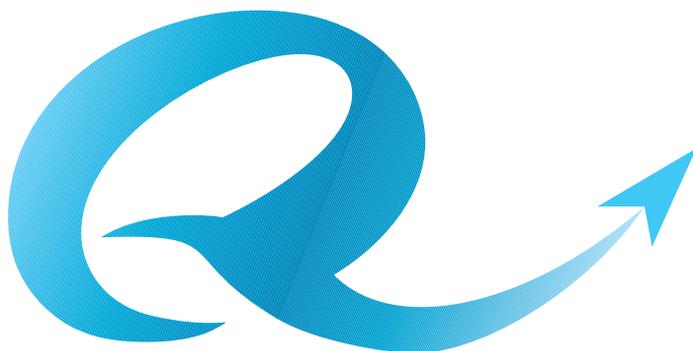




Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
Pubblica Amministrazione

Formez



PERCORSI DI QUALITÀ

Per la qualità delle organizzazioni pubbliche

Approfondimenti, esperienze e suggerimenti
sui processi di miglioramento organizzativo
nelle Pubbliche Amministrazioni



PAG 5	PREMESSA
PAG 7	1. PERCORSI DI QUALITÀ - UN PERCORSO DI LAVORO PER LA QUALITÀ DELLE PPAA
	1.1 La diffusione
	1.2 L'approfondimento
	1.3 La valorizzazione
	1.4 L'impatto e le prospettive di "Percorsi di Qualità"
PAG 25	2. COME CONDURRE L'AUTOVALUTAZIONE E IL MIGLIORAMENTO - PROCESSI E PRATICHE NELL'UTILIZZO DEL CAF COME STRUMENTO DI AUTODIAGNOSI ORGANIZZATIVA
	2.1 Il CAF - le sue origini e i suoi sviluppi
	2.2 Il CAF e le PPAA
	2.3 La conduzione del processo di autovalutazione
	2.4 L'analisi dei dati e l'individuazione delle priorità
	2.5 L'elaborazione del piano di miglioramento
PAG 81	3. COME DARE AL MIGLIORAMENTO CONTINUO UNA DIMENSIONE STRATEGICA ATTRAVERSO L'USO INTEGRATO DEL CAF E DEL CICLO PDCA
PAG 89	4. COME MISURARE I RISULTATI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN CHIAVE STRATEGICA
PAG 105	5. LE SCHEDE DELLE 16 AMMINISTRAZIONI VINCITRICI DEL PREMIO QUALITÀ PPAA E L'ELENCO DELLE 40 FINALISTE

PREMESSA

Nell'ultimo decennio il sistema pubblico è stato interessato da una serie continua di riforme per realizzare un'amministrazione che funzioni meglio, costi meno e sia orientata al servizio della collettività e delle imprese.

Allo stesso tempo lo scenario competitivo delle imprese italiane si è sensibilmente modificato a causa della profonda trasformazione dovuta alla globalizzazione dei mercati e all'avvento delle nuove tecnologie informatiche e di telecomunicazione.

Queste trasformazioni hanno reso necessaria, e tuttora rendono necessaria, una trasformazione del Sistema Paese Italia, in termini di efficienza del servizio e di incremento del valore aggiunto alle imprese e ai cittadini.

La Qualità, intesa nell'accezione più ampia del termine, diviene quindi non solo uno strumento innovativo per favorire il recupero della competitività e dell'efficienza delle imprese del nostro Paese, ma anche uno degli assi portanti del processo di modernizzazione del sistema pubblico, per tradurre le riforme legislative in comportamenti concreti.

L'introduzione di strumenti di valutazione e miglioramento della qualità, che contribuiscono alla diffusione di una cultura della qualità, comporta il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti direttamente ed indirettamente impegnati nell'erogazione dei servizi, favorisce un cambiamento del sistema e non un suo adattamento, una riorganizzazione dei processi e l'attivazione di un ciclo di apprendimento finalizzati al miglioramento continuo e ad una maggiore soddisfazione degli utenti.

E' per questo che già da diversi anni il Dipartimento della Funzione Pubblica, anche con l'aiuto del Foromez, è impegnato, a livello nazionale ed europeo, per garantire la diffusione di strumenti e metodologie che favoriscano l'attivazione di processi di cambiamento organizzativo e che consentano alle organizzazioni pubbliche di acquisire un nuovo ruolo, di propulsione dell'economia e di costruzione del consenso.

Questa pubblicazione e il cd allegato, frutto dell'esperienza realizzata con il progetto "Percorsi di Qualità" che testimonia l'impegno di questi anni, rappresenta un punto di arrivo del percorso proposto e seguito con entusiasmo e passione dalle amministrazioni. Alle 193 amministrazioni che hanno aderito al bando per il Premio Qualità, alle 58 amministrazioni che hanno partecipato con costanza ai laboratori, alle 200 che hanno preso parte ai seminari va il mio sentito ringraziamento per aver contribuito a sperimentare e diffondere una nuova cultura della qualità. Alle 40 ammini-

strazioni finaliste e alle 16 vincitrici del Premio i miei complimenti per essersi impegnate con successo e ottimi risultati in un percorso complesso e articolato che coinvolge diversi attori e mette in discussione gli equilibri e gli assetti esistenti per cercare nuove soluzioni, condivise e orientate alla massima soddisfazione dei cittadini, delle imprese, delle organizzazioni.

Tutti questi “pionieri” rappresentano un punto di riferimento per altre amministrazioni che vogliono intraprendere la strada del miglioramento puntando sull’organizzazione e sulle risorse umane a propria disposizione. Le loro esperienze e le metodologie di supporto al miglioramento continuo della qualità, specifiche per la Pubblica Amministrazione, sono descritte in questa pubblicazione che contiene preziosi suggerimenti e utili confronti con altre realtà che hanno investito in “qualità”, ottenendo in alcuni casi anche risultati importanti.

Mario Baccini

Ministro della Funzione Pubblica

HANNO COLLABORATO A “PERCORSI DI QUALITÀ”

COORDINAMENTO

Valeria de Magistris (Responsabile Area Diffusione della Qualità e benchmarking, Formez)

Claudia Migliore (Responsabile del Progetto Percorsi di Qualità, Formez)

Teresa Ascione

Imma Parolisi

IL GRUPPO TECNICO SCIENTIFICO

Giovanni Bertorelli; Tito Conti; Giancarlo Vecchi

IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Sabina Bellotti (Dip. Funzione Pubblica); *Giovanni Bertorelli; Roberto Ciarlone* (Confindustria); *Tito Conti; Valeria de Magistris; Antonio Longo* (CNCU);

Claudia Migliore; Roberto Mirandola (APQI); *Ernesto Perna; Giancarlo Vecchi*

I SEMINARI - I DOCENTI

Gilberto Capano; Vittorio Cesarotti; Tito Conti; Germano Cipolletta;

Bruno Dente; Paolo Franchi; Andrea Garofani; Gianni Giorgi; Luciano Hinna;

Andrea Lippi; Luca Lo Schiavo; Marco Meneguzzo; Riccardo Mercurio;

Massimo Morisi; Valerio Pelini; Gianfranco Rebora; Ermanno Serrajotto;

Massimo Tronci; Giancarlo Vecchi; Giovanni Xilo

I LABORATORI - GLI ESPERTI

Teresa Ascione; Valter Cereda; Germano Cipolletta; Mario Fontanazza;

Paolo Franchi; Nicoletta Leo Servidio; Erica Melloni; Imma Parolisi;

Franco Raiteri; Alessandro Rotilio; Massimo Tronci

IL PREMIO - I VALUTATORI

Stefano Aguglia; Clara Alemani; Michele Arduini; Cosimo Armiento; Teresa

Ascione; Giuseppe Bacciardi; Gennaro Bacile; Piero Bandettini; Giuseppe

Baratto; Italo Benedini; Daniela Berri; Francesco Bianciardi; Loredana Bianco;

Luciano Bizzini; Fabio Bonini; Valentina Broccardo; Franco Brovelli; Francesco

Bruno; Stefano Bruno; Ezio Busetto; Beniamino Caparra; Lucio Cappelli;

Maurizio Carpigiani; Ivan Casadei; Maria Rita Cavallo; Valter Cereda; Domenico

Ciccarelli; Pasquale Cioffi; Roberta Clemente; Marco Codegoni; Grazia

Conti; Ludovica Cottica; Tiziana D'Angelantonio; Susanna De Maria; Paolo De

Pieri; Giorgio Degiorgis; Mauro Di Grazia; Domenico Martino; Mario Durbino;

Aleardo Erba; Domenico Faraglia; Nini Faverio; Barbara Ferlazzo; Lorenzo

Ferraris; Remo Ferri; Mario Fiorelli; Andrea Flego; Mario Fontanazza; Carlo

Fornasiero; Paolo Franchi; Francesco Frosi; Giorgio Gallo; Alexej Gamanets;

Umberto Gelati; Daniela Giacomini; Angelo Giola; Sabrina Giordano; Francesca

Gori; Bruno Lanfredini; Eva Lo Franco; Rosetta Lo Iacono; Leonardo Lonzi;

Massimo Macchia; Maria Angela Malavasi; Paola Malesardi; Maria Giuditta

Manni Federici; Giovanni Mattana; Vincenzo Mazzaro; Ginetta Mazzei; Giuseppe

Rosario Mazzeo; Anna Medina; Paolo Menardi; Luigia Mincuzzi; Stefano Mingo;

Paola Molesini; Giuseppe Monachesi; Morena Maria Montagna; Giustina

Monteforte; Evelin Moretto; Sergio Moro; Angelo Moscato; Isabella Munda;

Paolo Orlandi; Mara Orsi; Giuliano Paganoni; Gennaro Panniello; Fulvio Paparo;

Giovanni Pappagallo; Filippo Paredes; Imma Parolisi; Caterina Pasqualin; Rita Pastore; Alfio Pelli; Paolo Pellizzaro; Enrico Pesce; Aurelio Prisco; Francesca Renzi; Carmine Sabato Ceraldi; Cesare Sacconi; Daniele Sacco; Massimo Saia; Maria Grazia Sanarica; Vanna Santi; Mauro Saraconi; Natale Sartori; Albina Scala; Paolo Scapinello; Agnese Scognamiglio; Ernesto Scurati; Paolo Serra; Maria Silano; Alessandro Smith; Maurizio Spada; Andrea Spatola; Giuseppe Spernanzoni; Elena Stellato; Massimiliano Stellato; Massimo Temussi; Leonardo Tomassoni; Massimo Tronci; Pierangelo Unibosi; Ivo Vagnoni; Rosanna Vallarelli; Renato Xausa; Domenico Zaino; Riccardo Zampieri; Patrizia Zanfurlini; Paolo Zanzi; Franca Zerilli; Maria Luisa Zuccarello Ione

IL COMITATO DI PREMIAZIONE

Presidente

Federico Basilica, Capo Dipartimento Funzione Pubblica

Carlo Flamment, Presidente Formez

Emma Marcegaglia, Presidente APQI e Vice Presidente Confindustria

Daniela Primicerio, Presidente CNCU

Fabio Mellilli, Presidente UPI

Leonardo Domenici, Presidente ANCI

Hanno curato la stesura della presente pubblicazione:

Claudia Migliore

Teresa Ascione

Hanno collaborato alla stesura della presente pubblicazione:

Claudia Migliore: Par. 2.1. "Il Caf – le sue origini e i suoi sviluppi"; Par. 2.2. "Il CAF e le PPAA"

Teresa Ascione: Par. 1.1. "La diffusione", Par. 1.2. "L'approfondimento", Par. 1.4. "L'impatto e le prospettive"

Imma Parolisi: Par. 1.3. "La valorizzazione"

Tito Conti: Par. 2.3. "La conduzione del processo di autovalutazione"; Cap. 3. "Come dare al miglioramento continuo una dimensione strategica attraverso l'uso integrato del CAF e del Ciclo PDCA"

Rino Bertorelli: Par. 2.4. "L'analisi dei dati e l'individuazione delle priorità"

Giancarlo Vecchi: Par. 2.5. "L'elaborazione del piano di miglioramento"; Cap. 4 "Come misurare i risultati delle pubbliche amministrazioni in chiave strategica"

Si ringraziano per la collaborazione le seguenti amministrazioni:

Aci di Roma, Agenzia delle Dogane, Agenzia delle Entrate Regione Lazio, Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio, Asl Lecce 2, Asl Viareggio, Asl 1 Umbria, Azienda Ospedaliera San Martino di Genova, Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari di Trento, Camera di Commercio di Treviso, Centro Oncologico di Aviano, Circolo Didattico di Conselve, Comune di Bari, Comune di Correggio, Comune di Milano – Direzione Centrale Educazione, Comune di Modena, Comune di Schio, Comune di Trento, Comune di Valenza, CSA di Belluno, IPIA "Leonardo da Vinci" di Firenze, IC "Calò" di Taranto; ITC "Calvi" di Belluno, ITC "Cassandro" di Barletta, Liceo Scientifico "Pedone" di Ruvo, ITC "Battaglini" di Venosa, ITC "Romanazzi" di Bari, IV Direzione Didattica di Padova, Liceo Scientifico "Spallanzani" di Tivoli, ISS "Veronese" di Treviso, Ministero Attività Produttive, Regione Campania – Area Generale Coordinamento Agricoltura, INPS di Teramo, Università di Bari, Università di Firenze, Università di Napoli, Università di Sassari.

PERCORSI DI QUALITÀ

UN PERCORSO DI LAVORO PER LA QUALITÀ DELLE PP.AA.

