti gli elementi appena descritti, le organizzazioni devono essere in possesso di alcuni requisiti che fungono da presupposti necessari all'efficace implementazione del modello.

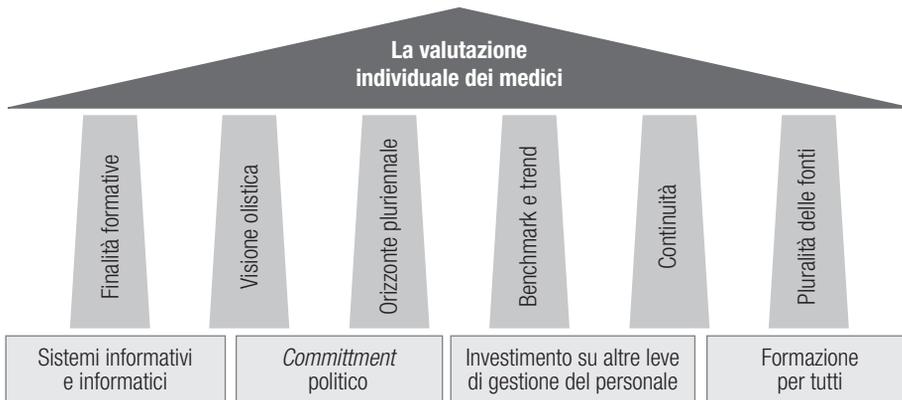
Anzitutto, è necessario poter disporre di sistemi informativi ed informatici all'avanguardia ed estremamente efficienti, non solo perché la mole di dati da processare sarebbe piuttosto elevata, ma anche perché risulterebbe più dispendioso effettuare elaborazioni complesse con sistemi obsoleti.

In secondo luogo, risulta di fondamentale importanza il *commitment* politico nei confronti dello sviluppo e dell'elaborazione di un sistema di questo tipo: in altre parole, bisogna credere fortemente nella validità e nell'utilità di questo strumento ed essere disposti a investirvi il tempo e le risorse necessarie ed opportune. Il *commitment* dei vertici, comunque, rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente laddove manchi una cultura organizzativa sensibile al tema e pronta a recepire una tale innovazione gestionale.

In terzo luogo, in contemporanea con lo sviluppo di un sistema di valutazione innovativo, è importante agire e potenziare le collegate leve di gestione del personale, quali, ad esempio, il *job design*, il clima organizzativo e i carichi di lavoro, per rendere più credibile il processo e per comunicare l'importanza del fatto che l'intero sistema di gestione del personale risulta coinvolto ed integrato.

Infine, un ruolo particolare riveste la formazione; infatti, se lo scopo del sistema di valutazione è quello di promuovere lo sviluppo delle persone, alle valuta-

Figura 17.8 **I pilastri e i presupposti del modello di valutazione**



Fonte: nostra elaborazione

zioni deve effettivamente fare seguito non solo un piano di formazione apposito e personalizzato finalizzato a soddisfare le esigenze formative del medico oggetto di valutazione, ma anche la realizzazione di cicli di formazione effettivi.

Fatte le dovute premesse (sintetizzate nella Figura 17.8), è ora possibile presentare il *framework* che costituisce il cuore del sistema di valutazione proposto.

17.4.2 Il modello di valutazione per i medici

Lo sviluppo di un sistema di valutazione della performance dei medici passa attraverso:

- ▶ l'identificazione e la condivisione delle finalità;
- ▶ l'individuazione delle dimensioni della valutazione;
- ▶ la messa a punto degli strumenti e del processo;
- ▶ le scelte in merito alle conseguenze della valutazione e l'eventuale collegamento con il sistema premiante.

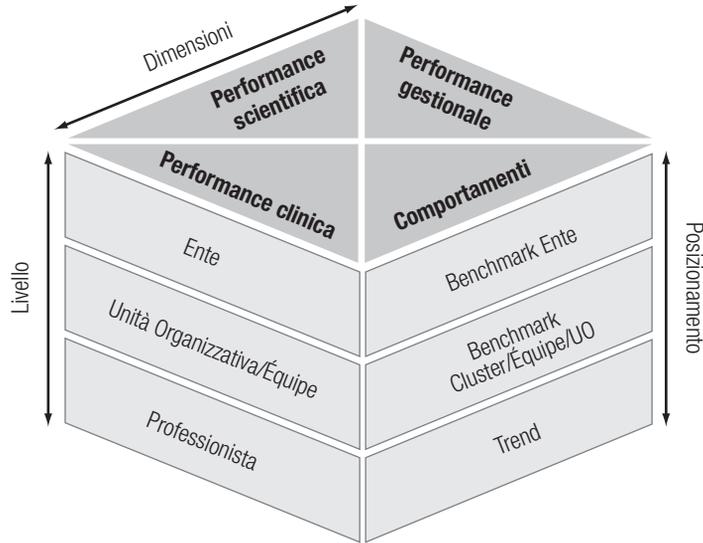
Il presente contributo⁵, come anticipato nel precedente paragrafo, si è concentrato sulla costruzione di un sistema prevalentemente volto allo sviluppo e alla crescita del professionista medico. Pertanto, nel prosieguo, ci si concentrerà sull'individuazione delle dimensioni, degli strumenti e delle principali caratteristiche del processo. Alcune riflessioni sul collegamento con i sistemi premianti e i meccanismi di carriera sono riportate nel paragrafo conclusivo.

Le dimensioni della valutazione

Il modello ipotizzato si sviluppa lungo tre variabili (Figura 17.9). La prima, le dimensioni, costituisce l'oggetto vero e proprio della valutazione ed inquadra la performance del medico in quattro differenti punti di vista: la performance clinica, gestionale, scientifica e i comportamenti. La seconda riguarda il livello della valutazione: il professionista, l'UO/équipe e l'azienda nel suo complesso. In particolare, in questa sede, ci si concentrerà sul livello della valutazione individuale, fermo restando che le dimensioni descritte e molti degli indicatori nel seguito proposti possano rientrare, in una logica a cascata, nella valutazione dell'UO/équipe o dell'intera struttura. La terza variabile, infine, si riferisce ai criteri di comparazione della performance, mostrando il posizionamento del medico nel tempo (*trend*), rispetto ad altri medici che svolgono indicativamente le stesse attività (*cluster*, UO o équipe a seconda dell'organizzazione) o, qualora risultasse significativo, rispetto a tutti i professionisti dell'ente.

⁵ Si ricorda che il modello è stato sviluppato nell'ambito di un progetto di ricerca realizzato per conto dell'Istituto Clinico Humanitas.

Figura 17.9 **Il modello di valutazione**



Fonte: nostra elaborazione

Più specificamente le quattro dimensioni di analisi possono essere così sintetizzate:

- ▶ performance clinica: i risultati dell'attività clinica sul paziente;
- ▶ performance scientifica: i risultati dell'attività di ricerca e didattica;
- ▶ performance gestionale: i risultati dell'attività di programmazione, organizzazione e gestione delle risorse;
- ▶ comportamenti: le modalità con cui le competenze a supporto della performance clinica, scientifica e gestionale si manifestano.

Ciascuna dimensione può assumere rilevanza diversa in funzione del contesto, del ruolo ricoperto e del livello di *seniority* del medico. Molto probabilmente in un Policlinico Universitario o in un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) la performance scientifica potrebbe avere una rilevanza maggiore rispetto ad una Azienda ospedaliera come, allo stesso modo, la performance gestionale potrebbe rappresentare un punto di attenzione più per coloro che hanno responsabilità organizzative o, più semplicemente, per coloro che hanno una maggiore anzianità di servizio.

Il modello proposto non identifica un «peso» percentuale da attribuire alla singola dimensione. Tale scelta è da ricondursi non tanto alla volontà di lasciare la singola realtà organizzativa libera di individuare diverse alternative in funzione delle tre variabili richiamate (contesto, ruolo e *seniority*), quanto piuttosto all'idea che:

- ▶ non necessariamente si debba arrivare ad un «voto» finale che rappresenti sinteticamente in un numero la performance di un medico;
- ▶ è forse più utile avere un modello di riferimento che consenta di muoversi rispetto alle peculiarità e alle aspettative del singolo. Le quattro dimensioni rappresentano ambiti di crescita e sviluppo rispetto ai quali ogni medico manifesta esigenze differenti. Ad esempio, se un medico è maggiormente incline alla carriera accademica, nella sua valutazione complessiva verrà data particolare attenzione alla performance scientifica.

Ciò non toglie che la singola organizzazione, nel caso lo ritenga opportuno, possa optare per l'esplicitazione, la differenziazione dei pesi e il calcolo di uno *score* di valutazione della performance complessivo.

Il passaggio successivo considera lo sviluppo delle dimensioni di analisi. La performance clinica, ad esempio, è articolata in tre macro-ambiti: casistica, esito e processo. Per quanto riguarda la casistica è possibile prendere in considerazione gli interventi e/o le prestazioni eseguite, il *case-mix*, piuttosto che i casi trattati. Possibili indicatori di esito possono essere considerati il tasso di mortalità, di ricovero e di re-intervento. Da ultimo, possono essere riferiti al processo i dati di infezioni, utilizzo di sangue e degenza media. È evidente che con riferimento ad alcune specialità (ad esempio quelle chirurgiche, piuttosto che medicina d'urgenza o anestesia), l'individuazione di indicatori di esito è più semplice ed immediata. Per le specialità mediche e i servizi l'identificazione può richiedere più tempo e strumenti di rilevazione più sofisticati e comunque ad oggi meno diffusi.

Con riferimento alla performance scientifica sono previsti quattro macro-ambiti: analisi bibliometrica, ricerca, didattica e visibilità. Nell'analisi bibliometrica possono essere considerati indicatori quali *Impact Factor* ed *H Index* con riferimento all'arco temporale che si ritiene più opportuno ed eventualmente normalizzati in funzione dell'età. Possono ricadere nell'ambito della ricerca informazioni quali il n. di pubblicazioni, il numero e il valore di *grant* acquisiti e il n. di *trial* clinici ai quali si partecipa. Per quanto riguarda la didattica è possibile considerare il n. di ore effettuate, il n. di studenti tutorati e la *customer satisfaction* della docenza. In termini di visibilità, la partecipazione a congressi di società scientifiche nazionali e internazionali e i ruoli ricoperti all'interno delle stesse possono essere una buona *proxy*.

La performance gestionale fa riferimento ad un più ampio spettro di sotto-dimensioni: budget, servizi, *operation*, processi, sicurezza e personale. È bene sottolineare che gli ambiti e gli indicatori anche in questo caso, nella logica del modello, sono da intendersi «individuali», ovvero calcolati per ogni singolo medico. Chiaramente gli stessi ambiti se immaginati per un'unità o per l'ente nel suo complesso potrebbero prevedere un maggior numero di indicatori. Ciò premesso, in tema di budget possono essere considerati indicatori quali i livelli di consumo (ad esempio di determinati farmaci o presidi), i ricavi generati e la percentuale di

utenza da fuori regione. Per quanto concerne i servizi possono essere calcolati indicatori quali la *customer satisfaction* (risultati di un questionario a cura dei pazienti), i tempi di attesa pre-visita e i tempi di refertazione. Con riguardo alle *operation* le cancellazioni, i tassi di saturazione (ad esempio di ambulatori e sale operatorie), il tasso di dimissione entro un determinato orario e la puntualità potrebbero costituire indicatori ai quali attingere. Rispetto ai processi, sicuramente il livello di *compliance* con procedure, protocolli e percorsi piuttosto che i tempi e la corretta compilazione della documentazione clinica, possono fornire importanti informazioni nella valutazione complessiva. In relazione alla sicurezza è possibile considerare il tasso di frequenza della formazione in materia, la conoscenza delle norme e la presenza di eventuali report sulla gestione dei rischi. Da ultimo, nell'ambito personale potrebbe essere presa in considerazione l'attività di formazione nella sua accezione più ampia (sviluppo professionale continuo): ore di formazione, partecipazione a *audit* e compilazione del *portfolio*.

Infine, il macro-ambito comportamenti considera le capacità che con maggior frequenza ricorrono nella letteratura e nelle esperienze internazionali analizzate: comunicazione, professionalità, gestione dei conflitti, collaborazione e *team work*, *leadership* e decisione. Rispetto alla comunicazione si osserva se il medico comunica in maniera efficace con i pazienti, fornendo adeguate informazioni e tenendo in considerazione il loro punto di vista, con i collaboratori, facilitando la comunicazione e incoraggiandoli a contribuire alle discussioni, e con gli altri medici, trasmettendo tutte le informazioni necessarie al fine di ottenere la migliore cura possibile per i pazienti. La collaborazione e il *teamwork* fanno riferimento a come i medici lavorano cooperando effettivamente con le altre professionalità coinvolte nella cura dei pazienti. La capacità di prendere decisioni considera aspetti quali i tempi, la scelta tra alternative, la conseguente pianificazione delle azioni e la valutazione dei rischi. La professionalità verifica se il medico persegue la salute e il benessere degli individui e della società, attraverso l'esercizio della propria pratica secondo etica professionale e assicurando elevati *standard* personali di comportamento. Attraverso la *leadership* si dovrebbe valutare quando il medico mostri rispetto per le esigenze dei membri del proprio *team* che supporta attraverso un aiuto sia conoscitivo che emotivo, riconoscendo le abilità e sostenendo la crescita personale e professionale. Infine, il medico che gestisce i conflitti esprime la capacità di analizzare i problemi sorti nel gruppo o con i pazienti, ricercando nelle persone coinvolte degli stimoli per lo sviluppo di soluzioni efficaci.

Come è possibile osservare, il numero di ambiti e di indicatori è piuttosto elevato in quanto lo scopo è fornire una rappresentazione olistica della performance del medico. È logico aspettarsi, a maggior ragione in una fase iniziale, che un'organizzazione opti per un limitato numero di metriche in funzione del livello di significatività/rilevanza per l'organizzazione stessa, e della semplicità di rilevazione. Parallelamente è comunque lecito ritenere che più il professionista si vede «rappresentato» più sarà in grado di cogliere e valorizzare gli esiti del *feedback*.

Metodi e strumenti

Descritte le dimensioni e i possibili contenuti, il passaggio successivo si concentra sulla modalità di rappresentazione della performance. Il modello, ricordiamo, prevede un orizzonte pluriennale e la promozione di una logica di *benchmark* e di confronto nel tempo: se l'obiettivo è la crescita e lo sviluppo del medico non è opportuno adottare un approccio di valutazione *spot* che osservi un periodo circoscritto (l'anno) e non consideri i progressi fatti su di un adeguato arco temporale. Per questo motivo l'ipotesi è che il singolo professionista abbia la possibilità di vedere illustrata la propria performance attraverso delle schede e dei grafici.

La Figura 17.10 evidenzia una possibile rappresentazione delle schede a supporto del sistema. Come è possibile osservare, la scheda riporta gli ambiti, alcuni degli indicatori ipotizzati, un *target* individuale, se calcolabile e prevedibile, il risultato prodotto, la percentuale di scostamento rispetto al *target* individuale o alla media di UO/Ente e, infine, il *trend* dell'indicatore rispetto all'anno precedente. Va specificato che rispetto ai comportamenti la scelta è quella di introdurre un *multi-source feedback* che preveda più fonti di valutazione.

Oltre alla possibilità di accedere a schede personalizzate, potrebbe essere

Figura 17.10 **Le schede di valutazione della performance**

Scheda Performance clinica				
	Indicatori	Risultato	Scostamento dalla media (%)	Trend (↑, ↔, ↓)
Casistica	DRG 1 N. casi			
	DRG 2 N. casi			
	DRG 3 N. casi			
	DRG 4 N. casi			
Esito	DRG 1 Tasso di riammissione entro 45 giorni			
	DRG 2 Tasso di riammissione entro 45 giorni			
	DRG 3 Tasso di riammissione entro 45 giorni			
	DRG 4 Tasso di riammissione entro 45 giorni			
Processo	DRG 1 Tasso di infezioni			
	DRG 2 Tasso di infezioni			
	DRG 3 Tasso di infezioni			
	DRG 4 Tasso di infezioni			
	DRG 1 Degenza media			
	DRG 2 Degenza media			
	DRG 3 Degenza media			
	DRG 4 Degenza media			

Figura 17.10 (segue)

Scheda Performance gestionale					
	<i>Indicatori</i>	<i>Target individuale</i>	<i>Risultato</i>	<i>Scostamento dal target individuale (%)</i>	<i>Trend (↑, ↔, ↓)</i>
Budget	Ricavi totali				
	Utenti fuori regione				
Servizi	Tempi attesa utenti				
	Customer utenti (360)				
Operation	Puntualità inizio visite/ sedute				
	Degenza media pre-operatoria				
	Orario dimissione paziente				
Processi	Completezza documentazione clinica				
	Rispetto percorso XX				
Sicurezza	Formazione obbligatoria				
Staff	Formazione				

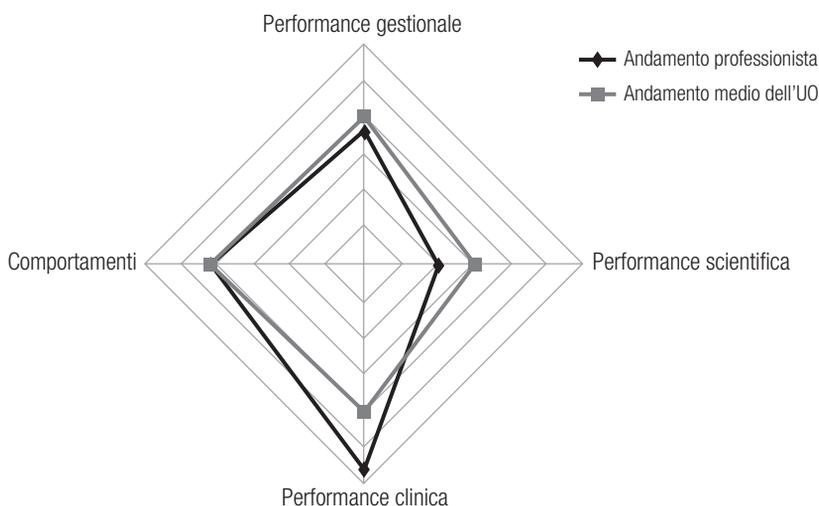
Scheda Performance scientifica				
	<i>Indicatori</i>	<i>Risultato</i>	<i>Scostamento dalla media (%)</i>	<i>Trend (↑, ↔, ↓)</i>
Analisi bibliometrica	Impact Factor ultimi 3 anni			
	H-index normalizzato x l'età			
Ricerca	N° Pubblicazioni			
	Grant assegnati in valore assoluto (*1 italiani - *2 internazionali)			
	Partecipazione a trial clinici			
Didattica	# sessioni d'insegnamento			
	Customer didattica (posizionamento)			
Visibilità/network	Speaker ad invito in congressi (* 1 nazionali * 2 internazionali)			
	Membership in società scientifiche (* 1 nazionali * 2 internazionali)			

Figura 17.10 (segue)

Comportamenti							
	Self	Superiore	Peers	Collaboratori	Pazienti	Score 360°	Scostamento dalla media (%)
Comunicazione							
Collaborazione e teamwork							
Capacità di prendere decisioni							
Professionalità							
Leadership							
Gestione dei conflitti							

molto utile produrre una rappresentazione grafica della performance. Un primo grafico significativo (Figura 17.11) potrebbe essere la sintesi del livello di performance raggiunto nelle quattro dimensioni indagate. La performance del singolo è quindi confrontata con la performance media raggiunta nei medesimi ambiti dalla totalità dei medici dell’Ente o, se lo si ritiene più opportuno, dei medici dell’UO di appartenenza o dei medici appartenenti allo stesso *cluster* professionale (chirurghi, internisti, ecc.).

Figura 17.11 La rappresentazione della performance complessiva



Fonte: nostra elaborazione

Con la stessa logica si procede alla rappresentazione più analitica della performance per ognuno dei macro-ambiti di analisi. I grafici permettono, con immediatezza, di identificare sia il livello di prestazione del medico rispetto al valore target di riferimento (che può essere un valore specifico definito internamente, un valore medio di UO/équipe o uno standard di riferimento esterno) che l'andamento, in crescita o in peggioramento, della prestazione nel tempo.

La Figura 17.12 riporta l'esempio della performance gestionale ed il relativo *trend* nel tempo. Come è possibile osservare (nel *trend* storico) un valore negativo in un ambito di performance gestionale implica che il professionista si è assestato al di sotto del *target* di riferimento.