Negli ultimi anni, in riferimento alla esperienza italiana, sono aumentati gli enti pubblici che si sono avvicinati ai temi della qualità, in particolar modo alla qualità dei servizi erogati. Nel tempo si sono infatti diffuse tecniche e strumenti improntati al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei singoli processi (es. controllo di gestione, reingegnerizzazione, piani strategici ecc.), ma la mancanza di una azione globale, unitaria e trasversale, in grado cioè di coinvolgere tutti i settori operativi di un ente pubblico, ha continuato ad essere causa di inefficienze dell'azione amministrativa.

Il progetto “Percorsi di Qualità” nasce su iniziativa del Dipartimento della Funzione Pubblica e del Formez con la finalità di diffondere, all'interno delle organizzazioni pubbliche, una nuova cultura manageriale – orientata alla qualità e all'efficienza e basata sulla conoscenza dell'organizzazione e sulla condivisione di obiettivi e risultati – favorendo, allo stesso tempo, l'utilizzo sistematico e sistemico di strumenti di autovalutazione in grado di rendere le scelte strategiche degli enti coerenti e partecipate.

L'iniziativa è stata anche un'occasione per dare ulteriore sostanza alla collaborazione tra il Formez e il Dipartimento della Funzione Pubblica, nell'ambito delle attività di cooperazione europea, per la diffusione a livello nazionale del CAF (*Common Assessment Framework*¹) e per la revisione a livello europeo del modello, che vedrà nascere, in occasione della Quarta Conferenza sulla Qualità che si terrà a Tampere (Finlandia) a settembre 2006, il CAF 2006.

Sin dalla fase di progettazione – che ha visto il coinvolgimento attivo di due *partner* significativi come CNCU (Consiglio Nazionale Consumatori e Utenti) e Confindustria² – l'iniziativa è stata strutturata in forma di percorso per rispondere a due esigenze, una strettamente connessa agli obiettivi diretti del progetto, ovvero favorire un approccio graduale a tematiche e pratiche complesse ed impegnative da gestire, l'altra connessa alla finalità generale del progetto di voler favorire l'introduzione di strumenti e prassi di autovalutazione, proponendo alle amministrazioni l'utilizzo di un possibile percorso verso il miglioramento.

Nel primo caso il percorso è stato proposto alle amministrazioni partecipanti come organizzazione interna del progetto, nel secondo caso il percorso è stato proposto alle

¹ Il modello CAF è stato utilizzato come modello di riferimento nell'ambito del progetto “Percorsi di Qualità”. Per ulteriori dettagli sul modello si rimanda al capitolo 2, par. 2.1 Il CAF – le sue origini e i suoi sviluppi.

² La scelta dei due *partner* – rappresentanti di utenti/cittadini e imprese – è derivata dalla considerazione che l'efficienza e la qualità delle organizzazioni pubbliche non può prescindere dalle relazioni che queste hanno con i propri *stakeholder* (utenti, cittadini, imprese, ecc.) dalla cui soddisfazione dipende il livello di raggiungimento dei risultati e il rispetto della *mission* e della *vision* delle organizzazioni.

amministrazioni come possibile strada da riproporre al proprio interno per favorire la diffusione di metodologie e strumenti di TQM.

Le tappe del percorso sono state tre, ciascuna con un obiettivo specifico:

- i seminari per diffondere le metodologie di *Total Quality Management* (da ora in avanti indicato come TQM) come strumento per il miglioramento della qualità delle organizzazioni e allo stesso tempo sensibilizzare i vertici manageriali all'implementazione di una nuova cultura della qualità orientata all'autovalutazione e al cambiamento;
- i laboratori per approfondire le tecniche e i processi di autovalutazione e miglioramento attraverso l'utilizzo del CAF (*Common Assessment Framework*) all'interno delle organizzazioni partecipanti;
- il premio per valorizzare le migliori *performance* delle organizzazioni pubbliche italiane e favorire l'avvio di processi di confronto e *benchmarking* – sia a livello nazionale che europeo.

Le tre tappe del percorso si sono susseguite in un arco temporale di due anni (2004-2006) e hanno avuto durata differenziata a seconda dell'impegno richiesto alle amministrazioni. I seminari sono stati realizzati nell'arco di 2 mesi; i laboratori hanno impegnato le amministrazioni per un periodo di nove mesi; il premio – dalla fase di lancio alla fase di premiazione – ha avuto la durata di un anno.



1.1

La diffusione

Stimolare e sensibilizzare i vertici manageriali all'implementazione di una nuova cultura della qualità orientata all'autovalutazione e al cambiamento all'interno delle proprie organizzazioni rappresenta il primo passo per intraprendere un percorso verso il miglioramento.

Pertanto nell'ambito della prima fase del progetto "Percorsi di Qualità" sono stati realizzati sei seminari, attività di diffusione finalizzate a fornire ai vertici manageriali l'apporto di conoscenza e di esperienza indispensabili a sviluppare una visione motivante e a vincere le resistenze inerziali riscontrabili ogni qualvolta si prospetta una situazione di cambiamento.

I seminari, dal titolo "I modelli e gli approcci al miglioramento continuo e all'innovazione nelle organizzazioni pubbliche", hanno avuto caratteristiche divulgative e tecniche fornendo un'analisi di scenario dell'attuale panorama amministrativo e, allo stesso tempo, un attento esame, condotto da esperti riconosciuti a livello nazionale e internazionale, degli strumenti di autovalutazione disponibili in ambito italiano ed europeo.

In considerazione dei diversi livelli di conoscenza, consapevolezza e sensibilità delle amministrazioni pubbliche italiane verso questi temi, i seminari hanno esplorato il

processo di riforme che ha interessato nell'ultimo decennio il sistema pubblico e, in questo contesto, si è posta particolare attenzione al tema della qualità degli apparati che rappresenta uno degli assi portanti del processo di modernizzazione del sistema pubblico per tradurre le riforme legislative in comportamenti concreti.

L'autovalutazione, prospettata nella sua funzione diagnostica e finalizzata al miglioramento, è inserita in questo contesto come uno dei possibili strumenti di programmazione e attuazione del cambiamento organizzativo. I seminari hanno voluto approfondire il tema con particolare riferimento alle differenze esistenti tra autovalutazione e valutazione esterna. Quest'ultima, per consuetudine identificata con le certificazioni di qualità, coinvolge le amministrazioni nella fase di acquisizione delle informazioni e dei dati quantitativi ed è finalizzata ad ottenere un "bollino" che attesti la qualità dei servizi erogati ad un dato momento della vita dell'organizzazione; pone una forte attenzione al controllo di processo, ma si fonda su una metodologia poco partecipativa e poco consapevole che non riesce a coinvolgere attivamente tutta l'organizzazione. Da questo confronto teorico è emersa, in modo abbastanza netto, la funzione dell'autovalutazione come processo che comporta il coinvolgimento dell'ente sin dalle prime fasi; come strumento per la formazione del personale coinvolto; come strategia per l'individuazione dei punti di forza e delle aree suscettibili di miglioramento, che può assumere una significativa valenza se accompagnata da azioni di miglioramento pianificate e sottoposte a costante monitoraggio.

Infine, considerato l'ampio ventaglio di strumenti che le amministrazioni pubbliche hanno a disposizione a livello nazionale ed europeo e considerato che l'applicazione dei principi della qualità nella Pubblica Amministrazione presenta delle caratteristiche specifiche, i seminari si sono soffermati ad esaminare le caratteristiche tecniche di tre strumenti di autovalutazione – il CAF, l'EFQM e il VIC, per consentire alle amministrazioni di superare le difficoltà connesse alla scelta dello strumento ed individuare quello più adatto al proprio contesto organizzativo.

La scelta di analizzare questi tre strumenti è dipesa da una serie di considerazioni: il CAF è stato scelto come strumento di autovalutazione del progetto "Percorsi di Qualità" ed è risultato indispensabile illustrarne caratteristiche e funzioni; l'EFQM (*European Foundation for Quality Management*) è lo strumento di autovalutazione più diffuso a livello europeo e, essendo il "padre" del CAF, si è ritenuto importante che i partecipanti cogliessero le differenze esistenti tra i due strumenti; il VIC (Valutazione Integrata del Cambiamento) è uno strumento di autodiagnosi realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica a sostegno dei processi di cambiamento e innovazione che, per la vicinanza dei temi con il CAF, e per il fatto di essere promosso e diffuso a livello nazionale dal Dipartimento della Funzione Pubblica, era utile presentare nelle sue peculiarità e differenze rispetto al CAF.

I seminari sono stati organizzati territorialmente e, per assicurare la massima diffusione sul territorio nazionale, gli incontri si sono svolti per area geografica nella misura di due al Sud, due al Centro e due al Nord.

Complessivamente, hanno partecipato 202 amministrazioni: 70 Scuole e CSA (Centri

Servizi Amministrativi), 31 Amministrazioni Centrali, 10 Università, 59 Comuni e Province, 14 ASL e AO (Aziende Ospedaliere), 18 amministrazioni di tipologia differente, per un totale di 316 partecipanti di cui 149 dirigenti.

Per tutti, le azioni di sensibilizzazione svolte attraverso i seminari hanno rappresentato un punto di partenza e un aiuto per definire un possibile modello di percorso finalizzato ad un approccio graduale ai temi della qualità, del TQM e del miglioramento continuo.



1.2

L'approfondimento

Se non è possibile modificare la cultura manageriale presente in un'organizzazione senza azioni di sensibilizzazione e senza una formazione efficace finalizzata a diffondere nuovi strumenti e visioni innovative di gestione, tanto meno è possibile condurre un'attività di autodiagnosi, impegnativa e coinvolgente, senza approfondire e sperimentare le tecniche e le metodologie che la supportano.

Per condurre in maniera significativa un processo di autovalutazione utilizzando un modello di riferimento, il primo passaggio necessario è interiorizzare i concetti e i valori sottesi a tale modello. Il secondo è acquisire e approfondire le metodologie e i processi necessari all'utilizzo del modello. Questi sono stati i contenuti su cui si è incentrata la seconda tappa del percorso proposto alle amministrazioni partecipanti al progetto "Percorsi di Qualità", rappresentata da un'attività di approfondimento per l'utilizzo del CAF e delle metodologie di autovalutazione. In particolare si è cercato di trasferire alle amministrazioni alcuni dei principi che sono alla base del successo della realizzazione di processi di autovalutazione e miglioramento continuo, come ad esempio, che l'autovalutazione è un processo condiviso che coinvolge in maniera diffusa tutti i dipendenti dell'organizzazione e che il punteggio ottenuto con l'autovalutazione è un fattore secondario perché è la funzione diagnostica l'aspetto fondamentale per la comprensione dei punti di forza e di debolezza e per la definizione delle priorità di intervento.

L'approccio formativo utilizzato è stato quello dei "laboratori": vere e proprie officine di lavoro in cui l'autovalutazione è stata sviluppata come un esercizio di apprendimento ma anche come una vera e propria sperimentazione, sull'uso di procedure e soluzioni, favorita dal confronto tra le esperienze differenti realizzate dai partecipanti. In tal modo la formazione, di tipo pratico e realizzata sul campo, è diventata una modalità di progettazione e verifica di soluzioni volte a sostenere il cambiamento organizzativo, di scambio di esempi e competenze, di analisi diretta e verifica delle situazioni.

Nell'individuare tale metodologia è stato dato valore all'apprendere dall'esperienza, al ruolo della riflessione condotta sull'azione e sulla pratica quale strumento per acquisire conoscenza e alla formazione come momento di incontro e come occasione di

lavoro intersoggettivo tra i partecipanti e il professionista esperto. I laboratori sono stati infatti animati ed assistiti da esperti di modelli e tecniche di TQM che hanno accompagnato i partecipanti in questo percorso agendo come facilitatori e aiutando nell'individuazione di soluzioni ai problemi che, di volta in volta, si presentavano all'interno delle amministrazioni.

Un altro importante elemento di innovazione nelle modalità di assistenza è stato l'utilizzo di strumenti tecnologici come l'aula virtuale a supporto dell'attività di accompagnamento. Oltre agli incontri in presenza sono stati realizzati infatti incontri virtuali in un'area *web* riservata al progetto "Percorsi di Qualità" sul sito del Formez. Durante gli incontri virtuali i partecipanti hanno avuto l'opportunità di aggiornarsi e monitorare l'avanzamento dei lavori, mettere in rete e condividere le informazioni e la conoscenza, creando una piccola comunità.

Allo stesso tempo, nell'intento di creare un circolo virtuoso tra formazione classica e apprendimento sul campo, le amministrazioni sono state accompagnate nella realizzazione pratica dell'autovalutazione e del miglioramento.

Il lavoro che ciascun gruppo di partecipanti ha condotto all'interno dell'amministrazione è stato impegnativo e ha riguardato tutte le fasi del processo di autovalutazione³ – dall'acquisizione del consenso dei vertici amministrativi, alla somministrazione dei questionari e all'acquisizione di documenti, evidenze e materiali utili alla valutazione, alla stesura del rapporto di autovalutazione – e tutte le fasi necessarie per la predisposizione e realizzazione di un progetto di miglioramento – dalla condivisione con il vertice dei risultati dell'autovalutazione e delle priorità di intervento, all'individuazione delle linee generali del progetto di miglioramento, alla stesura del progetto di miglioramento fino alla sua approvazione da parte del vertice⁴.