Con un'a prospettiva «a cannocchiale», è possibile scendere a ulteriori livelli di dettaglio: a titolo di esempio si riporta un'esplosione degli ambiti in indicatori con riferimento alla performance scientifica (Figura 17.13).

Le caratteristiche del processo di valutazione

Terzo e ultimo passaggio da costruire è quello relativo alla gestione del processo di valutazione che prende in considerazione gli attori, le responsabilità, i tempi e gli effetti. In tal senso non è necessario, né auspicabile, fornire indicazioni prescrittive in quanto le scelte relative devono essere in linea con il *background* e le tradizioni dei singoli contesti organizzativi. Tuttavia pare opportuno suggerire un ventaglio di possibili scelte, che possono essere vagliate di caso in caso, relativamente al chi valuta, alla frequenza delle valutazioni, al livello di trasparenza su dati e informazioni e agli effetti prodotti.

Rispetto al «chi valuta» è necessaria una prima distinzione tra chi valuta in senso stretto e chi, eventualmente, restituisce la valutazione.

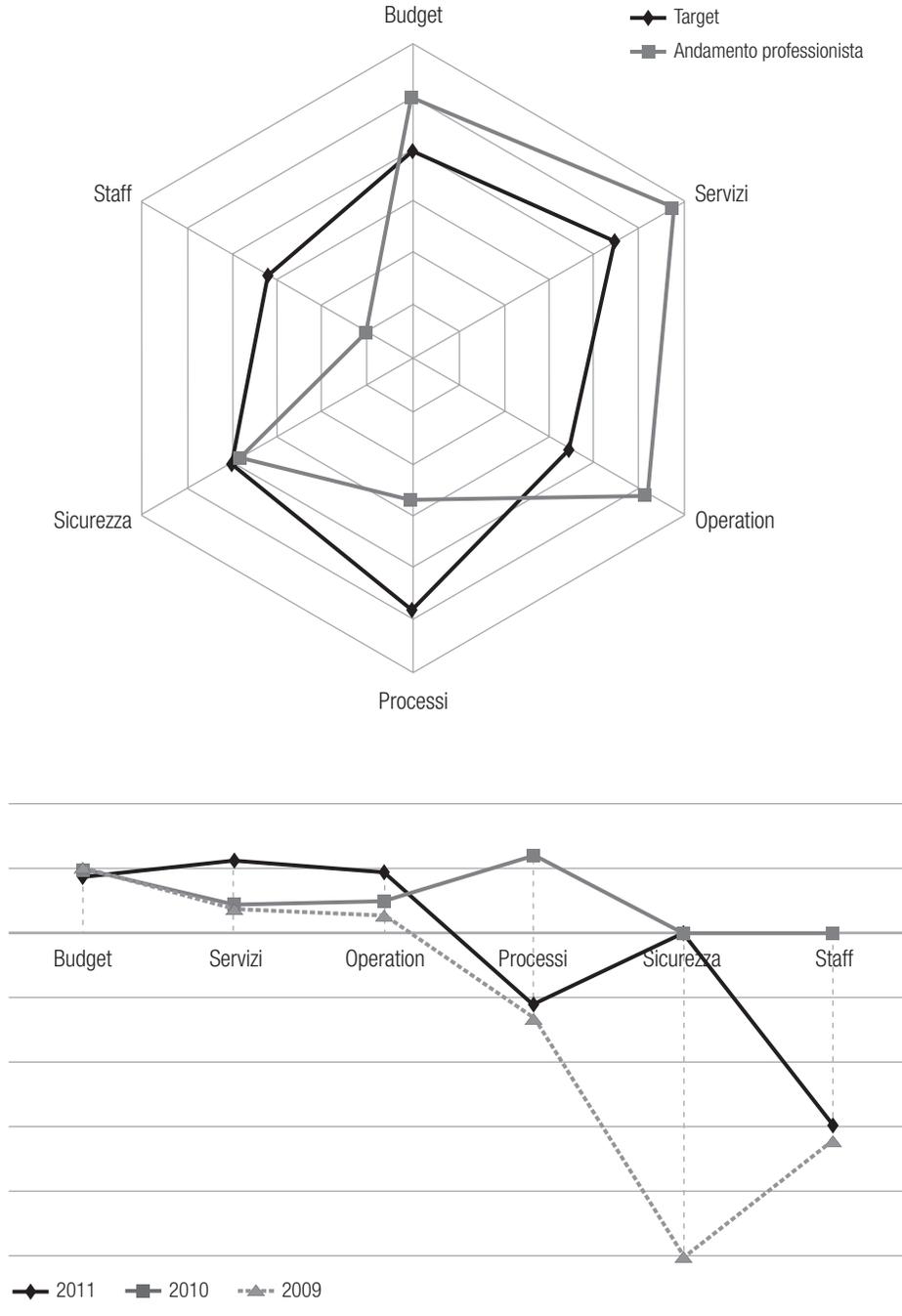
Nel caso della performance gestionale le fonti sono prevalentemente metriche, dunque si rende necessario individuare il ruolo o l'organismo che formuli il giudizio di sintesi. Tale compito potrebbe essere attribuito o al responsabile dell'UO, di cui il medico fa parte, o a un Comitato/Collegio aziendale che avrebbe il vantaggio di una visione complessiva.

Anche nel caso della performance scientifica si considerano indicatori quantitativi, molti dei quali forniti dal medico stesso, che andrebbero riletti in una prospettiva complessiva. Tale lavoro potrebbe essere svolto da un Comitato/Collegio a livello dipartimentale o aziendale, piuttosto che dal responsabile dell'UO.

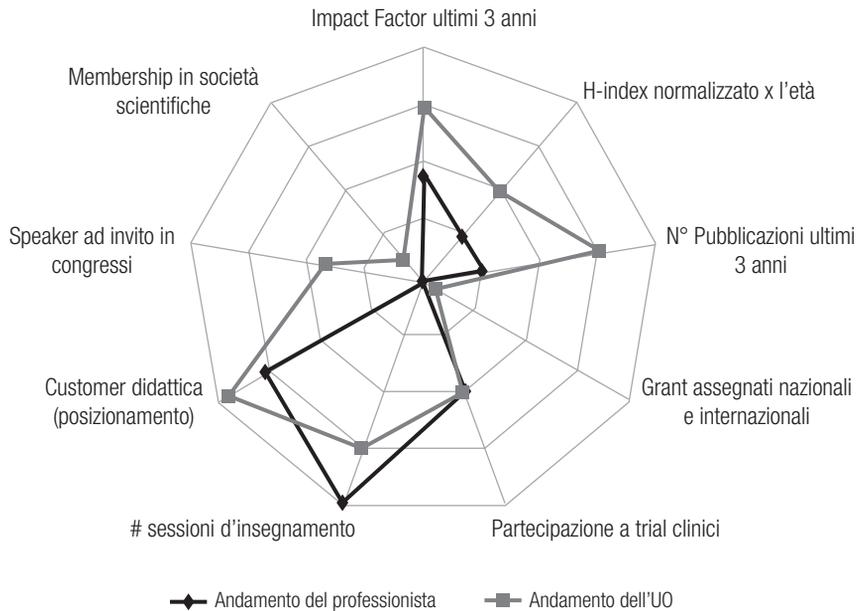
La performance clinica potrebbe essere il risultato di una rilettura da parte del superiore di dati quantitativi o di risultati di attività di *audit*, oppure potrebbe originare da una valutazione tra pari.

Per quanto riguarda i comportamenti la scelta del «360°» implica una pluralità di fonti tra cui autovalutazione, superiore, colleghi, collaboratori e pazienti. Una volta raggiunto uno *score* finale è fondamentale che ci sia un'analisi di

Figura 17.12 **La rappresentazione delle dimensioni della performance gestionale**



Fonte: nostra elaborazione

Figura 17.13 **La rappresentazione degli indicatori di performance scientifica**

Fonte: nostra elaborazione

quanto emerge dai risultati e un colloquio di restituzione, non necessariamente svolto dal superiore.

In ogni caso, a prescindere dalla presenza di eventuali Comitati/Collegi e/o esperti (ad esempio per la gestione del 360°), è indispensabile che sia identificato un ruolo che funga da collettore di tutte queste valutazioni ed un ruolo che restituisca all'interessato la visione complessiva che emerge della performance al fine di definire gli *step* necessari per colmare eventuali *gap* di conoscenza o per intraprendere un cammino di crescita e sviluppo. Questa figura potrebbe sicuramente essere il responsabile dell'UO o un professionista adeguatamente formato; in questo caso il responsabile dell'UO andrebbe comunque informato degli esiti del processo.

Per quanto concerne i tempi, la valutazione dovrebbe essere svolta annualmente. Si consiglia, in ogni caso, l'introduzione di un'ulteriore valutazione che consideri i miglioramenti raggiunti e i percorsi di crescita intrapresi su un arco temporale più lungo, ad esempio triennale. Tale è il periodo che si ritiene adeguato per dare effettivamente modo al professionista di «correggere» eventuali risultati/comportamenti e/o sviluppare nuove competenze.

È comunque importante che annualmente ci siano uno o più colloqui in cui si chiarisca e si faccia il punto sugli obiettivi/risultati annuali (sia di performance che di crescita e sviluppo) e sullo stato dell'arte sugli obiettivi pluriennali.

Un ulteriore aspetto rilevante e, allo stesso tempo, delicato del processo di

valutazione è il livello di *disclosure* della stessa. A riguardo, una possibile ipotesi potrebbe prevedere che:

- ▶ il singolo medico acceda alla sua valutazione e al posizionamento relativo rispetto a valori medi e/o *standard* professionali di riferimento;
- ▶ i diversi Comitati/Collegi/esperti, se previsti, abbiano delle rappresentazioni parziali in funzione dei contenuti gestiti;
- ▶ il responsabile dell'UO veda la valutazione di tutti i suoi collaboratori e il posizionamento medio della sua UO rispetto all'ente nel suo complesso (ad esempio, rispetto ai singoli comportamenti o indicatori gestionali, il responsabile potrebbe visionare il valore medio complessivo dei medici della sua UO rispetto al valore medio complessivo di Ente);
- ▶ il top management possa accedere a dati ed informazioni in precedenza concordate.

In ultima analisi, con riferimento agli effetti prodotti dal sistema, le logiche sulle quali il presente modello si fonda privilegiano la formulazione di un giudizio di sintesi narrativo che renda conto dei quattro ambiti valutati. Tale giudizio rappresenta il punto di partenza su cui costruire un Piano di sviluppo individuale che, al minimo, contenga:

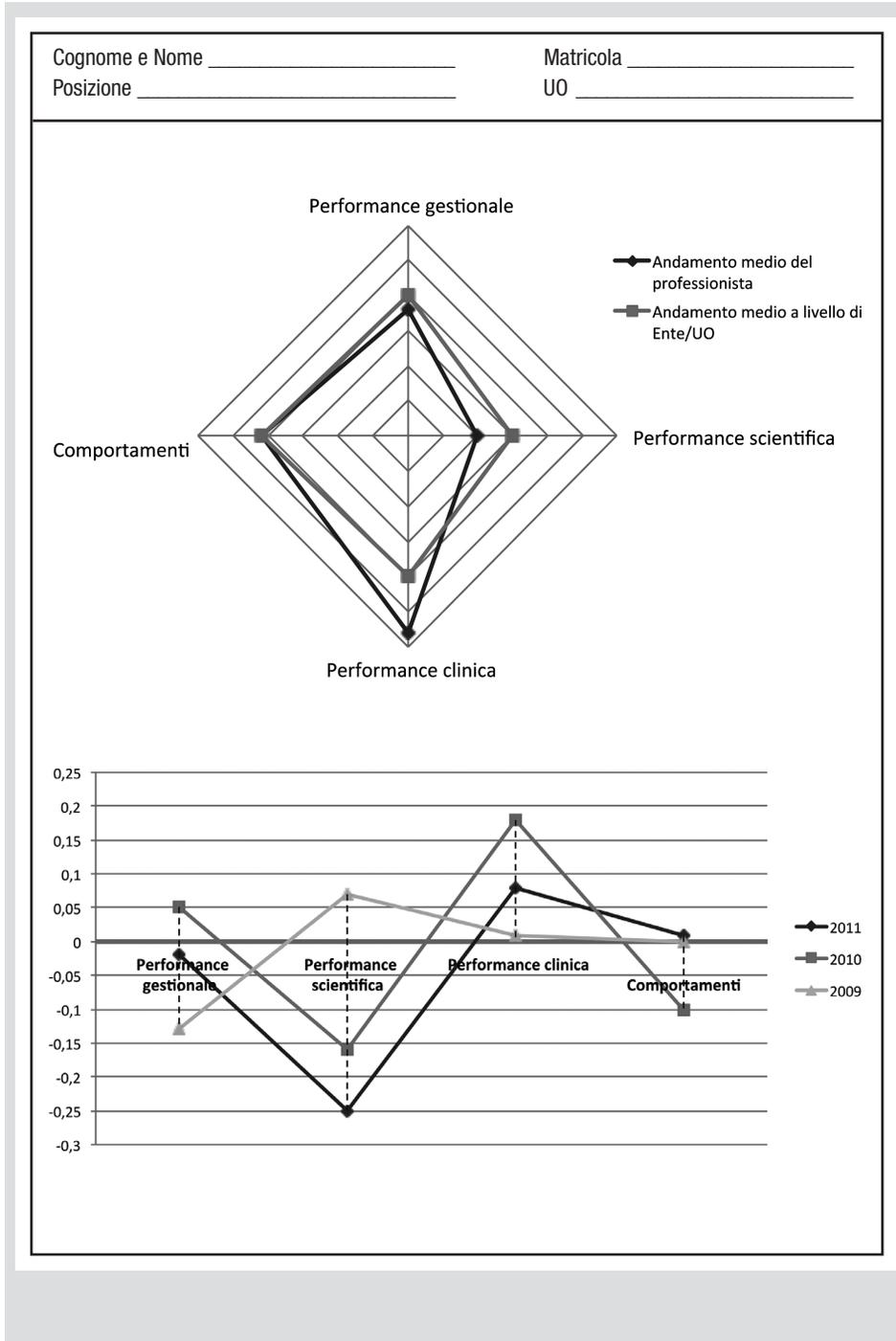
- ▶ le aree di miglioramento/crescita individuate e gli obiettivi puntuali;
- ▶ le tipologie di azione a supporto (formazione tradizionale, *coaching*, *mentorship*, partecipazione ad attività di *audit*, autoapprendimento, coinvolgimento in *trial* clinici, ecc.);
- ▶ i tempi di attuazione;
- ▶ le risorse a disposizione;
- ▶ gli indicatori di attuazione del Piano (Valutazione in itinere).

La costruzione e la discussione del Piano di sviluppo, in linea di principio, devono alimentare i colloqui di *feedback* in cui, oltre a ragionare sulla performance, si devono prospettare gli spazi di crescita/miglioramento e le condizioni per realizzarli (Box 17.1).

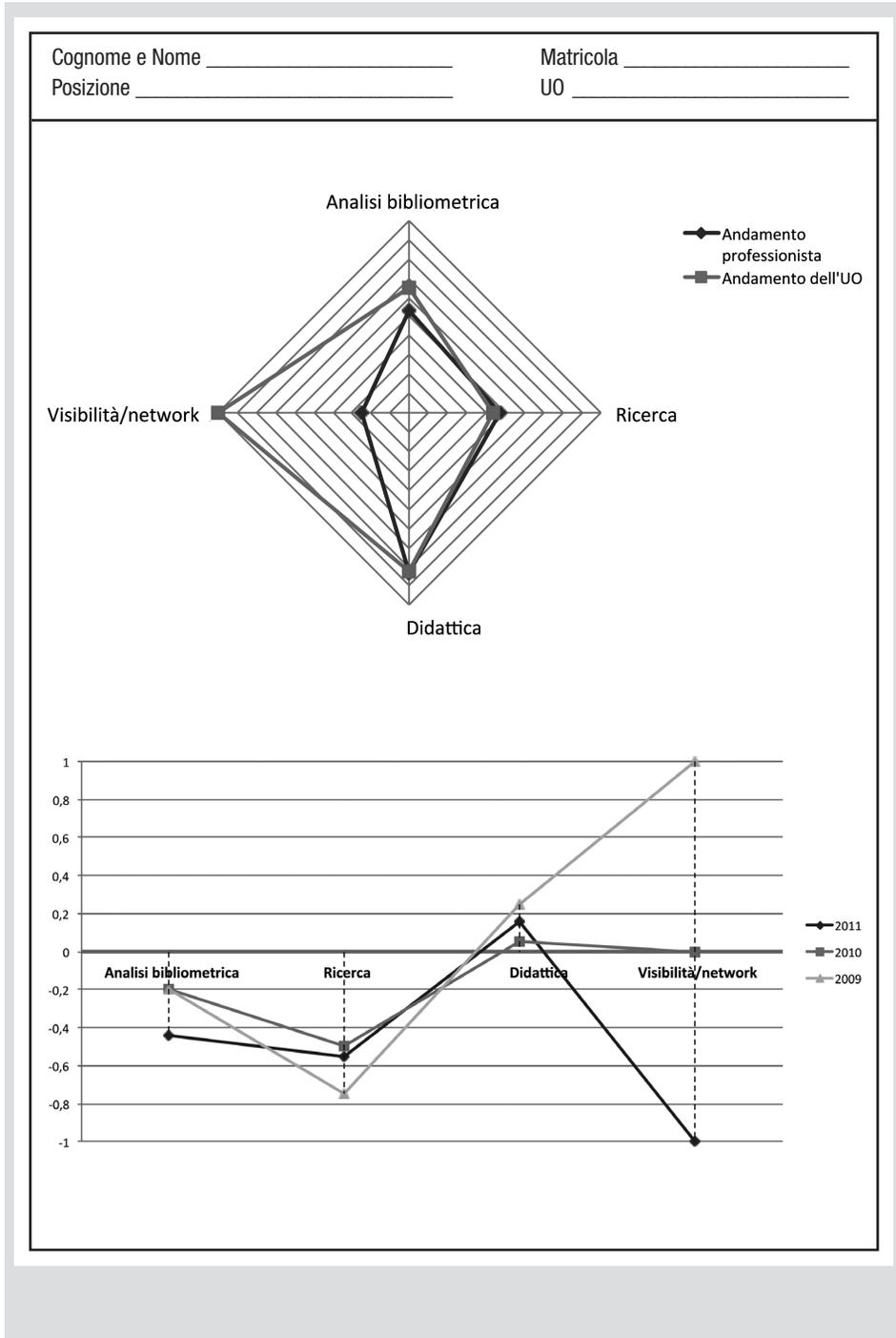
Box 17.1 **La gestione del colloquio di *feedback***

Il momento del colloquio di valutazione deve prevedere le riflessioni in merito alle quattro dimensioni di analisi previste e l'individuazione degli spazi di crescita/miglioramento. A supportare questo momento, al valutatore e al valutato sono fornite delle schede che mostrano il posizionamento del medico rispetto ai suoi risultati degli anni precedenti e rispetto ai risultati degli altri medici dell'Ente/UO/Équipe. L'obiettivo è quello di facilitare una visione complessiva immediata della performance, oltrepassando le logiche dei punteggi e proponendo confronti grafici più significativi. Ne sono un esempio le simulazioni di scheda illustrate sotto.