A supporto delle amministrazioni partecipanti sono stati predisposti appositi materiali, alcuni di carattere metodologico, per fornire indicazioni pratiche e linee operative utili nelle diverse fasi del processo (le Linee Guida per l'autovalutazione e la predisposizione di piani di miglioramento), altri di natura operativa, da poter utilizzare come strumenti di rilevazione e analisi nel corso del processo di autovalutazione (il questionario dei fattori abilitanti e il questionario aggiuntivo sui processi, i registri di autovalutazione dei fattori abilitanti e di valutazione dei risultati).

Le amministrazioni che hanno aderito a questo secondo *step* del percorso, che ha preso avvio nel febbraio 2005 e si è concluso a novembre 2005, sono state 127.

Per favorire la riflessione e il confronto su aspetti e problematiche comuni, le amministrazioni sono state raggruppate, in base alla tipologia, in cinque diversi laboratori (laboratorio scuole e csa, laboratorio università, laboratorio asl e aziende ospedaliere, laboratorio amministrazioni centrali e regioni, laboratorio comuni e province) a cui ha

³ Per maggiori informazioni su come condurre il processo di autovalutazione si rimanda al capitolo 2, par. 2.3 La conduzione del processo di autovalutazione.

⁴ Per maggiori informazioni su come realizzare un progetto di miglioramento si rimanda al capitolo 2, par. 2.5 L'elaborazione del piano di miglioramento.

partecipato, per ciascuna amministrazione o settore di amministrazione, il gruppo di lavoro che all'interno dell'organizzazione si è impegnato nella realizzazione delle diverse attività.

Le amministrazioni che, a seguito dell'iscrizione, hanno continuato il percorso sono state 67; hanno portato a termine le attività realizzando sia l'autovalutazione che il piano di miglioramento 41 amministrazioni distribuite nei diversi laboratori.

Tab. 1 - Risultati dei laboratori

TIPOLOGIA DI LABORATORIO	N. AMMINISTRAZIONI ISCRITTE	N. AMMINISTRAZIONI CHE HANNO CONTINUATO IL PERCORSO	N. AMMINISTRAZIONI CHE HANNO CONCLUSO IL PERCORSO
AMM.NI CENTRALI E REGIONI	18	7	4
ASL E AO	17	11	4
COMUNI E PROVINCE	43	22	12
SCUOLE E CSA	32	20	15
UNIVERSITÀ	17	7	6
TOTALE	127	67	41

Fonte: *Formez*

L'esperienza realizzata è stata per la maggior parte dei partecipanti molto positiva⁵, tanto che, nonostante la tempistica stringente ed alcuni problemi emersi in fase di avvio e connessi all'acquisizione del consenso dei vertici dirigenziali, dalle amministrazioni sono giunte significative sollecitazioni a proseguire nell'intento di portare avanti il miglioramento.

I laboratori sono risultati:

- un utile mezzo per sviluppare una cultura dinamica e non burocratica basata sull'innovazione e sul miglioramento continuo: "Abbiamo imparato un metodo per gestire il cambiamento...", "I laboratori ci hanno condotto alla scoperta di nuovi strumenti e a riflettere su un cambio di rotta nella filosofia delle amministrazioni.."⁶;
- una forma di apprendimento cooperativo che ha permesso alle organizzazioni di allargare la propria visione, in alcuni casi troppo autoreferenziale: "I laboratori hanno favorito la creazione di una rete di conoscenze e sono stati occasione di scambio di esperienze...";

⁵ Le opinioni dei partecipanti sono state raccolte al termine dell'esperienza attraverso la somministrazione di un questionario anonimo.

⁶ Questa e quelle riportate di seguito sono affermazioni espresse dai partecipanti all'interno dei questionari.

- un modo per arricchire le competenze specialistiche di ognuno da mettere in campo anche per la realizzazione di future attività: “ A livello personale, una grande occasione di acquisire conoscenza...”
- un’opportunità per condurre utili sperimentazioni del CAF da condividere a livello europeo e contribuire in maniera significativa al processo di revisione e aggiornamento del modello⁷ .

È risultato chiaro a tutti che l’esperienza ha rappresentato un importante punto di partenza ma che si è solo iniziato il cammino verso il miglioramento per rendere le pubbliche amministrazioni in grado di adattarsi in modo dinamico alle esigenze indotte dai cambiamenti di contesto.

Non si è trattato pertanto di un semplice tirocinio per imparare comportamenti da attivare o tecniche da applicare, ma di una vera e propria crescita che, seppur affrontata in poco tempo, ha gettato le basi per la maturazione di una nuova cultura e di una nuova consapevolezza del ruolo degli enti e delle loro potenzialità.

È stata un’utile ed interessante esperienza anche per il Formez che ha potuto trarre dal lavoro delle amministrazioni spunti preziosi per la definizione di una metodologia di autovalutazione e miglioramento verificata sul campo – in parte proposta nei prossimi capitoli di questa pubblicazione e nel cd allegato – e che ha potuto portare parte dei risultati raggiunti anche in sede europea nell’ambito del dibattito sul CAF.



1.3

La valorizzazione

Per contribuire a radicare in un ente le esperienze realizzate rendendole parte integrante dell’organizzazione e attività sistematica è necessario valorizzare l’esperienza e anche le persone che si sono impegnate a realizzarla.

Di qui l’idea di stimolare, in maniera più diffusa di quanto fatto con i laboratori, l’adozione di modalità di gestione sistematiche e sistemiche volte all’eccellenza, attraverso la valorizzazione di quelle amministrazioni che da diversi anni sono impegnate assiduamente e con risultati tangibili, sui temi della qualità e del miglioramento.

L’istituzione del Premio Qualità PPAA ha chiuso il percorso proposto alle amministrazioni italiane rispondendo quindi a due obiettivi:

- valorizzare le *performance* organizzative derivanti dall’aver introdotto una cultura manageriale orientata alla qualità e all’efficienza;
- favorire e diffondere l’utilizzo del CAF (e più in generale di modelli di autodiagnosi) come strumento di analisi in un percorso più generale orientato al TQM.

⁷ Per ulteriori dettagli si rimanda al capitolo 2, par. 2.1 Il CAF - le sue origini e i suoi sviluppi.

Il Premio Qualità PPAA si colloca nel panorama dei premi che da anni vengono realizzati a livello nazionale, europeo e mondiale.

A livello mondiale, il primo premio per la qualità è stato istituito in Giappone nel 1951 (*Deming Prize*). Il Premio *Deming* giapponese è un riconoscimento attribuito annualmente dalla *JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers)* alle organizzazioni, pubbliche e private, giapponesi e non, distinte nell'applicazione del TQM. L'esperienza del premio e le stesse logiche del TQM sono state successivamente importate dagli USA e dall'Europa e adattate alle realtà dei singoli paesi. È stato così istituito con legge federale il Premio *Malcolm Baldrige* statunitense, ad opera del Congresso degli Stati Uniti, per diffondere la conoscenza dei principi di gestione della qualità, riconoscendo e valorizzando le imprese statunitensi che utilizzano con successo sistemi di TQM. A livello europeo, è stato introdotto nel 1991 l'*European Quality Award*⁸, gestito dall'EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e attribuito alle imprese e alle pubbliche amministrazioni che mostrano un elevato impegno sui temi della qualità.

A livello nazionale vengono realizzati dall'APQI (Associazione Premio Qualità Italia) il Premio Qualità Italia, destinato alle piccole e medie imprese e alle scuole, e il Premio Scuola Veneto destinato alle sole istituzioni scolastiche della Regione Veneto, entrambi basati sul modello EFQM.

Il Premio Qualità PPAA, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 110 il 13 maggio 2005 e presentato a ForumPA 2005, ha rappresentato quindi la prima esperienza premiale a livello nazionale dedicata alle pubbliche amministrazioni, che hanno avuto modo di parteciparvi con l'intera organizzazione o con un singolo settore/area.

Il Premio è stato promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica e realizzato dal Foromez che, con l'obiettivo di fare sistema e patrimonializzare le esperienze premiali nazionali, fin qui condotte, ha coinvolto nella sua realizzazione l'APQI.

Il Premio Qualità PPAA ha impegnato le amministrazioni in tre fasi successive ognuna con un livello di approfondimento differente connesso alle tre fasi di selezione: verifica di ammissibilità; selezione delle amministrazioni finaliste; valutazione finale. Più specificamente, nella prima fase, conclusasi a luglio 2005, le amministrazioni aderenti, suddivise in sette categorie (amministrazioni centrali e periferiche dello stato; asl, aziende ospedaliere ed altre amministrazioni che operano nel campo sanitario; comuni, unioni di comuni, comunità montane ed altre forme associative comunali; istituzioni scolastiche; regioni, province e città metropolitane; università; enti pubblici non economici e camere di commercio, industria e artigianato), hanno redatto e presentato un documento di candidatura contenente informazioni circa le esperienze di tecniche e di strumenti di TQM e di autovalutazione maturate. Sulla base dei documenti di candidatura pervenuti (193), si è proceduto ad una prima selezione attraverso una verifica di ammissibilità.

⁸ Il premio europeo ha recentemente cambiato denominazione in coerenza con la nuova linea strategica dell'EFQM che sottolinea che le organizzazioni devono dimostrare l'eccellenza sostenibile in tutti gli aspetti previsti dal modello. Attualmente il premio EQA ha assunto la denominazione di EEA (*European Excellence Award*).

Nella seconda fase, conclusasi a dicembre 2005, 86 amministrazioni hanno predisposto una relazione di autovalutazione delle proprie condizioni organizzative e gestionali, redatta secondo il modello CAF.

Nella terza ed ultima fase sono state individuate 40 amministrazioni finaliste⁹ che sono state oggetto di una visita da parte di *team* di valutatori qualificati, sulla base della cui valutazione un apposito Comitato di Premiazione ha individuato infine le amministrazioni vincitrici.

Diversi sono stati gli elementi che hanno caratterizzato il Premio Qualità PPAA.

Innanzitutto, l'aver utilizzato, come modello per il premio, il CAF nella versione 2002, con una novità significativa relativa all'attribuzione di pesi al modello, come previsto per il premio dell'EFQM.

Tutti i premi sulla qualità, che basano la loro valutazione su una molteplicità di criteri, hanno l'esigenza di definire algoritmi, ovvero "pesi" (T. Conti, 1997); di conseguenza, anche per il Premio Qualità PPAA, è stata prevista l'introduzione di appositi pesi coerenti con le peculiarità del contesto pubblico. Infatti per la gestione e l'implementazione di processi di innovazione e cambiamento nelle pubbliche amministrazioni, alcuni criteri del modello risultano essere più determinanti rispetto ad altri in quanto costituiscono uno stimolo ed una sollecitazione più forte per realizzare una efficace azione amministrativa. In particolare, rispetto ai criteri sui fattori abilitanti previsti dal modello, si è attribuito un peso maggiore a *Leadership* e Processi, mentre per quanto riguarda i criteri relativi ai risultati, è stato attribuito un peso maggiore a quelli relativi ai clienti/cittadini e alle *performance* chiave¹⁰.

Un ulteriore elemento caratterizzante è stato quello relativo al processo di autovalutazione, che è stato uno dei prerequisiti per la partecipazione al premio stesso. Il valore aggiunto di questa specifica azione, in cui in particolare si è sostanziata la seconda fase del Premio, è consistito nel sollecitare e stimolare le amministrazioni partecipanti a svolgere un processo di autodiagnosi delle proprie condizioni organizzative e gestionali, condiviso e partecipato dall'intera organizzazione¹¹.

Se il ricorso all'autovalutazione è stato importante perché attraverso la sua pratica le amministrazioni hanno consapevolmente identificato le proprie aree di debolezza e di forza, a partire dalle quali avviare delle riflessioni su possibili azioni di miglioramento, la partecipazione al Premio Qualità PPAA ha fornito loro una ulteriore valore

⁹ L'elenco delle amministrazioni finaliste è disponibile a chiusura della pubblicazione.

¹⁰ Rispetto ai risultati relativi ai clienti/cittadini, la scelta è stata motivata dall'importanza che i clienti/cittadini hanno acquisito diventando il punto di riferimento di ogni organizzazione pubblica. I clienti/cittadini sono coloro che ricevono o beneficiano dell'attività, dei prodotti o dei servizi delle organizzazioni pubbliche. È importante per tutte le tipologie di organizzazioni pubbliche misurare direttamente il grado di soddisfazione dei propri clienti/cittadini con riferimento al loro coinvolgimento, all'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e ai prodotti e servizi che l'organizzazione offre. I Risultati delle *performance* chiave sono misurazioni dell'efficacia e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi/prodotti, con particolare riferimento agli *outcome* e appaiono pertanto fondamentali indicatori di qualsiasi organizzazione pubblica.

¹¹ L'autodiagnosi, nello specifico, ha consentito alle amministrazioni di comprendere lo stato e le potenzialità dell'organizzazione riguardo a quelle competenze e capacità (*capability*) che risultavano critiche rispetto alla *mission* che ciascun ente si è prefisso.

aggiunto: la possibilità di confrontare la propria analisi con quella di esperti qualificati attraverso la valutazione esterna realizzata oltre che con la lettura dei documenti anche con le visite *on site*.

Nel caso dei premi, infatti, il processo di valutazione esterno è necessario per poter avere una misura oggettiva – secondo *standard* di valutazione assolutamente definiti – del livello di qualità raggiunto.