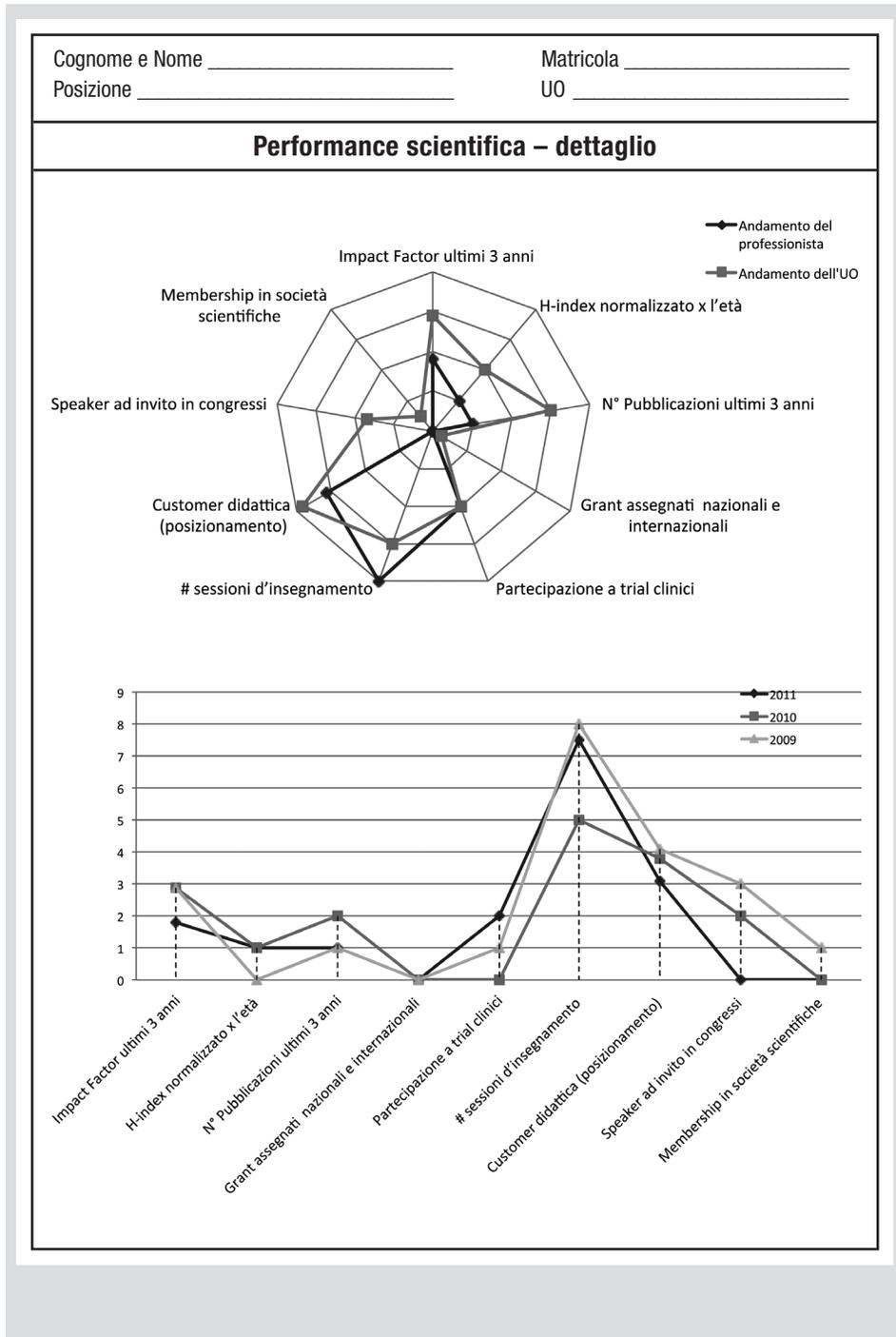
Box 17.1 (segue)



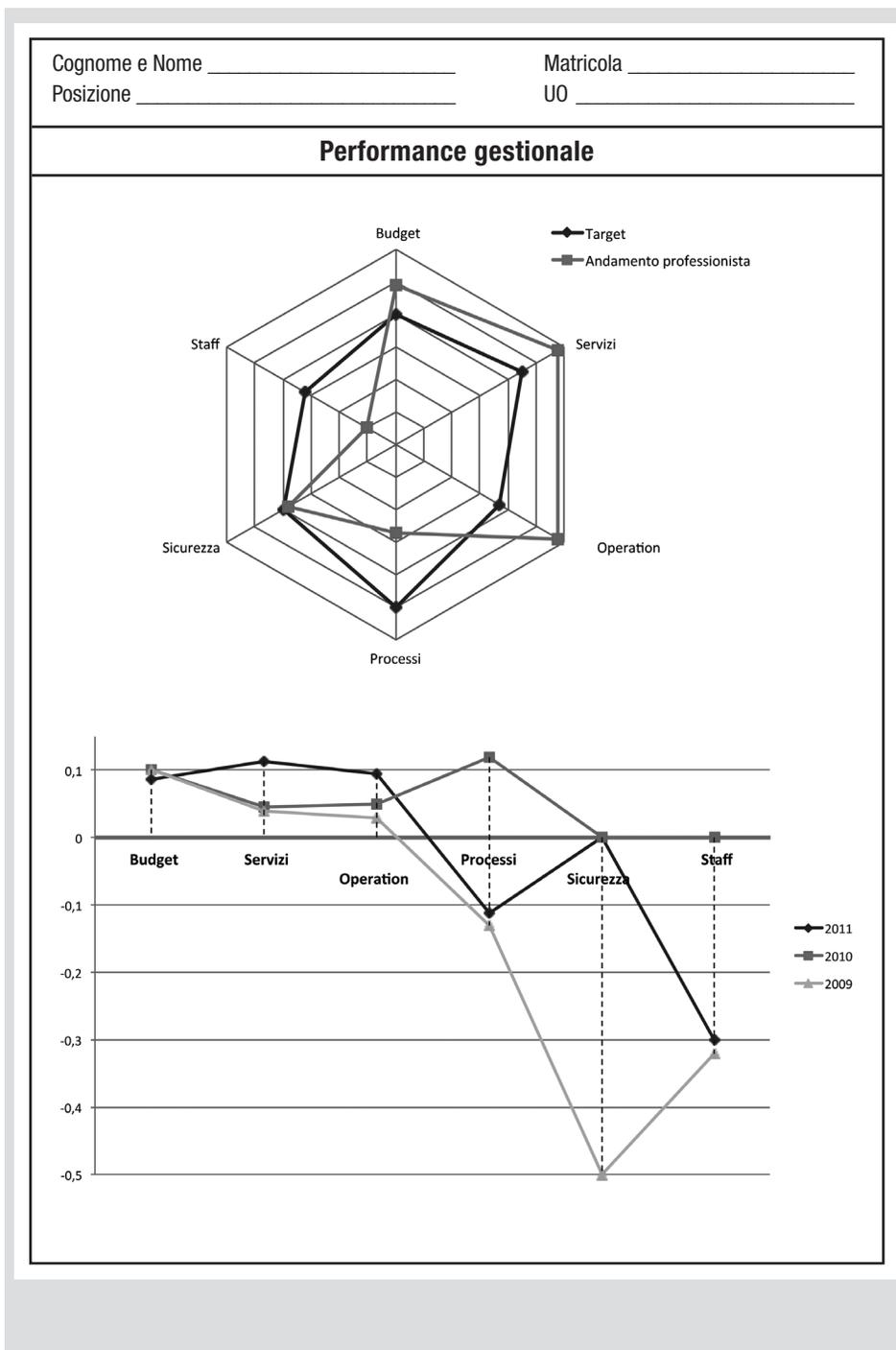
Box 17.1 (segue)



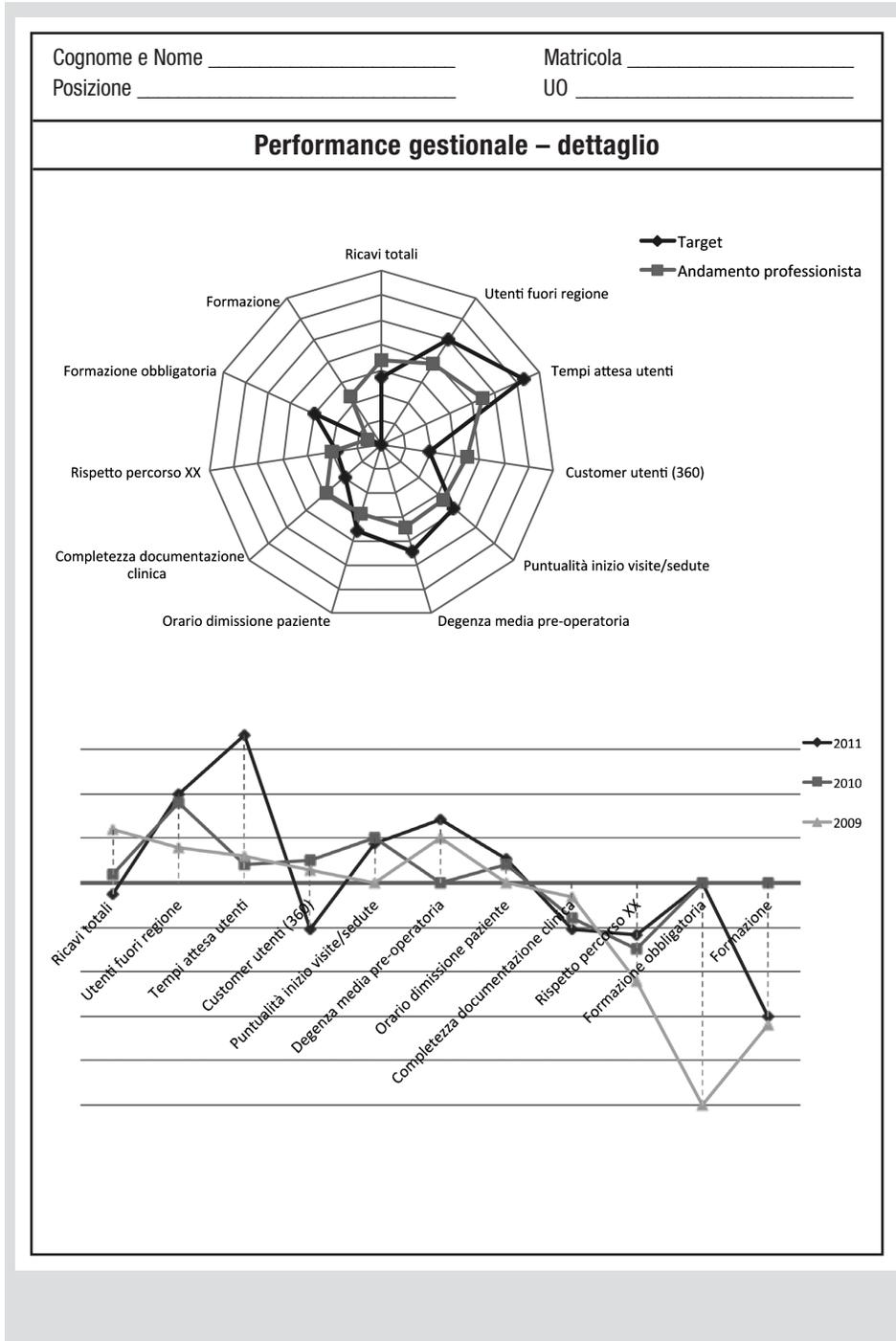
Box 17.1 (segue)