Il processo di valutazione esterna, condotto peraltro anche negli altri premi, si è caratterizzato per un'ulteriore peculiarità: la costruzione di un gruppo di valutatori provenienti da pubbliche amministrazioni, che hanno affiancato gli esperti messi a disposizione da APQI, formati attraverso il corso “Valutatori CAF per la Pubblica Amministrazione”.

Il corso di formazione¹² realizzato in collaborazione con i maggiori esperti in Italia sui temi della qualità – l'APQI e l'AICQ (Associazione Italiana Cultura Qualità) – è stato strutturato in una fase d'aula e in una di tirocinio (rappresentata dall'attività di valutazione sul posto condotta presso le amministrazioni finaliste) e ha avuto due obiettivi fondamentali:

1. diffondere nelle PPAA competenze specifiche sui temi della valutazione e del TQM;

2. favorire una logica di *peer review*¹³ finalizzata anche al confronto e allo scambio. In questa attività formativa sono stati coinvolti, con diversi livelli di approfondimento, 40 pubblici dipendenti con comprovata esperienza acquisita nella propria organizzazione sui temi della qualità, e 80 valutatori esperti APQI selezionati tra gli *assessor* EFQM, tra i valutatori interni di organizzazioni con esperienza avanzata di modelli TQM, e tra esperti di Sistemi Qualità, che hanno seguito appositi corsi di formazione. L'insieme di tutte queste iniziative, realizzate nell'ambito del Premio Qualità PPAA, ha avuto il merito di creare elevato valore aggiunto per le amministrazioni italiane e permesso loro, indipendentemente dall'esito del premio, di confrontarsi con altre amministrazioni che stanno realizzando percorsi analoghi, e con esperti della materia, entrando a far parte di un circuito di amministrazioni innovatrici e accrescendo la visibilità del *management* impegnato nelle diverse linee di attività oltre che l'immagine delle amministrazioni stesse.

¹² Al termine del corso è stato rilasciato un apposito attestato di partecipazione equiparato a quello rilasciato in un corso TQM *Assessor* dall'EFQM, attestato che, in quanto tale, permette di accedere a quanti interessati – e a parità delle altre condizioni richieste – all'esame per entrare a far parte del registro EOQ/AICQ. L'APQI ha inoltre fornito ai valutatori che hanno partecipato al corso l'opportunità di entrare a far parte di una apposita lista di valutatori impegnata nella valutazione del Premio Qualità Italia.

¹³ La logica dei *peer reviewers* o valutazione alla pari è stata adottata in alcune esperienze internazionali di premi alla innovazione di secondo livello. Emblematica in tal senso è l'esperienza del CAPAM (*Commonwealth Association Public Administration and Management*) che ha promosso un premio alla innovazione in cui confluiscono i *quality awards* dei diversi paesi membri. Nelle valutazioni di secondo livello si raccolgono le innovazioni provenienti dai diversi contesti nazionali e si utilizzano metodologie come *Delphi*, *focus group*, *nominal group techniques*, coinvolgendo anche in alcuni casi istituti e centri di formazione, società di consulenza ed istituti di ricerca.

Di seguito, per favorire un confronto, si propone un'analisi incrociata delle caratteristiche principali dei diversi premi nazionali, europei e mondiali.

Tab. 2 - I Premi per la Qualità: un confronto internazionale¹⁴				
PREMI PER LA QUALITÀ	DEMING APPLICATION PRIZE (DP)	MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD (MBNQA)	EFQM EXCELLENCE AWARD (EEA)	PREMIO QUALITÀ PPAA (PGPA)
PAESE	GIAPPONE	STATI UNITI	EUROPA	ITALIA
ISTITUZIONE RESPONSABILE	Japanese Union Scientists and Engineers (JUSE).	National Institute of Standards and Technology (NIST), del Dipartimento del Commercio, in cooperazione con il settore privato. La Associazione Americana per la Qualità (ASQ) collabora amministrando il programma per conto del NIST.	European Foundation For Quality Management (fondata nel 1988 con il patrocinio della Commissione UE, su iniziativa delle 14 maggiori società europee: Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer, Volkswagen).	Dipartimento della Funzione Pubblica e Foromez in collaborazione con Confindustria, APQI (Associazione Premio Qualità Italia) e CNCU (Consiglio nazionale Consumatori e Utenti).
ANNO DI AVVIO	1951	1987	1991	2005
OBIETTIVI E CARATTERISTICHE GENERALI	È attribuito annualmente alle società distinte nella applicazione del TQM. Può partecipare qualsiasi azienda pubblica o privata, grande o piccola, giapponese o straniera. La partecipazione è a pagamento.	È stato istituito con legge federale n°100-107 del 1987. Possono partecipare le aziende private, il settore sanitario e le istituzioni. La partecipazione è a pagamento.	È attribuito alle imprese e alle pubbliche amministrazioni distinte nell'applicazione del TQM. Le organizzazioni che partecipano sono inserite in tre apposite categorie: grandi imprese; piccole e medie imprese; pubblica amministrazione. Vengono assegnate 8 categorie di premio e sono inoltre previsti dei finalisti e assegnate delle menzioni. La partecipazione è a pagamento.	È attribuito alle organizzazioni pubbliche italiane che mirano all'eccellenza. Le amministrazioni che partecipano (con un settore o con l'intera organizzazione) sono inserite in sette apposite categorie. Vengono assegnati due premi per categoria. Sono previsti dei finalisti e delle menzioni. La partecipazione è gratuita.

¹⁴ Nella tabella non sono presenti il Premio Qualità Italia e il Premio Scuole Veneto perché, grazie alla *partnership* tra AICQ, che fornisce i modelli di riferimento gratuitamente all'APQI, e EFQM, entrambi vengono realizzati secondo il modello EFQM.

Tab. 2 - segue

PREMI PER LA QUALITÀ	DEMING APPLICATION PRIZE (DP)	MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD (MBNQA)	EFQM EXCELLENCE AWARD (EEA)	PREMIO QUALITÀ PPAA (PQPA)
PAESE	GIAPPONE	STATI UNITI	EUROPA	ITALIA
I MODELLI DI RIFERIMENTO	<p>Modello base costituito da 6 elementi di valutazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Politiche manageriali e loro dispiegamento; 2. Sviluppo nuovi prodotti, innovazione dei processi di lavoro; 3. Mantenimento e miglioramento; 4. Sistema di gestione; 5. Analisi dell'informazione ed utilizzo dell'IT; 6. Sviluppo delle risorse umane. <p>Ciascun elemento è valutato secondo una griglia di 4 dimensioni con una scala di 5 livelli.</p>	<p>Modello di base costituito da 7 criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leadership</i>; 2. Pianificazione strategica; 3. Attenzione al cliente e al mercato; 4. Misure, analisi e gestione delle conoscenze; 5. Attenzione alle risorse umane; 6. Gestione dei processi; 7. Risultati di <i>business</i>. <p>L'impostazione originaria del modello dava maggior enfasi all'adeguatezza del sistema aziendale mirato alla soddisfazione del cliente, portando inizialmente a dar poco rilievo ai risultati. Successivamente è stato corretto il peso assegnato ai risultati.</p>	<p>Modello di base EFQM costituito da 9 criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leadership</i>; 2. Gestione del Personale; 3. Politiche e Strategie; 4. Risorse; 5. Processi; 6. Soddisfazione del Cliente; 7. Soddisfazione del Personale; 8. Impatto sulla Società; 9. Risultati di <i>business</i>. <p>Il modello EFQM è bilanciato tra i fattori ed i risultati con un peso maggiore assegnato al criterio relativo alla soddisfazione del cliente.</p>	<p>Modello CAF costituito da 9 criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leadership</i>; 2. Politiche e strategie; 3. Gestione delle risorse umane; 4. <i>Partnership</i> e risorse; 5. Processi e gestione dei cambiamenti; 6. Risultati relativi al cliente/cittadino; 7. Risultati relativi al personale; 8. Risultati relativi all'impatto sulla società; 9. Risultati delle <i>performance</i> chiave. <p>Il modello CAF per il Premio è bilanciato tra fattori e risultati con un peso maggiore assegnato al criterio relativo ai risultati per il cliente/cittadino.</p>
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE	2 fasi di selezione realizzate attraverso valutazioni individuali e <i>site visit</i> più la valutazione finale da parte di un Comitato.	3 fasi di selezione realizzate attraverso valutazioni individuali, riunioni di consenso e <i>site visit</i> (a pagamento) più la valutazione finale da parte di un Comitato.	2 fasi di selezione realizzate attraverso valutazioni individuali e <i>site visit</i> più la valutazione finale da parte di un Comitato.	3 fasi di selezione realizzate attraverso valutazioni individuali, riunioni di consenso, <i>site visit</i> più la valutazione finale da parte di un Comitato.
TIPOLOGIA DI PREMIO ASSEGNATO	Premio simbolico e in denaro. Report di valutazione.	Premio simbolico. Report di valutazione.	Premio simbolico. Report di valutazione.	Premio simbolico. Report di valutazione.
AZIONI CONNESSE AL PREMIO	–	–	Seminari informativi; Corso TQM Assessor	Seminari informativi; Corso Valutatori CAF

Fonte: www.deming.org; www.juse.or.jp/e; www.quality.nist.gov; www.efqm.org; www.formez.it; www.funzionepubblica.gov.it

“Le leve fondamentali del cambiamento per la qualità sono di tipo culturale... solo un cambiamento del sistema dei valori e un loro orientamento verso la qualità può consentire l'avvio di efficaci programmi di miglioramento” [Philip B. Crosby, *Quality is free, 1979*]¹⁵.

Partendo dall'esigenza di fornire alle amministrazioni pubbliche un quadro di insieme che mettesse a sistema quanto fatto non solo dagli attori istituzionali ma anche direttamente dalle amministrazioni già impegnate in processi di innovazione, cambiamento e miglioramento organizzativo, il progetto “Percorsi di Qualità” ha fornito alle pubbliche amministrazioni che hanno aderito un modello di percorso finalizzato ad inserire la qualità dei servizi e dell'organizzazione tra le priorità di governo e come elemento fondante del rapporto con i cittadini; a rendere la valutazione della qualità (già acquisita come modalità permanente da molte amministrazioni) il primo passaggio di un percorso complessivo di pianificazione e di definizione di miglioramenti organizzativi, e, soprattutto, ad introdurre la cultura della qualità non solo nei processi di pianificazione ma anche come momento di crescita e qualificazione delle competenze interne all'ente nella consapevolezza che la qualità è un investimento, non un costo, e che la qualità comincia dalle persone, non dalle cose.

Alla luce dell'esperienza realizzata attraverso le tre fasi del percorso, le amministrazioni hanno avuto l'opportunità di:

- acquisire informazioni, principi e conoscenze utili a poter decidere e scegliere se intraprendere o meno un percorso verso il miglioramento;
- ripensare la propria organizzazione analizzandola dall'interno, condividendone punti di forza e debolezza e partecipando problemi e soluzioni con tutte le risorse umane coinvolte, attraverso la conduzione di un processo di autovalutazione realizzato in un ambiente controllato metodologicamente e verificato quale quello dei laboratori;
- ottenere, attraverso la partecipazione al premio, *feedback* preziosi sullo stato della propria organizzazione attraverso la valutazione condotta *on desk* e *on site*.

La partecipazione al Premio Qualità PPAA ha rappresentato, per le amministrazioni che hanno aderito ai laboratori, l'opportunità di valorizzare il percorso intrapreso verificando i risultati raggiunti; per quelle amministrazioni senza esperienze pregresse sui temi della qualità e del TQM, lo stimolo a realizzare l'autovalutazione e il miglioramento come modalità di approccio necessaria al benessere dell'organizzazione; per le altre, già impegnate in processi di innovazione, cambiamento e miglioramento organizzativo, una conferma a proseguire sulla strada del miglioramento continuo¹⁶.

¹⁵ Philip B. Crosby, economista e filosofo, ha segnato con il suo libro, *Quality is free*, l'inizio della rivoluzione della qualità negli Stati Uniti e in Europa;

¹⁶ Uno dei principali rischi connessi alla partecipazione ai Premi è che il mezzo prevalga sul fine “...che il

- usufruire delle occasioni di dibattito e di formazione organizzate, oltre che a livello territoriale (attraverso i laboratori e i seminari di approfondimento per supportare le amministrazioni candidate al Premio Qualità PPAA¹⁷), a livello europeo. Cinque amministrazioni partecipanti ai laboratori sono state infatti selezionate per partecipare al Secondo Evento Europeo sul CAF svoltosi a Lussemburgo il 2 giugno 2005 beneficiando dell'opportunità di confronto e discussione con altre amministrazioni europee¹⁸;
- essere valorizzate in termini di immagine e visibilità, a livello nazionale, attraverso il Premio, e a livello europeo. A questo proposito nell'ambito del proprio semestre di presidenza, l'Austria sta realizzando una pubblicazione sull'uso del CAF per il miglioramento dei servizi ai cittadini e due amministrazioni partecipanti ai laboratori, il Comune di Faenza e l'ITC (Istituto Tecnico Commerciale) Romanazzi, sono state selezionate in considerazione dell'esperienza intrapresa con il CAF e dei risultati raggiunti e saranno identificate come *best practices*¹⁹ insieme ad altre amministrazioni europee;
- partecipare ed essere protagoniste delle sperimentazioni attualmente in corso sul CAF. Il modello ha il pregio di essere in continua evoluzione e suscettibile di adattamenti in funzione delle esigenze e problematiche che via via emergono dal suo utilizzo nei diversi paesi dell'unione europea, in modo da consentire, in coerenza con i principi del miglioramento continuo, di essere affinato attraverso l'uso²⁰. A questo proposito, le amministrazioni partecipanti ai laboratori hanno fornito, attraverso la loro esperienza, notevoli spunti di riflessione;
- intraprendere la strada del miglioramento continuo. Le amministrazioni dei laboratori hanno realizzato e implementato, a seguito dell'autovalutazione, diversi progetti di miglioramento²¹. Il messaggio che si è cercato di trasmettere è stato quello di non assumere l'autovalutazione in modo "inerziale", semplicemente misurando i risultati e confrontandoli con gli obiettivi esistenti senza mettere in discussione le missioni e gli obiettivi, né come un'azione contingente. Si è proposto invece di perseguire un'autovalutazione di tipo sfidante, proattivo e soprattutto, sistematico, accompagnata dalla pianificazione di opportune azioni di miglioramento sottoposte a costante monitoraggio secondo il ciclo PDCA²²;

desiderio di vincere – e quindi di evidenziare i propri punti di forza – soffochi l'esigenza primaria, di evidenziare le debolezze rispetto agli obiettivi, per porvi rimedio" (T. Conti, Autodiagnosi organizzativa, Sperling & Kupfer, 1997). Attraverso l'istituzione del premio Qualità PA a completamento del percorso si è inteso dimostrare che "L'autovalutazione diagnostica e le valutazioni dei premi sono approcci complementari, non alternativi".