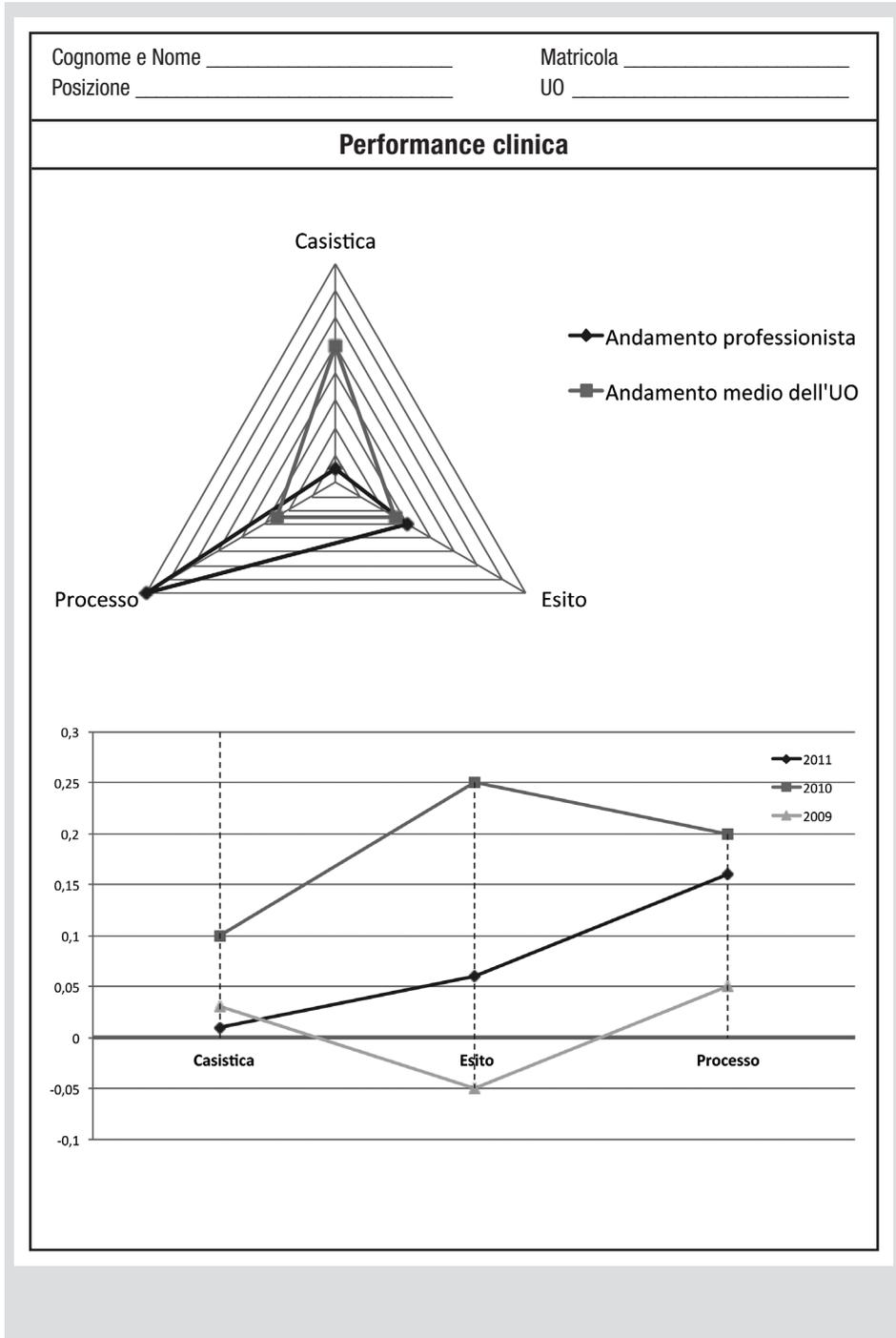
Box 17.1 (segue)



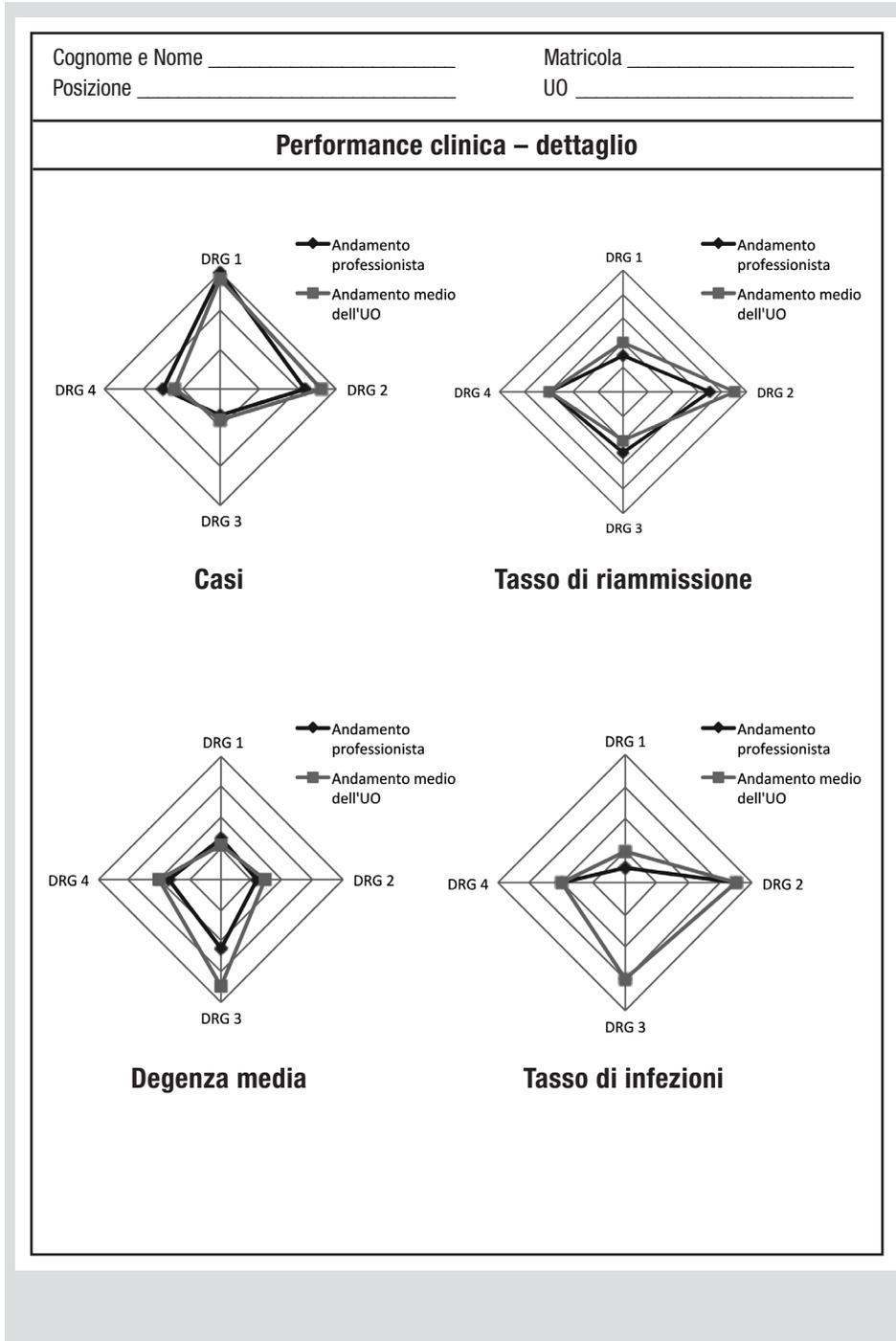
Box 17.1 (segue)



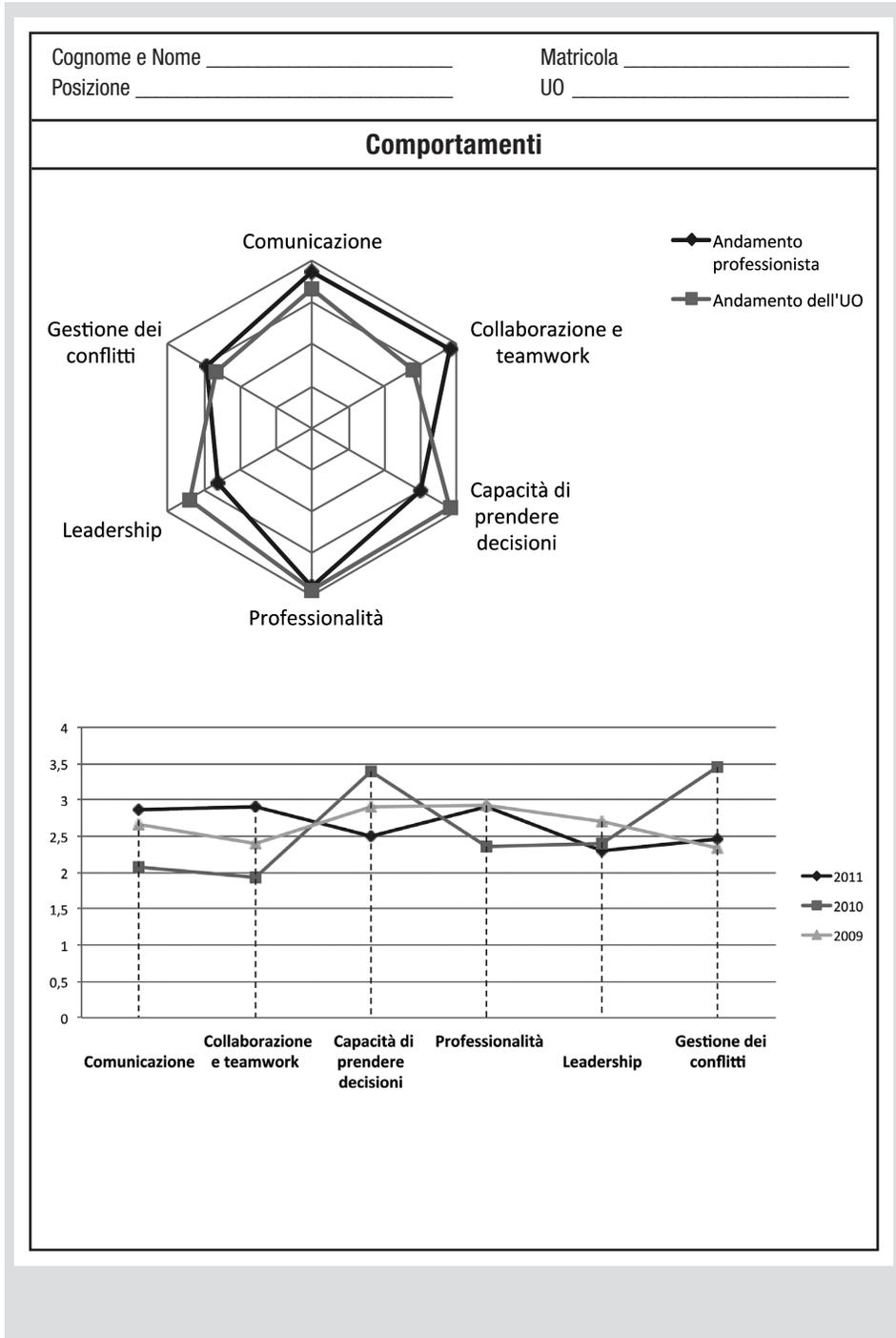
Box 17.1 (segue)