¹⁷ Nel mese di settembre 2005, sono stati svolti, a sostegno delle amministrazioni candidate, tre incontri formativi di approfondimento per la stesura del documento di partecipazione.

¹⁸ Le amministrazioni che hanno fatto parte della delegazione italiana sono state: Regione Campania, Asl1 Umbria, ITC Romanazzi, Università di Sassari, Comune di Terni.

¹⁹ La Pubblicazione, intitolata "Better results for citizens by using Caf", sarà presentata all' incontro dei Direttori Generali europei che si svolgerà a Vienna il prossimo 29-30 maggio e avrà diffusione europea.

²⁰ Per maggiori dettagli si rimanda al capitolo 2, par. 2.1 Il CAF – le sue origini e i suoi sviluppi.

²¹ Si veda la tabella 1 al par.1.2.

²² Il ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) ha una rilevanza concettuale che non deve essere sottovalutata. Nella sua unitarietà garantisce la coerenza e l'allineamento tra le fasi fondamentali di pianificazione, di esecuzione, di

- avviare azioni di *benchmarking* ottenendo informazioni sul proprio posizionamento attraverso la comparazione, con le altre amministrazioni, degli esiti ottenuti sui vari criteri dell'esercizio di autodiagnosi e usufruendo così di un secondo parametro (oltre a quello derivante dai propri dati) per sviluppare le strategie di miglioramento. Sul sito dell'EIPA (Istituto Europeo per le Pubbliche Amministrazioni – <http://www.eipa.nl>) è infatti presente un database di tutte le amministrazioni che hanno applicato il CAF (attualmente a livello europeo sono circa 250 ma entro la fine del 2006 si prevedono 1800 registrazioni) e che hanno inserito i dati relativi all'applicazione. Alle amministrazioni viene fornita gratuitamente un'analisi di come i loro risultati si collocano rispetto alla media di altre organizzazioni comparabili. Un numero più elevato di applicazioni favorirà la ricerca dei confronti (*benchmarking*) più utili attraverso l'individuazione di quelle organizzazioni (*benchmark*) che hanno conseguito risultati eccellenti relativamente a particolari aspetti organizzativi²³. Le amministrazioni che hanno aderito al progetto sono state invitate ad inserire i risultati della loro autovalutazione nel database EIPA entrando a far parte di un circuito di amministrazioni innovatrici e realizzando processi di *benchmarking* sia a livello nazionale che europeo;
- qualificare le competenze interne all'ente attraverso la partecipazione del proprio personale al corso per "Valutatori CAF per la Pubblica Amministrazione", il primo a livello nazionale, che, oltre a costituire un'interessante opportunità formativa per migliorare dall'interno la propria organizzazione, può aprire interessanti scenari nella prospettiva della costituzione di un bacino di valutatori esperti provenienti direttamente dalle pubbliche amministrazioni.

Diversi potrebbero essere dunque gli scenari possibili in futuro, in funzione dell'auspicabile evoluzione positiva del tema e dell'estensione delle relative prassi. Tuttavia, è sempre incauto azzardare previsioni in un contesto strutturale di cambiamento continuo e ad accelerazione crescente, in cui le estrapolazioni del presente si dimostrano quasi sempre errate.

Resta il fatto che la cultura acquisita dalle amministrazioni attraverso il progetto "Percorsi di Qualità" ha rappresentato un'opportunità significativa e le conquiste culturali, si sa, non possono essere cancellate.

A seguito del percorso proposto, non poche amministrazioni pubbliche del nostro paese metteranno a frutto tale patrimonio e lo arricchiranno.

verifica, di azioni conseguenti. Integrata in questo ciclo, l'autovalutazione può rappresentare un mezzo assai significativo per focalizzare le azioni di miglioramento dove c'è maggiore necessità; un mezzo per stimolare l'entusiasmo tra i dipendenti coinvolgendoli nel processo di miglioramento; un'opportunità per identificare progressi e livelli di qualità dei risultati. Per maggiori dettagli si rimanda al capitolo 3.

²³ Non è solo questione di trovare un'organizzazione che abbia una buona reputazione o una *performance* complessiva interessante; dovrebbe essere possibile individuare organizzazioni che hanno conseguito risultati eccellenti nei particolari aspetti organizzativi che rappresentano una priorità per l'organizzazione. Ad esempio, un'organizzazione che ha individuato alcuni punti di debolezza nei suoi processi dovrebbe, idealmente, trovare un'altra organizzazione, impegnata in attività analoghe, che è particolarmente forte in quel campo.

“La qualità raggiunta, nei suoi aspetti più rilevanti, di radice culturale, sarà il loro fattore di differenziazione”²⁴.

²⁴ T.Conti, Qualità: un'occasione perduta?, Etas, 2004

COME CONDURRE L'AUTOVALUTAZIONE

PROCESSI E PRATICHE NELL'UTILIZZO
DEL CAF COME STRUMENTO
DI AUTODIAGNOSI ORGANIZZATIVA

“L'autovalutazione è un'analisi esauriente, sistematica e periodica delle attività e dei risultati di un'organizzazione. Il processo di autovalutazione, che consente ad un'organizzazione di individuare chiaramente punti di forza e aree di miglioramento, deve tradursi in azioni di miglioramento pianificate e monitorate nel tempo per verificarne l'andamento”. Questa è la definizione di autovalutazione fornita dall'EFQM che mette bene in luce gli elementi caratterizzanti l'autovalutazione: sistematicità, periodicità, miglioramento. È però utile sottolineare, ai fini di questa trattazione, un ulteriore concetto insito nello termine “autovalutazione”: l'organizzazione “si valuta”, attraverso un processo condiviso, partecipato e diffuso a tutta la struttura. Si tratta di un aspetto importante, sul quale si basa il successo di un'autovalutazione, che mette in gioco le risorse portanti di un'organizzazione, quelle umane che la gestiscono, da quelle che coordinano a quelle che operano al suo interno e che fanno di un'organizzazione, sia essa pubblica o privata, un tutt'uno organico finalizzato al raggiungimento di risultati condivisi.

Obiettivo dell'autovalutazione è quindi individuare, in un determinato momento, punti di forza e aree di debolezza per consentire all'organizzazione di realizzare progetti di miglioramento finalizzati all'eccellenza dei risultati.

Come condurre quindi nel modo migliore l'autovalutazione? Quale modello può essere più adatto ad un'organizzazione piuttosto che ad un'altra?

Nel seguito di questo capitolo, dopo aver tracciato le linee evolutive del CAF, si forniranno alcuni approfondimenti che non hanno la pretesa di essere esaustivi, né di avere un taglio scientifico (a corredo di questa analisi è disponibile nel cd allegato tutta la metodologia e la strumentazione utilizzata nei laboratori), ma che sono frutto di un'analisi dell'esperienza realizzata dalle amministrazioni che hanno partecipato ai laboratori del progetto “Percorsi di Qualità” e che hanno utilizzato il CAF come modello per condurre un'autodiagnosi organizzativa. Le loro pratiche, le difficoltà incontrate, le soluzioni individuate, sono state interpretate e messe a disposizione di tutte le amministrazioni interessate in futuro a sperimentare un percorso verso il miglioramento continuo.

Il processo di formazione dell'Unione Europea si è incrociato presto con le tematiche della qualità. Nella seconda parte degli anni ottanta il problema urgente era l'abbattimento degli ostacoli alla libera circolazione delle merci, in vista del traguardo del 1993: la creazione di un mercato unico senza barriere. Fra gli ostacoli c'era la molteplicità di norme di tipo tecnico relative alla qualità dei prodotti (in particolare la sicurezza) mantenuta per lungo tempo anche a fini protezionistici. La Commissione dell'allora Comunità Europea lanciò un grande piano di armonizzazione della normativa relativa alla qualità dei prodotti, ma individuò anche nella nuova Norma ISO 9000¹ (emessa nel 1987), relativa ai "Sistemi Qualità", un potente strumento per ridurre i rischi di barriere di fatto, anche se non di diritto.

In alcuni paesi infatti la certificazione del sistema qualità delle aziende era già vista come importante garanzia nei rapporti di fornitura. La diffusione delle Norme ISO 9000 e la relativa certificazione divennero dunque un obiettivo strategico. In tutti gli stati della nascente Unione i governi sponsorizzarono fortemente l'iniziativa e fondi cospicui andarono in quella direzione.

Ma nel 1988 i presidenti di quattordici grandi aziende europee fondarono la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) con il fine di contrastare l'offensiva giapponese, basata sulla qualità, attraverso la diffusione della cultura del *Total Quality Management* (TQM). Questa iniziativa spinse la Commissione Europea ad andare oltre le Norme ISO per promuovere una visione di qualità competitiva e a sponsorizzare la prima edizione del Premio Europeo per la Qualità, realizzata da EFQM. Il modello del Premio – ora noto come modello EFQM per l'Eccellenza – cominciò a diffondersi in Europa, oltre che per il premio anche per l'autovalutazione. Dapprima furono le imprese ad abbracciare la visione TQM (purtroppo spesso con poca determinazione e costanza), poi, dalla metà degli anni novanta, anche le pubbliche amministrazioni, soprattutto del Nord Europa.

Dieci anni dopo, nel 1998, i Direttori Generali della Funzione Pubblica europei crearono uno *steering group* con il compito di gestire la cooperazione tra i 16 *partner* (15 stati membri più la Commissione Europea) nel campo degli scambi e dello sviluppo della Pubblica Amministrazione (*Innovative Public Service Group* – IPSG).

Tra le diverse attività, realizzate attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro, l'IPSG si occupò del tema relativo al miglioramento della qualità dei servizi forniti ai cittadini, sviluppando uno strumento – il CAF (*Common Assessment Framework*) – inteso a diffondere i principi del TQM nella Pubblica Amministrazione.

La struttura del CAF² è stata elaborata sotto la Presidenza Finlandese dell'UE (seconda metà del 1999) partendo da un lavoro analitico congiunto – avviato sotto la

¹ Le norme della serie ISO 9000 sono state prodotte dall'ISO (International Organization for Standardization) per definire i requisiti internazionali per i sistemi di gestione per la qualità.

² Il CAF, come l'EFQM, ha una struttura a 9 criteri di cui 5 relativi ai fattori abilitanti (alla "capacità di agire")

Presidenza Austriaca (seconda metà del 1998), dall'EFQM, dalla *Speyer Accademy* (Scuola di Scienze dell'Amministrazione tedesca) e dall'EIPA (Istituto Europeo per le Pubbliche Amministrazioni) – e dalla predisposizione delle linee guida messe a punto dalla *Speyer* sotto la Presidenza Tedesca (prima metà del 1999).

Tra la seconda metà del 1999 e la prima metà del 2000 è stata prodotta una prima versione del CAF sottoposta a verifica mediante un progetto pilota che ha coinvolto 14 organizzazioni pubbliche di cinque Stati Membri³. In tale occasione, i Direttori Generali della Funzione Pubblica hanno adottato una dichiarazione volta ad incoraggiare l'utilizzo del CAF nelle amministrazioni pubbliche europee come strumento di supporto alla cooperazione internazionale.

Da allora ad oggi il lavoro di perfezionamento del modello – finalizzato a creare uno strumento sempre più coerente con le esigenze di modernizzazione e innovazione della Pubblica Amministrazione – non si è mai arrestato, prendendo spunto dall'esperienza delle sempre più numerose organizzazioni pubbliche europee che decidono di applicarlo per migliorare le proprie capacità manageriali, per sperimentare il *quality management* nella propria organizzazione e per avviare un confronto con altre organizzazioni del settore pubblico per trovare il miglior modo di fare le cose, anche attraverso una comparazione tra gli approcci adottati.

Le diverse sperimentazioni condotte a livello nazionale dai diversi paesi dell'Unione Europea e l'impegno profuso nella diffusione del modello hanno consentito di aumentare notevolmente negli anni il numero di applicazioni⁴.

Questa base informativa è risultata particolarmente preziosa per avviare a livello europeo l'ultima e recente riflessione sul modello che porterà alla nascita del CAF 2006, in occasione della Quarta Conferenza sulla Qualità che si terrà a Tampere (Finlandia) a settembre di quest'anno.