Box 17.1 (segue)



Box 17.1 (segue)



Box 17.1 **(segue)**

Cognome e Nome _____	Matricola _____
Posizione _____	UO _____
Giudizi	
Performance scientifica	
Performance gestionale	
Performance clinica	
Comportamenti	
Giudizio complessivo	

Box 17.1 (segue)

Cognome e Nome _____		Matricola _____				
Posizione _____		UO _____				
Giudizi						
Aree di miglioramento/ crescita	Obiettivi	Tipologia di azione	Risorse	Tempi	Valutazione in itinere (supervisor)	Autovalutazione in itinere

A fronte della costruzione di un sistema che permette una rappresentazione del professionista medico a tutto tondo e la possibilità di supportare la gestione del *feedback* e del Piano di sviluppo con dati e informazioni complete, oggettive ed immediate, il modello proposto richiede, soprattutto in una fase iniziale, importanti sforzi di costruzione ed implementazione. In primo luogo il coinvolgimento della componente medica in tutte le fasi di progettazione, secondariamente il coinvolgimento della componente amministrativa, presupposto indispensabile sia nella fase di avvio che nella successiva gestione e, da ultimo, la volontà di investire tempo e risorse.

Il modello proposto, adeguato in funzione del contesto e delle specifiche esigenze, è oggetto di sperimentazione presso l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, nell'ambito di un processo di qualificazione delle politiche di *Human Resource Management*, rispetto alle quali l'Istituto si distingue per la rilevante attenzione e l'investimento. Il Box seguente descrive il processo di messa a punto del modello e di avvio della sperimentazione.

Box 17.2 La sperimentazione ICH

L'Istituto Clinico Humanitas (ICH) è un ospedale policlinico specialistico, accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale per le attività ambulatoriali e di ricovero. ICH rappresenta, nel panorama della sanità nazionale, un Istituto di eccellenza, con una forte tensione al continuo miglioramento della qualità delle prestazioni e allo sviluppo delle competenze del proprio personale.

L'HR *Strategy* di ICH si fonda su tre principi cardine: *recruiting* mirato per il reclutamento e la selezione dei professionisti sanitari, Humanitas School per la formazione e lo sviluppo del proprio capitale umano e Total reward che ricomprende diversi ambiti di azione tra cui il benessere organizzativo. Nell'ambito dell'attuazione della propria strategia l'Istituto attribuisce un ruolo fondamentale allo sviluppo del personale medico, anche in linea con le indicazioni di *Joint Commission International* (JCI). ICH ha dunque deciso di intraprendere un percorso di *performance management* con l'obiettivo di:

- costruire un sistema di valutazione condiviso che rappresenti per i professionisti medici una leva di crescita individuale e di *équipe*;
- costruire un sistema di valutazione rispettoso della cultura ICH, orientato alle migliori pratiche internazionali e allineato agli standard JCI;
- costruire una squadra di professionisti (medici e staff) *committed* sul tema della valutazione che funga da volano per la diffusione e il consolidamento del sistema.

Per concretizzare questo percorso, è stato istituito un gruppo di lavoro composto da:

- alcuni docenti della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi (SDA Bocconi);
- alcuni membri della Direzione Risorse Umane e Organizzazione e dello staff direzionale di Humanitas Rozzano;
- 6 primari dell'Istituto.

La funzione HR di Humanitas ha condiviso la scelta di utilizzare la tecnica del *focus group* per lo sviluppo del percorso, con l'obiettivo di far emergere le percezioni dei medici in merito ai sistemi di valutazione e le proposte condivise in merito al possibile nuovo sistema. In questa logica, si è privilegiato un approccio di ascolto guidato, a partire da rapidi *input* sui contenuti e da alcune domande chiave.

Le fasi previste per l'intero percorso, come riportato in Tabella, sono state sostanzialmente 5 (Tabella 1.1).

Tabella 1.1 Le fasi del percorso di progettazione

Fase	Descrizione attività
Start-up	Incontri preliminari volti ad: <ul style="list-style-type: none"> • analizzare l'esistente in tema di HR <i>Strategy</i>, HR <i>tools</i> e di sistemi operativi funzionali allo sviluppo del sistema di valutazione • individuare il metodo di lavoro per la definizione del sistema Incontri con il gruppo HR volti a definire nel dettaglio l'articolazione dei <i>focus group</i> .
Incontri <i>focus group</i>	5 incontri di 2/3 ore, su di un arco temporale di 3 mesi, volti a costruire una visione condivisa su: <ul style="list-style-type: none"> • perché si valuta • cosa si valuta • chi e come valuta • gli impatti della valutazione
Incontri tematici	Incontri con <i>staff</i> tecnici volti all'individuazione dei possibili indicatori da inserire nel sistema
Definizione e stesura modello	Report sul percorso fatto ed esplicitazione dell'ipotesi di sistema/modello finale
Avvio della sperimentazione e diffusione (in corso)	Sperimentazione del sistema in 4 unità organizzative Approvazione dell'ipotesi di sistema/modello da parte del top management (in corso) Condivisione del percorso e del sistema con tutti i medici di ICH (in corso)

Box 17.2 (segue)

La struttura di ciascun incontro con il *focus group* prevedeva una breve introduzione al tema oggetto di discussione, la presentazione di alcune esperienze internazionali, il confronto con e tra i partecipanti, e una conclusione sintetica dell'incontro rappresentativa dell'*output* prodotto.

Durante la fase di confronto, particolare attenzione è stata attribuita agli aspetti più sensibili nello sviluppo dei sistemi di valutazione, ossia:

- la dicotomia: sistema di sviluppo vs sistema premio-sanzione;
- l'affidabilità e la robustezza dei sistemi;
- la necessità di un approccio e di una cultura condivisi;
- l'omogeneità del metro di giudizio;
- la credibilità e il senso di responsabilità del valutatore;
- il coinvolgimento trasversale sia dei destinatari che dei valutatori;
- il presidio della dimensione privata della valutazione.

La costruzione del sistema è stata articolata in diversi passaggi logici, frutto delle sollecitazioni date dalla presentazione delle esperienze internazionali e dei *framework* di riferimento, dalla riflessione sul modello presentato da SDA Bocconi e, soprattutto, dal confronto con i partecipanti al *focus group*. Gli attributi caratterizzanti il modello ICH sono riassunti nella Tabella 1.2.

Tabella 1.2 **Le principali scelte di progettazione**

Ambito	Scelta
Definizione della mission	Focus prioritario su crescita e sviluppo dei medici.
Caratteristiche principali del modello di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione modello di valutazione sui 4 ambiti: performance clinica, performance scientifica, performance organizzativa e comportamenti • Orientamento verso l'utilizzo di un mix di approcci alla valutazione (metriche e <i>multi-source feedback per comportamenti</i>) • Attenzione alla «privatezza» di dati e informazioni raccolti • Assenza di <i>score</i> finale
Processo di gestione	<ul style="list-style-type: none"> • Massima attenzione all'uniformità del processo di valutazione e alla sua oggettività • Orientamento al pragmatismo e alla gestibilità del sistema: individuazione di ambiti/indicatori chiave, e affinamento nel tempo • Individuazione di board di valutazione per performance organizzativa e scientifica • Introduzione dello strumento di valutazione <i>multi-source feedback</i>
Modalità di rappresentazione della valutazione	Combinazione di una valutazione rispetto a valori target /standard (radar) e osservazione dei trend temporali (miglioramento, stabilità, peggioramento)

Ad oggi, il percorso intrapreso da ICH per la costruzione del sistema di valutazione dei medici è giunto alla fase di sperimentazione: sono state individuate quattro Unità Organizzative pilota rispetto alle quali testare la rilevazione di alcuni ambiti di performance (clinica, gestionale e scientifica) ed è in corso la sperimentazione del sistema di valutazione dei comportamenti tramite 360 gradi.

Si attendono, quindi, gli esiti della sperimentazione per l'approvazione e la definitiva messa a punto ed estensione del sistema di valutazione, innovativo negli scopi e nei presupposti di funzionamento, e costruito e condiviso da tutte le categorie di soggetti interessate.

17.5 Conclusioni

L'analisi della letteratura sul tema della valutazione della performance dei medici e gli approfondimenti sulle esperienze internazionali più complete e sviluppate hanno suscitato interessanti spunti di riflessione sulla possibilità di costruire un modello di valutazione innovativo negli scopi e nella strumentazione proposta, che evidenzia una forte discontinuità con il passato.

È stato proposto un *framework* per la valutazione dei medici finalizzato allo sviluppo personale e professionale, articolato in quattro dimensioni di valutazione: la performance clinica, la performance scientifica, la performance gestionale e i comportamenti. Ciascuna dimensione è stata analizzata più nel dettaglio, fino a giungere a singoli indicatori di natura sia quantitativa che qualitativa. Inoltre, sono stati proposti nuovi metodi e strumenti di valutazione, come la *peer review* e il *multi-source feedback*, che a partire dalla letteratura e dalle esperienze internazionali, si sono rivelati più adeguati, nonché più oggettivi, nella misurazione e nella valutazione di tutte le dimensioni individuate.

Cuore del modello è la modalità di rappresentazione della performance individuale: attraverso grafici semplici ed immediati si descrive la performance del medico in modo efficace, completo ed esaustivo. Con una logica a cannocchiale, infatti, è possibile rilevare, con diversi livelli di dettaglio:

- ▶ l'andamento nel tempo della performance individuale al fine di evidenziare i progressi sugli obiettivi di crescita, che si manifestano in un arco temporale pluriennale;
- ▶ le comparazioni della performance del medico con quella di altri medici, a lui assimilabili, o con i propri *target*, evidenziando il posizionamento del professionista all'interno del contesto in cui lavora.