Quest'ultima revisione ha preso le mosse da due esigenze:

- rispondere alle richieste manifestate dalle amministrazioni utilizzatrici, in termini di maggior chiarezza e maggiore pertinenza del modello ai contesti organizzativi pubblici;
- condividere a livello europeo una comune posizione rispetto al processo di autovalutazione condotto attraverso l'utilizzo del CAF.

Sono stati coinvolti in questo processo tre aspetti del modello: i criteri, i sottocriteri e gli esempi; il sistema di punteggio (*scoring*) e le linee guida a supporto del processo di autovalutazione.

dell'organizzazione) e 4 relativi ai risultati prodotti dall'organizzazione. Per maggiori dettagli sul modello si rimanda al CD ROM allegato al volume o al sito dell'EIPA (www.eipa.nl).

³ Il progetto pilota che ha interessato differenti livelli di governo (centrali, regionali e locali) con diversi gradi di utilizzo del *quality management* (grande esperienza o totale inesperienza) ha prodotto una nuova versione del CAF diffusa successivamente a livello nazionale nei paesi dell'Unione.

⁴ Il database contenente le applicazioni del CAF realizzate a livello europeo può essere consultato sul sito dell'EIPA (www.eipa.nl).

Relativamente a criteri, sottocriteri ed esempi il modello è stato sottoposto ad un'attenta analisi da parte del gruppo di lavoro europeo che ha portato ad un miglioramento delle definizioni e delle implicazioni chiave dei criteri nonché ad un miglioramento della definizione dei sottocriteri e ad un arricchimento (in alcuni casi consistente) degli esempi riportati dal modello rendendoli ancora più adeguati al contesto organizzativo pubblico e sottolineando attentamente il loro carattere non prescrittivo. Sul sistema di punteggio il dibattito è stato acceso. Lo *scoring* del CAF 2002, prevedeva una scala a 6 punteggi, da 0 a 5, corrispondenti a diversi livelli di realizzazione e di approfondimento dell'approccio (nel caso di valutazione dei 5 criteri relativi ai fattori abilitanti) o di raggiungimento dei risultati (nel caso di valutazione dei 4 criteri relativi ai risultati) e assegnava a ciascun livello una fase del ciclo PDCA⁵.

Dopo un lavoro piuttosto intenso si è giunti alla definizione di due sistemi di punteggio (definiti *quick scoring* e *fine tuned scoring*). Il primo ricalca quello della versione del CAF 2002, con l'unica variante della scala di punteggio che passa dalla scala pentenaria (0-5) a quella percentuale (0-100) che consente sicuramente una maggiore precisione. Il secondo – anch'esso con una scala da 0 a 100 – più dettagliato, integra perfettamente la logica del ciclo PDCA che non vede il miglioramento esaurirsi in un solo ciclo cumulativo (prima la pianificazione, poi l'esecuzione, poi la verifica e le azioni conseguenti), ma lo vede come un ripetersi di cicli nel tempo, all'interno dei quali ciascuna fase (P-D-C-A) può essere migliorata. Tale sistema consente, alle organizzazioni che vogliono cimentarsi, di ottenere informazioni più precise sul proprio posizionamento e sulle eventuali future azioni di miglioramento.

Le linee guida, terzo aspetto del modello sottoposto a revisione, al momento in cui si scrive questo volume, sono in fase di ultimazione, con l'obiettivo di fornire alle amministrazioni europee un supporto alla conduzione dell'autovalutazione secondo principi e modalità condivise che rendano quindi le diverse autovalutazioni quanto più possibile omogenee.

Due parole vanno spese sulle modalità con cui il processo di revisione è stato condotto perché rappresentano un ottimo esempio di come proprio il processo di autovalutazione dovrebbe essere realizzato: nonostante le difficoltà dovute alla distanza, il gruppo ha lavorato con un ampio coinvolgimento di tutti i componenti e con una condivisione elevatissima di tutte le decisioni. Se la nuova versione del CAF verrà accolta positivamente dalle organizzazioni europee buona parte del merito, oltre alle competenze specifiche che ognuno ha trasferito nel lavoro di revisione, è da attribuire allo spirito di collaborazione e cooperazione che si è realizzato a livello europeo.

⁵ Per maggiori dettagli sul ciclo PDCA (*Plan Do Check Act*) si rimanda al capitolo 3.



Il CAF è stato progettato per essere utilizzato in tutti i tipi di organizzazioni pubbliche e in una molteplice varietà di circostanze, come parte di un programma sistematico di riforme o come base per azioni circoscritte di miglioramento. Questa sua “universalità”, che ne può favorire la diffusione a tutti i livelli, può diventare, in alcuni casi, “genericità”, richiedendo, per essere applicato in alcuni tipi di organizzazioni e/o di settori, delle interpretazioni e degli adattamenti. Ma proprio la “semplicità” dello strumento, che lo rende flessibile e adattabile, viene incontro ad una esigenza abbastanza diffusa anche a livello europeo, dove diversi paesi (è il caso del Belgio, della Germania per il settore giudiziario, della Danimarca, della Francia per il settore sanitario, dell’Ungheria e della Norvegia) stanno realizzando delle personalizzazioni del modello per specifiche tipologie di amministrazione. Una esigenza simile è stata sentita anche in Italia da diverse amministrazioni tra quelle che hanno partecipato ai laboratori di “Percorsi di Qualità”. Alcune con esperienza già avanzata sui temi del TQM, hanno riletto criticamente il modello, personalizzandone gli esempi in base alle proprie specifiche esigenze. In alcuni casi hanno proceduto ad interpretare il modello (criteri e sottocriteri) per renderlo più aderente ad uno specifico ambito di applicazione (ad es. ad un singolo settore o ad un singolo processo su cui è stata condotta l’autovalutazione), senza modificarne la logica e le definizioni in altri hanno adattato gli esempi del modello alle proprie peculiarità.

La scelta di applicare il CAF ad un singolo settore, in molti casi trova un valido fondamento nelle dimensioni dell’ente e/o nel carattere sperimentale dell’autovalutazione, in altri casi è la conseguenza di decisioni politiche o di disponibilità limitata di risorse. A tal proposito è bene chiarire che il modello si presta ad essere utilizzato anche in singoli settori, purché tutta la gamma dei criteri venga coperta e il settore/processo analizzato possa essere valutato nella sua completezza di funzione e risultati raggiunti. Proprio per questa ragione l’interpretazione dei criteri e sottocriteri diviene indispensabile per poter condurre un’autovalutazione completa e rispondente alla realtà.

Nell’esperienza dei laboratori di “Percorsi di Qualità” il 55% delle amministrazioni ha scelto di condurre l’autovalutazione su un singolo settore/processo con un’incidenza variabile in funzione della tipologia di amministrazione e della dimensione dell’ente (tutte le scuole partecipanti hanno applicato il CAF all’intera organizzazione, tutte le università, le ASL e le amministrazioni centrali hanno condotto un’autovalutazione settoriale, come il 14% di comuni e province – generalmente quelli con la dimensione maggiore e con strutture organizzative più complesse).

In tutti questi casi il CAF è diventato strumento per l’analisi di un settore con specifiche caratteristiche o di un processo – è il caso dell’Università di Firenze – trasversale a tutta la struttura organizzativa.

Un'interpretazione del modello – l'esperienza dell'Università di Firenze

L'Università degli Studi di Firenze ha scelto come oggetto di autovalutazione il processo formazione del personale. Si tratta di un processo a carattere prevalentemente interno che, poiché di supporto alle attività dell'Università, non afferisce ad un ufficio specifico ma è gestito in maniera congiunta da diversi uffici.

Per tener conto di queste caratteristiche e specificità e per consentire la realizzazione di un'autovalutazione consapevole e rispondente alla realtà organizzativa, alcuni criteri e sottocriteri del modello sono stati re-interpretati.

La *leadership* – criterio 1 – è stata intesa come *leadership* di processo e i concetti di *mission* e *vision* (sottocriterio 1.1.) sono stati applicati al singolo processo – anche il *process leader* deve indicare scopi e politiche dell'attività di cui è responsabile – introducendo come ulteriore vincolo la coerenza con la *mission* e la *vision* dell'intera organizzazione.

La gestione delle risorse umane – criterio 3 – è stata diversamente interpretata in considerazione del fatto che il personale impegnato nel processo non è mai direttamente afferibile al *leader* di processo, che non ne ha quindi una responsabilità diretta, e collabora al raggiungimento dei risultati del singolo processo solo *pro-quota*. In questo caso, ai fini dell'autovalutazione, sono state prese in considerazione tutte le risorse umane “esterne” al processo ma con un ruolo importante ed operativo nella sua conduzione e dalle quali dipende il raggiungimento dei risultati (ad esempio i docenti che si occupano dello svolgimento delle attività formative). Questo tipo di interpretazione ha avuto ovvie ricadute anche sul criterio 7 – risultati relativi al personale – per il quale si è cercato di isolare accuratamente gli aspetti delle attività connessi alla formazione del personale evitando contaminazioni dovute ad altre attività.

Una valutazione particolarmente complessa è stata condotta per il criterio 8 – impatto sulla società – che ha peraltro portato ad un'interpretazione molto interessante. Parlando di un singolo processo, avente tra l'altro, solo utenti interni all'organizzazione, l'interpretazione del criterio ha tenuto in considerazione l'impatto che il processo e il suo *output* hanno avuto sul resto dell'organizzazione andando a valutare quali effetti hanno avuto le *performance* degli utenti formati sull'efficacia ed efficienza degli altri processi nei quali sono stati coinvolti e quale è stata la ricaduta del processo formazione sul territorio, in termini di valore aggiunto dei servizi erogati alla collettività a seguito dell'accresciuta professionalità degli operatori.

Per alcune amministrazioni che hanno deciso di condurre l'autovalutazione su tutta l'organizzazione il modello è risultato poco adatto a rappresentarne e coglierne le peculiarità organizzative. In questo caso – si fa riferimento ad esempio agli istituti scolastici, alle ASL, alle camere di commercio – si è reso necessario un adattamento del modello consistente in una vera e propria personalizzazione degli esempi proposti

(come si dirà più avanti, l'adattamento degli esempi è previsto già dal modello ed è quindi legittimo).

Tra le amministrazioni che hanno sentito più fortemente di altre questa necessità ci sono state le istituzioni scolastiche.

Fino dagli anni '80 le istituzioni scolastiche sono ricorse all'autovalutazione (prevalentemente della didattica) e si sono poste il problema di creare coerenza tra il livello di funzionamento complessivo dell'istituzione e il livello di qualità dell'insegnamento. Nel corso degli anni hanno quindi utilizzato le metodologie di TQM prima per valutare l'organizzazione e poi per verificare l'apprendimento e la costruzione delle competenze. Proprio l'esperienza acquisita nel tempo su questi temi, unita alla particolare tipologia di servizi offerti e di utenti serviti e alle caratteristiche organizzative proprie del settore, le scuole che hanno partecipato ai laboratori, hanno condotto una riflessione che le ha portate ad adattare il modello, in particolare alcuni esempi/indicatori dei sottocriteri relativi ai risultati, alle proprie specificità.

Un adattamento del modello alla scuola – l'esperienza del Liceo Spallanzani di Tivoli

Il Liceo Spallanzani di Tivoli che ha partecipato ai laboratori, e ha condotto l'autovalutazione su tutta l'organizzazione, si è impegnato, nel corso dell'autovalutazione, ad individuare per ciascun sottocriterio proposto dal modello degli esempi che potessero meglio descrivere la propria realtà organizzativa⁶.

Nel fare questo ha seguito due principi:

- semplificare il linguaggio per rendere il modello e gli esempi più comprensibili per quanti sarebbero stati coinvolti nell'autovalutazione;
- adattare gli esempi alla propria organizzazione.

Questo secondo principio è stato applicato in particolare ai criteri relativi ai risultati, dove il servizio reso, l'utenza (famiglie e alunni) e i rapporti tra l'utenza e il personale (docente e non docente), posseggono caratteristiche tali da incidere pesantemente sulla tipologia di risultati prodotti e sul loro livello di raggiungimento.

E così nel Criterio 7 – risultati relativi al personale – sono stati introdotti nuovi esempi finalizzati a misurare il grado di soddisfazione del personale attraverso variabili caratteristiche del sistema scuola (livello di utilizzo di nuovi laboratori e strumentazioni, creazione di nuove attività progettuali, n. di supplenze, ecc...).

Anche nel Criterio 8 – risultati relativi all'impatto sulla società – l'organizzazione scolastica, la realizzazione dei POF (Piani di Offerta Formativa) e dei progetti formativi, hanno caratterizzato gli esempi volti a rilevare l'impatto delle attività del Liceo sulla società (ad es. progetti in rete con ricaduta sul territorio, n. di iniziati-

⁶ Gli esempi proposti dal modello CAF sono dichiaratamente flessibili e le organizzazioni pubbliche sono sollecitate ad individuare nuovi esempi ed indicatori. Questo sforzo può infatti aiutarle nell'esercizio di autodiagnosi a capire più approfonditamente il funzionamento dell'organizzazione.

ve dedicate al volontariato, n. di progetti su tematiche di carattere ambientale rivolte agli alunni).

La tipicità dell'ente ha trovato poi ampio spazio nel Criterio 9 – risultati delle *performance* chiave – dove il Liceo ha mirato a rilevare una serie di indicatori molto specifici. Il sottocriterio 9.1. – raggiungimento degli obiettivi – è stato personalizzato prendendo in considerazione non solo i risultati interni (tasso di abbandono studenti) ed esterni (posizionamento dell'istituto rispetto alle prove INVALSI⁷), ma anche quelli relativi specificatamente all'apprendimento che l'istituto è riuscito a produrre negli alunni (indice di successo degli alunni, livello di apprendimento degli studenti durante l'anno scolastico), e all'utilizzo della tecnologia (indice di dotazione informatica, utilizzo dei laboratori).

Mentre per il sottocriterio 9.2 – *performance* finanziarie – oltre agli indicatori proposti dal modello, sono stati inseriti indicatori di misurazione del livello di utilizzo del fondo per il miglioramento dell'offerta formativa e del livello di risorse finanziarie per alunno.

Su questo sottocriterio il Liceo ha avuto alcune difficoltà causate dalla composizione del gruppo di lavoro costituito esclusivamente da insegnanti⁸ che non avevano una conoscenza approfondita che permettesse di effettuare delle valutazioni rispetto ai risultati finanziari raggiunti. Per risolvere in futuro queste difficoltà e per coinvolgere anche la segreteria in questo tipo di lavoro, verrà inserito nel gruppo di autovalutazione un operatore della segreteria con competenze specifiche in questo campo.

Un altro settore interessato dalla stessa esigenza è stato quello sanitario per il quale l'impegno per la qualità dell'assistenza è ormai da anni un dovere istituzionale richiesto dai governi di tutta la comunità internazionale⁹. Già con il Piano Sanitario 1998-2000 obiettivo prioritario era la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza e questo ha spinto le aziende sanitarie ad approfondire e sperimentare modelli e strumenti innovativi e a passare rapidamente ad un approccio sistemico che rendesse la qualità dei servizi offerti una conseguenza diretta della qualità delle organizzazioni. Alcune delle aziende che hanno partecipato ai laboratori, come l'ASL 1 Umbria, hanno quindi sperimentato il modello CAF cercando di rileggerlo in una chiave critica che potesse renderlo più coerente con le tipicità del mondo sanitario.

⁷ L'INVALSI è l'Istituto Nazionale di Valutazione del Sistema Educativo che effettua verifiche periodiche e sistematiche sulle conoscenze e abilità degli studenti e sulla qualità complessiva dell'offerta formativa delle istituzioni di istruzione e di istruzione e formazione professionale, anche nel contesto dell'apprendimento permanente; in particolare gestisce il Sistema Nazionale di Valutazione (SNV).

⁸ Per i dettagli su come costituire il comitato di autovalutazione si rimanda al par. 2.3 La conduzione del processo di autovalutazione.

⁹ Cfr. *Un sistema di qualità per la qualità del sistema* a cura di Vernero, Leone, Peano, Trincali, Venturella – Centro Scientifico Editore.

Un adattamento del modello alla sanità – il caso dell’ASL 1 Umbria

La ASL 1 dell’Umbria ha partecipato alla sperimentazione di autovalutazione applicando il modello CAF all’intera azienda, coinvolgendo tutte le aree organizzative:

- i 2 presidi ospedalieri;
- i 2 distretti territoriali;
- le aree di linea della direzione;
- i servizi di staff della direzione.

La “produzione” in sanità è estremamente specifica e rispetta logiche non completamente allineate a quelle di altre pubbliche amministrazioni. Infatti i processi sanitari producono servizi con larghe componenti immateriali ed emozionali.

Pertanto l’ASL 1 Umbria ha cercato di interpretare al meglio la parte del modello relativa ai risultati.

In particolare per il sottocriterio 6.2, come indicatori di misurazione dell’orientamento ai cittadini, sono stati utilizzati la “mobilità attiva” e l’“indice di attrazione” che permettono di valutare l’utilizzo delle strutture sanitarie da parte di cittadini non residenti nel territorio e che, quindi, volontariamente si rivolgono ai servizi della ASL.

Data la natura intrinseca di una azienda sanitaria e cioè soddisfare i bisogni di salute e promuovere il diritto alla salute, molti degli indicatori individuati per il criterio 8 – risultati relativi all’impatto sulla società – hanno fatto riferimento a risultati raggiunti dall’ASL con attività realizzate istituzionalmente. In particolare per il sottocriterio 8.1, come risultato della *performance* sociale dell’organizzazione, è stato aggiunto un indicatore relativo alla redazione e pubblicazione del bilancio sociale come una ulteriore dimostrazione di comportamento etico dell’organizzazione nei confronti della società, oltre che di rendicontazione dell’attività di programmazione e controllo delle risorse per la promozione della salute sul territorio. Un altro adattamento del modello CAF all’ambiente sanitario è stato quello relativo al sottocriterio 9.2, nel quale i risultati economico-finanziari sono stati valutati in funzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia ospedalieri, sia territoriali, ed è stata presa in considerazione una specifica rendicontazione avviata per portatori di interesse (*stakeholder*).

Anche il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, che ha partecipato al laboratorio per ASL e Aziende Ospedaliere, ha lavorato molto sui criteri relativi ai risultati, cercando di individuare ulteriori indicatori che potessero al meglio rappresentare l’organizzazione e che dessero conto della particolarità di alcuni servizi a forte vocazione tecnologica.

Gli esempi prodotti in questo paragrafo, seppur riguardanti specifiche realtà – all’interno delle quali alcuni lettori più di altri potranno ritrovare le proprie organizzazioni – sono la dimostrazione di come l’autovalutazione sia tanto più efficace quanto più

il modello rappresenta l'organizzazione. Il *management* sentirà il modello tanto più proprio quanto più riscontrerà tale corrispondenza. Tutti nell'organizzazione, dal vertice in giù, dovrebbero arrivare a percepire il CAF non come uno strumento usato "da quelli della qualità", o che si "spolvera" solo per occasioni particolari, ma come uno strumento utile a tutti e in tutte le fasi della propria attività.

Il cambiamento richiede però, come vedremo in seguito, sia competenze organizzative sia maturità nell'uso del modello.

Prospettive future: la "personalizzazione" del modello per specifici settori

Una volta che ci si sia appropriati del metodo e del modello, attraverso un adattamento degli esempi alla propria organizzazione, un passo ulteriore importante sarebbe la personalizzazione del CAF – sempre a livello di esempi – ad un settore specifico (ad es. quello sanitario, quello universitario, quello scolastico, ecc.). Il processo dovrebbe essere condotto in collaborazione fra amministrazioni dello stesso settore, magari attraverso un gruppo di lavoro che elabori le proposte e le sottoponga successivamente, per discussione e approvazione, a tutte le amministrazioni interessate, come è stato fatto già in alcuni paesi europei. Come conseguenza, anche le attività di *benchmarking* potrebbero essere incoraggiate in quanto è prevedibile che, per ottenere reali benefici, i *benchmark* saranno in futuro soprattutto (anche se non esclusivamente) fra amministrazioni dello stesso tipo.

Sarebbe quindi auspicabile in un futuro non tanto lontano utilizzare l'esperienza delle amministrazioni, per realizzare a corredo del modello CAF *standard*, dei modelli settoriali in cui le diverse tipologie di amministrazione possano ritrovarsi più facilmente.



2.3

La conduzione del processo di autovalutazione

I laboratori di "Percorsi di Qualità" sono stati un'importante occasione per seguire l'applicazione del CAF da parte delle amministrazioni in un contesto controllato. È stato possibile ricavare informazioni affidabili riguardo ai problemi incontrati e alle difficoltà di interpretazione o implementazione del modello e del processo e questo ha fornito l'opportunità di riflettere sui suggerimenti più appropriati da dare ai futuri utilizzatori. I modi di operare, suggeriti alle amministrazioni partecipanti nel corso dei laboratori, sono stati definiti nelle Linee Guida per l'autovalutazione e il miglioramento¹⁰. Applicando il linguaggio della qualità alla progettazione dei laboratori, per similitudine, si potrebbe dire che le Linee Guida hanno rappresentato la fase *Plan* dei laboratori, a cui ha fatto seguito la fase *Do*, ovvero l'applicazione dell'approccio a un

¹⁰ Le Linee Guida sono disponibili nel CD ROM allegato al presente volume o possono essere richieste all'indirizzo e-mail: caf@formez.it

numero significativo di amministrazioni – di diverse tipologie – con un monitoraggio sull’avanzamento delle attività realizzato negli incontri periodici. Il ciclo è stato completato con una fase *Check*, realizzata tramite la distribuzione di un questionario ai partecipanti, la richiesta di *feedback* agli esperti che hanno seguito i laboratori e l’analisi di alcuni rapporti di autovalutazione prodotti dalle amministrazioni.

Questo paragrafo da conto del lavoro svolto e intende rappresentare, a beneficio dei futuri utilizzatori del CAF, sia la fase di *Check* sia un inizio della fase *Act*, sotto forma di commenti, suggerimenti e raccomandazioni. Quest’ultima fase si completerà poi nelle applicazioni di coloro che vorranno trarre profitto dalla “lezione appresa”.

Nel seguito vengono quindi passate in rassegna le fasi più significative del processo di autovalutazione evidenziandone gli aspetti più critici e richiamando sinteticamente, per ciascuna di esse, cosa le linee guida richiedevano e cosa le amministrazioni hanno fatto, facendo seguire le esperienze realizzate da alcuni commenti e raccomandazioni.

Il coinvolgimento della Direzione e dei responsabili dei settori valutati

L’introduzione dell’autovalutazione in un’amministrazione è un evento troppo importante per essere completamente delegato, anche se la responsabilità operativa viene solitamente affidata dal responsabile dell’unità che si autovaluta a uno o più dei propri collaboratori diretti. È in ogni caso indispensabile l’attenzione specifica e continua della Direzione dell’amministrazione¹¹, che deve partecipare direttamente alla scelta del settore valutato (l’intera amministrazione o una sua parte) stabilendo con chiarezza come l’autovalutazione si collochi all’interno degli obiettivi di breve e lungo periodo (è una sperimentazione? è l’inizio di un percorso TQM di lungo periodo?). La Direzione deve anche attivare efficaci canali di comunicazione per assicurare il coinvolgimento di tutti gli appartenenti ai settori coinvolti e l’informazione ai settori non ancora coinvolti (che, come vedremo, potranno comunque entrare in gioco come clienti, fornitori o parti interessate). La Direzione Generale (se l’autovalutazione viene applicata a tutta l’amministrazione) o il responsabile del settore coinvolto (nel caso di applicazione parziale) devono poi assumere l’*ownership* dell’autovalutazione – cioè un ruolo di responsabilità attivo – che si esplica soprattutto nei momenti cruciali, quali: la definizione degli obiettivi e l’attribuzione delle responsabilità, l’assegnazione delle risorse necessarie, il lancio del processo, l’analisi dei risultati dell’autovalutazione e la definizione delle priorità.

L’esperienza delle amministrazioni

Nel 90% circa delle amministrazioni partecipanti ai laboratori, la Direzione ha assunto un ruolo attivo nel manifestare e comunicare il proprio sostegno al proget-

¹¹ Per Direzione dell’amministrazione si intendono i vertici dirigenziali che, nel caso di autovalutazione condotta su tutta l’organizzazione, sono individuabili nelle Direzioni Generali (nei Dirigenti Scolastici per le scuole e nei Direttori Amministrativi per le Università), nel caso di autovalutazione condotta su di uno specifico settore, sono individuabili nei dirigenti responsabili del settore. Nel seguito si parlerà genericamente di Direzione.

to. Il dato è apparentemente incoraggiante ma, analizzando più a fondo i casi, si nota che il coinvolgimento *diretto* è limitato ad una percentuale molto inferiore di casi (circa il 30%).

Sembra che, malgrado le indicazioni fornite dalle Linee Guida e le raccomandazioni degli esperti, i partecipanti ai laboratori, pur personalmente convinti, abbiano trovato spesso qualche difficoltà nel coinvolgere la Direzione a volte anche nel caso del singolo settore al quale si è deciso di applicare l'autovalutazione.

Quella indicata è una situazione abbastanza frequente, che denota una mancanza di reale comprensione della valenza strategica dell'autovalutazione ai fini del miglioramento. Si sottolinea quindi l'importanza che la Direzione intervenga sempre in prima persona nei momenti cruciali, in modo particolare nel chiarire a tutta l'organizzazione gli obiettivi di breve e lungo periodo che con l'autovalutazione ci si pone, l'ambito cui essa si applica nell'immediato e gli sviluppi futuri. Una volta definito l'ambito, la Direzione dovrà intervenire in prima persona nelle fasi chiave del processo (che devono essere esplicitate e comunicate attraverso il relativo piano di autovalutazione). Senza il coinvolgimento diretto della Direzione l'autovalutazione non assumerà mai un carattere strategico, il miglioramento conseguente risulterà sempre di basso profilo e l'autovalutazione verrà presto abbandonata con frustrazione di chi ci ha realmente creduto.

Scelta dell'ambito al quale applicare l'autovalutazione

Come indicato anche nelle pagine precedenti, l'autovalutazione può essere condotta nell'intera organizzazione o in una sua parte.

Una parte delle amministrazioni partecipanti ai laboratori ha scelto di condurre l'autovalutazione sull'intera organizzazione, altre, quelle particolarmente grandi e complesse in cui sarebbe stato problematico iniziare l'esperienza con un'applicazione di larga scala, hanno scelto di valutare uno specifico settore. A questo proposito è importante sottolineare ulteriormente che la conduzione dell'autovalutazione in un settore può andar bene purché il settore non sia troppo piccolo e, in ogni caso, sia dotato di sufficiente autonomia operativa, così da poter applicare il modello prescelto – nel caso specifico il CAF – nella sua interezza (tutti i criteri, sia per i fattori abilitanti che per i risultati).