È inoltre importante sottolineare il rilievo che, nel modello proposto, assume una corretta gestione del *feedback*; infatti, l'obiettivo della restituzione è discutere i diversi aspetti della performance, non solo individuando i punti di forza e di debolezza della pratica del medico, ma anche fornendo gli strumenti per il miglioramento continuo della stessa (Piano di sviluppo individuale).

Tuttavia la finalità prevalentemente *formative*, che ricordiamo presuppone un forte *commitment*, non risponde alle esigenze contrattuali di una valutazione finalizzata al riconoscimento della retribuzione di risultato o alla conferma dell'incarico. La questione nodale è se per tali finalità debbano essere costruiti ulteriori sistemi o se, in qualche misura, sia possibile attingere da quello proposto nel presente lavoro. La risposta meriterebbe un'ulteriore trattazione, anche perché le ipotesi attuative potrebbero essere diverse; quello che in questa sede va sicuramente sottolineato è che più le due finalità, e dunque i relativi sistemi, tendono a coincidere, maggiore sarà la probabilità che l'efficacia di entrambi diminuisca.

La scelta ipotizzata di non assegnare un punteggio di valutazione, ma di rappresentare al contrario in modo organico ed articolato la performance del medico va proprio nella direzione di sostenere e accompagnare lo sviluppo professionale attraverso un confronto sistematico, fondato su molteplici elementi di conoscenza e rappresentazione.

Meglio sarebbe, a parere di chi scrive e come peraltro emerso nel gruppo di lavoro ICH, facilitare l'introduzione e lo sviluppo del sistema attenuandone il collegamento con le politiche incentivanti di breve periodo. I *bonus* annuali potrebbero così essere collegati a sintetici indicatori di produzione, oppure focalizzarsi su una specifica dimensione/ambito alla quale l'organizzazione intende attribuire particolare rilievo (ad esempio, attenzione al paziente, correttezza procedure, compilazione cartelle cliniche).

Un percorso di valutazione strutturato, come quello suggerito, potrebbe anche essere una base informativa e di consapevolezza fondamentale, con un orizzonte temporale di medio periodo, per l'attribuzione degli incarichi e la gestione delle carriere.

Bibliografia

- Atwater L.E., Brett J.F., Charles A.C. (2007), «Multisource feedback: Lessons learned and implications for practice», *Human Resource Management*, vol. 46, n. 2, pp. 285-307.
- Bandiera G., Sherbino J. and Frank J.R. (2005), *The CanMEDS Assessment Tools Handbook. An Introductory Guide to Assessment Methods for the CanMEDS Competencies*, Ottawa, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Brown N., Doshi M. (2006), «Assessing professional and clinical competence: the way forward», *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 12, pp. 81-91.
- Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO), (2009), *360-Degree Physician Performance Review Toolkit*, Toronto, Canada.
- Davis D.A., Mazmanian P.E., Fordis M., Van Harrison R., Thorpe K.E., Perrier L. (2006), «Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence: A Systematic Review», *Journal of American Medical Association*, vol. 296, n. 9, pp. 1094-1102.
- Dubinsky I., Jennings K., Greengarten M., Brans A. (2010), «360-degree physician performance assessment», *Healthcare Quarterly*, vol.13, n.2, pp. 71-76.
- Epstein R.M., Hundert E.M. (2002), «Defining and Assessing Professional Competence», *Journal of American Medical Association*, vol. 287, n. 2, pp. 226-235.
- Evans R., Elwyn G., Edwards A. (2004), «Review of instruments for peer assessment of physicians». *British Medical Journal*, vol. 328, pp. 1240-5.

- Farmer E.A., Beard J.D., Dauphinee W.D., LaDuca T. and Mann K.V. (2002), «Assessing the performance of doctors in teams and systems», *Medical Education* vol. 36, pp. 942-948.
- Frank J.R. (2005), *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.*, Ottawa, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Forster A., et al. (2007), «Combining ratings from multiple physician reviews helped to overcome the uncertainty associated with adverse event classification», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 60, n. 9, pp. 892-901.
- Fox F. (2010), *Review by peers. A guide for professional, clinical and administrative processes*, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Gesme D.H., Wiseman M. (2011), «Performance appraisal: a tool for practice improvement», *Journal of Oncology Practice*, vol. 7, n. 2, pp. 131-134.
- GMC (2006), General Medical Council, *Good Medical Practice*.
- GMC (2011a), General Medical Council, *Good Medical Practice Framework for Appraisal and Revalidation*
- GMC (2011b), General Medical Council, *Supporting information for appraisal and revalidation*.
- Hall W., Violato C., Lewkonja R., Lockyer J., Fidler H., Toews J., Jennett P., Donoff M., Moores D. (1999), «Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n. 1, pp. 52-57.
- Hays R.B., Davies H.A., Beard J.D., Caldon L.J.M., Farmer E.A., Finucane P.M., McCrorie P., Newble D.I., Schuwirth L.W.T., Sibbald G.R. (2002), «Selecting performance assessment methods for experienced physicians», *Medical Education*, vol. 36, pp. 910-917.
- Hays R.B., Jolly B.C., Caldon L.J.M., McCrorie P., McAvoy P.A., McManus I.C., Rethans J.J. (2002), «Is insight important? Measuring capacity to change performance», *Medical Education*, vol. 36, pp. 965-971.
- Knapp J., Sharon A. (1975), *A Compendium of Assessment Techniques*, Cooperative Assessment of Experiential Learning, American City Building, Columbia, Maryland.
- Landon B.E., Normand S.T., Blumenthal D., Daley J. (2003), «Physician Clinical Performance Assessment: Prospects and Barriers», *Journal of American Medical Association*, vol. 290, n. 9, pp. 1183-1189.
- Leape L.L., Fromson J. (2006), «Problem doctors: is there a system-level solution?», *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n. 2, pp. 107-115.
- Lega F., Panella V., Pirola F., Sartirana M., Topari F., (2011) «La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360°: la prima sperimentazione in una ASL», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), Rapporto OASI 2011, Milano, EGEA.

- Lelliott P., et al. (2008), «Questionnaires for 360-degree assessment of consultation psychiatrists: development and psychometric properties». *British Journal of Psychiatry*, vol. 193, n. 2, pp. 165-60.
- Margo C. (2002), «Peer and expert opinion and the reliability of implicit case review». *Ophthalmology*, vol. 109, n. 3, pp. 614-8.
- Marshall M.N., Davies H.T.O. (2000), «Performance measurement and management of healthcare professionals: some topical issues», *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 7, n. 6, pp. 305-314.
- McKay J., et al. (2007) «Development and testing of an assessment instrument for the formative peer review of significant event analyses». *Quality and Safety in Health Care*, vol. 16, n. 2, pp. 150-3.
- Melnick D.E., Asch D.A., Blackmore D.E., Klass D.J. and Norcini J.J. (2002), «Conceptual challenges in tailoring physician performance assessment to individual practice», *Medical Education*, vol. 36, pp. 931-935.
- Miller G.E. (1990), «The assessment of clinical skills/competence/performance», *Academic Medicine*, vol. 65, n. 9, pp. s63-s67. NHS Revalidation Support Team (2012), *Medical Appraisal Guide*.
- Norcini J.J. (2003), «ABC of learning and teaching in medicine: Work based assessment», *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 753-755.
- OSQH (2009), Office of Safety and Quality in Healthcare, Western Australia Department of Health, *The policy for credentialing and defining the scope of clinical practice for medical practitioners*, Second Ed.
- Pacala J., et al. (2000), «Using structured implicit review to assess quality of care in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 48, n. 8, pp. 903-10.
- Palmer R., Rayner H., Wall D. (2007), « Multisource feedback: 360-degree assessment of professional skills of clinical directors», *Health Services Management Research*, vol. 20, n. 3, pp. 183-188.
- Peiperl M.A. (1999), «Conditions for the success of peer evaluation», *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 10, n. 3, pp. 429-458.
- RACS (2008a), Royal Australasian College of Surgeons – *Surgical Audit and Peer Review*. Third ed. www.surgeons.org.
- RACS (2008b), Royal Australasian College of Surgeons – *Surgical Competence and Performance*. First ed. www.surgeons.org.
- RACS (2009), Royal Australasian College of Surgeons – *Continuing Professional Development Program Information Manual 2010-2012*. Ninth ed. www.surgeons.org.
- Ramsey P.G., Wenrich M.D., Carline J.D., Inui T.S., Larson E.B., LoGerfo J.P. (1993), «Use of Peer Ratings to Evaluate Physician Performance», *Journal of American Medical Association*, vol. 269, n. 13, pp. 1655-1660.
- Rethans J.-J., Norcini J.J., Barón-Maldonado M., Blackmore D., Jolly B.C., La-Duca T., Lew S., Page G.G., Southgate L.H. (2002), «The relationship between

- en competence and performance: implications for assessing practice performance», *Medical Education*, vol. 36, pp. 901-909.
- Rodgers K.G., Manifold C. (2002), «360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents», *Academic Emergency Medicine*, vol. 9, n. 11, pp. 1300-1304.
- Schuwirth L.W.T., Southgate L., Page G.G., Paget N.S., Lescop J.M.J., Lew S.R., Wade W.B., Baròn-Maldonado M. (2002), «When enough is enough: a conceptual basis for fair and defensible practice performance assessment», *Medical Education*, vol. 36, n. 10, pp. 925-930.
- Soroka M., Feldman L., Crump T. (2004), «Quality-of-care review of optometric records: inter-rater reliability», *Journal of Health care Quality*, vol. 26, n. 5, pp. 29-33.
- Swick S., Hall S. and Beresin E. (2006), «Assessing the ACGME competencies in psychiatry training programs», *Academic Psychiatry*, vol. 30, n. 4, pp. 330-351.
- Takayanagi K., Koseki K. and Aruga T. (1998), «Preventable trauma deaths: evaluation by peer review and a guide for quality improvement», *Emergency Medical Study Group for Quality*, vol. 6, n. 4, pp. 163-7.
- Wilkinson T.J., Challis M., Hobma S.O., Paget N.S., Newble D.I., Parboosingh J.T., Sibbald R.G.