Alcune amministrazioni hanno poi optato per una terza via: la conduzione dell'autovalutazione in uno specifico processo. Questa scelta è ammissibile, analogamente alla scelta del settore, nella misura in cui il processo autovalutato sia di dimensioni considerevoli e dotato di notevole autonomia operativa. Naturalmente l'integrità del modello deve sempre essere rispettata. Non sono infatti ammesse mutilazioni o modifiche e gli unici adattamenti al modello consentiti sono quelli relativi agli esempi (mirati soprattutto a contestualizzare meglio il modello¹²).

¹² Per alcuni esempi di adattamento del modello si rimanda al paragrafo 2.2 di questo capitolo.

L'esperienza delle amministrazioni

Le amministrazioni che hanno scelto di limitare l'autovalutazione ad uno specifico settore hanno così motivato la decisione e dettagliato le conseguenze della scelta¹³:

- la scelta di limitarsi ad un settore è ideale per una prima esperienza, perché è più facile convincere il *management*, la gestione è meno impegnativa e sono migliori le possibilità di riuscita;
- l'esperienza è stata molto positiva da diversi punti di vista. Il gruppo di supporto ha potuto apprendere nuove metodologie di TQM che prima di questa esperienza erano sconosciute e, nello stesso tempo, ha avuto l'opportunità di conoscere settori diversi da quello di appartenenza;
- quando si sceglie una parte dell'amministrazione (nel caso specifico un processo molto importante) è difficile trovare l'approccio sistemico giusto nei confronti di indicatori, raccolta dei risultati, ecc. Ci si trova a disagio con le richieste del modello e si sente l'esigenza di adattarlo;
- il processo di autovalutazione ha fatto emergere aspetti rilevanti non solo del settore esaminato, ma dell'intera organizzazione, attraverso analisi condivise da tutto il personale dell'Area;
- pur essendo la scelta di tipo contingente, dettata solo da una situazione logistica favorevole, l'esperienza ha dimostrato come l'autovalutazione aiuti ad abbattere barriere di comunicazione: sono stati identificati i progetti trasversali comuni e si è sviluppata un'ampia collaborazione e conoscenza reciproca.

Emergono chiari gli aspetti positivi dell'autovalutazione e il vantaggio di una partenza graduale, guardando alla prima applicazione ad un settore come un'esperienza pilota. Ogni settore scelto si è dimostrato "autovalutabile". Tuttavia molti degli intervistati non hanno colto il legame fra problemi emersi nel corso dell'autovalutazione – e segnalati a fronte di altre domande dell'intervista – e il fatto di avere scelto un settore. Spesso le difficoltà nel valutare i criteri 6, 7, 8, 9 sono dipese dal non avere messo a fuoco ciò che il modello chiede quando si valuta un settore.

L'Università degli Studi di Firenze che ha fatto la scelta apparentemente anomala di autovalutare un processo (una scelta non anomala, ma che accentua l'esigenza di interpretare correttamente il modello in chiave di settore), si è scontrata in maniera più evidente con gli scogli reali e si è resa più chiaramente conto della necessità di interpretazione¹⁴. Ha avuto l'impressione che l'esigenza nascesse dalla scelta "anomala" di un processo, ma in realtà l'esigenza esiste tutte le volte che si sceglie di autovalutare un settore; nel caso specifico l'esigenza è semplicemente accentuata (soprattutto nella realtà attuale delle amministrazioni, dove la gestione integrata dei processi interfunzionali è ancora remota).

¹³ La voce delle amministrazioni partecipanti è stata raccolta attraverso un'intervista che ha ripercorso le tappe fondamentali (proposte in questo volume) del processo di autovalutazione.

¹⁴ Cfr. paragrafo 2.2

Il problema è dunque come interpretare correttamente in chiave settoriale un modello fatto per una realtà organizzativa completa¹⁵. Ed è un problema che prima o poi interesserà tutte le amministrazioni di grandi dimensioni che affrontano l'autovalutazione. Quando l'organizzazione è grande, un'unica autovalutazione può risultare difficile, talvolta impraticabile. E di fatto le grandi organizzazioni spezzano solitamente l'autovalutazione in due fasi. Nella prima fase, l'organizzazione viene suddivisa in parti (con grande attenzione ai criteri di suddivisione) e si conduce l'autovalutazione in parallelo in ciascuna di esse; nella seconda fase si procede ad un'autovalutazione dell'insieme, consolidando i risultati parziali e focalizzandosi sui problemi emersi.

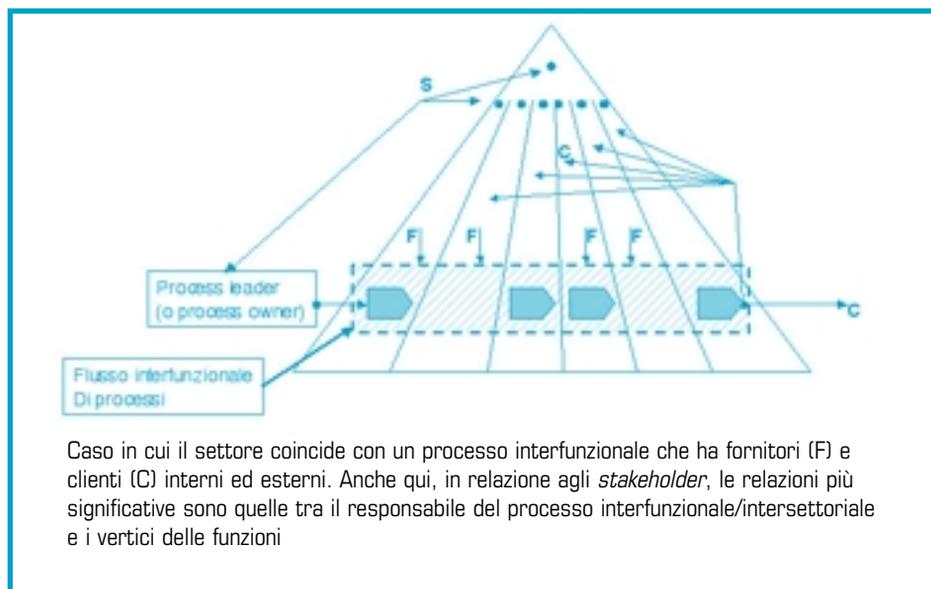
La cosa importante è che le autovalutazioni settoriali vengano condotte coinvolgendo sotto forma, a volte di fornitori, a volte di clienti, a volte di *stakeholder*, tutti i soggetti esterni al settore che risultano importanti ai fini della valutazione. Se, infatti, non vengono coinvolti gli interlocutori chiave nel processo di autovalutazione, l'autovalutazione risulterà autoreferenziale.

Quando s'impone la valutazione di un settore, quindi, la prima cosa da fare è definire chiaramente le interfacce con la parte restante dell'organizzazione, identificando in esse gli interlocutori significativi che devono essere coinvolti nella valutazione. Tali interfacce assumono le forme di clienti e fornitori interni o di *stakeholder*. Questi ultimi hanno evidentemente un ruolo fondamentale nell'esprimere giudizi valutativi. I clienti dei servizi prodotti dal settore saranno la principale fonte di dati in relazione ai criteri pertinenti (il criterio 6 – relativo ai risultati della soddisfazione dei clienti/cittadini – in particolare). Non può esistere un'autovalutazione in cui il settore valutato misura se stesso invece di farsi misurare dai clienti: il sottocriterio 6.1 deve riportare la voce del cliente; mentre il sottocriterio 6.2 valuta l'organizzazione in relazione alle attese dei clienti.

La figura 1 che segue si riferisce alla scelta di applicare l'autovalutazione ad un settore funzionale, vale a dire ad una delle unità organizzative verticali in cui normalmente si suddivide un'organizzazione. In questo caso il settore possiede un capo che riporta alla Direzione e perciò ha notevole autonomia nel suo ambito. Nel caso specifico il settore ha clienti e fornitori sia esterni sia interni. È il caso più generale, che comprende anche il caso particolare di settori che hanno solo clienti interni. Ai clienti dovrà essere chie-

¹⁵ I rischi di un'errata o incompleta interpretazione del modello, quando si sceglie di applicarlo ad un settore, sono molto rilevanti. Come già accennato, le conseguenze emergono in momenti diversi dell'autovalutazione, in relazione ai diversi criteri del modello. Emergono quando si parla di *leadership* – e in particolare di *vision* e *mission*: è chiaro che nel caso di un settore può risultare difficile rispondere ai quesiti posti dagli esempi relativi a *vision* e *mission* se non si coinvolge la Direzione. Emergono quando si tratta di politiche e strategie, di gestione delle risorse umane, dove non si possono non coinvolgere i responsabili centrali. Emergono per i processi che coinvolgono il settore ma si estendono al di fuori del settore. Ed emergono quando si esaminano i criteri 6, 7, 8, 9, relativi ai risultati, dove, se non si interpellano i clienti interni non si rispetta lo spirito del modello. Nell'esperienza dei laboratori le autovalutazioni settoriali si sono sforzate di fare ciò, in molti casi in modo adeguato ma in altri in modo incompleto. E le difficoltà segnalate nella valutazione di diversi criteri, soprattutto relativi ai risultati, sembrano dipendere dall'incompleta attivazione delle interfacce essenziali per un'autovalutazione completa: gli *stakeholder*, i clienti, i fornitori interni.

Figura 2



La composizione del comitato di autovalutazione

Il processo di autovalutazione suggerito alle amministrazioni dei laboratori attraverso le Linee Guida ha previsto la costituzione di un comitato di autovalutazione, investito dell'autorità necessaria per assicurare lo svolgimento di tutte le attività operative secondo i piani approvati dalla Direzione, precisandone le responsabilità e i compiti. Tutte le amministrazioni partecipanti hanno costituito tale comitato che ha svolto le proprie attività secondo quanto previsto.

L'esperienza di un'amministrazione

Tra le amministrazioni partecipanti, una in particolare ha costituito il comitato di autovalutazione utilizzando il criterio gerarchico e coinvolgendo, pertanto, esclusivamente i capi processo, mentre il gruppo di supporto, che in realtà ha condotto il lavoro e ha interpretato il ruolo che avrebbe dovuto interpretare il comitato, è stato nominato dalla Direzione utilizzando del personale volontario che rispondeva ai criteri culturali idonei al compito.

Il caso citato sembrerebbe evidenziare una visione burocratica nell'assegnazione delle responsabilità. Non c'è nulla di male nella delega da parte del comitato ad esperti di precisi incarichi operativi; anzi ciò è naturale perché certi livelli di responsabilità non

hanno il tempo – e a volte anche la competenza – per condurre tutte le attività derivanti dall'autovalutazione. Il comitato di autovalutazione deve però tenere saldamente in mano le redini dell'autovalutazione e governare il processo. Poi può affidare specifici compiti operativi ad esperti.

In definitiva, si raccomanda che la Direzione nomini un comitato che abbia l'autorevolezza necessaria ma che si coinvolga in prima persona. Tale comitato potrà vantaggiosamente utilizzare la collaborazione di esperti e/o rappresentanti di diverse aree, se l'entità valutata è grande.

Informazione, formazione, piano di comunicazione

Intraprendere un processo di autovalutazione significa condividerne obiettivi, risultati ed effetti. Per questa ragione non solo è opportuno che tutti coloro che sono direttamente coinvolti abbiano un'adeguata formazione e/o informazione specifica, sia pure con modalità e impegno diversificati, ma è necessario anche che tutto il personale venga informato e che le modalità di gestione del processo e gli obiettivi strategici dell'iniziativa vengano comunicati e condivisi adeguatamente.

L'esperienza delle amministrazioni

In circa la metà delle amministrazioni è stata condotta un'attività di formazione sul modello e sul processo di autovalutazione per tutti coloro che hanno avuto un ruolo significativo ed è stata realizzata un'attività informativa per gli altri. Nell'altra metà delle amministrazioni ci si è limitati ad una azione informativa. La formazione è avvenuta soprattutto là dove c'era esperienza pregressa e ruoli di qualità, oppure dove la Direzione è stata coinvolta più attivamente. Solo in alcuni casi l'informazione ha assunto una forma strutturata e allargata a tutti i dipendenti dell'amministrazione, sostenuta da un vero e proprio piano di comunicazione, come suggerito dalle Linee Guida. Il fattore tempo oltre che, per alcuni, la novità dell'esperienza, hanno limitato l'informazione e la formazione.

È pertanto opportuno sottolineare che la formazione è alla base di una buona autovalutazione – le Linee Guida citate possono risultare una buona base – e che la comunicazione diffusa, trasmessa dai responsabili, dall'alto verso il basso, attraverso appositi incontri, è fondamentale per stimolare il coinvolgimento e per non fare dell'autovalutazione un esperimento circoscritto a pochi.

Approccio all'autovalutazione dei fattori abilitanti

Oltre alle evidenze documentali l'autovalutazione prevede, per i fattori abilitanti (criteri da 1 a 5 del modello), l'ascolto della voce di coloro che operano nell'organizzazione (chiaramente anche le “voci”, quando si sale nei livelli di responsabilità,

potranno essere portate a supporto della documentazione). Per tale ascolto le Linee Guida propongono ai partecipanti l'approccio di valutazione "diffuso".

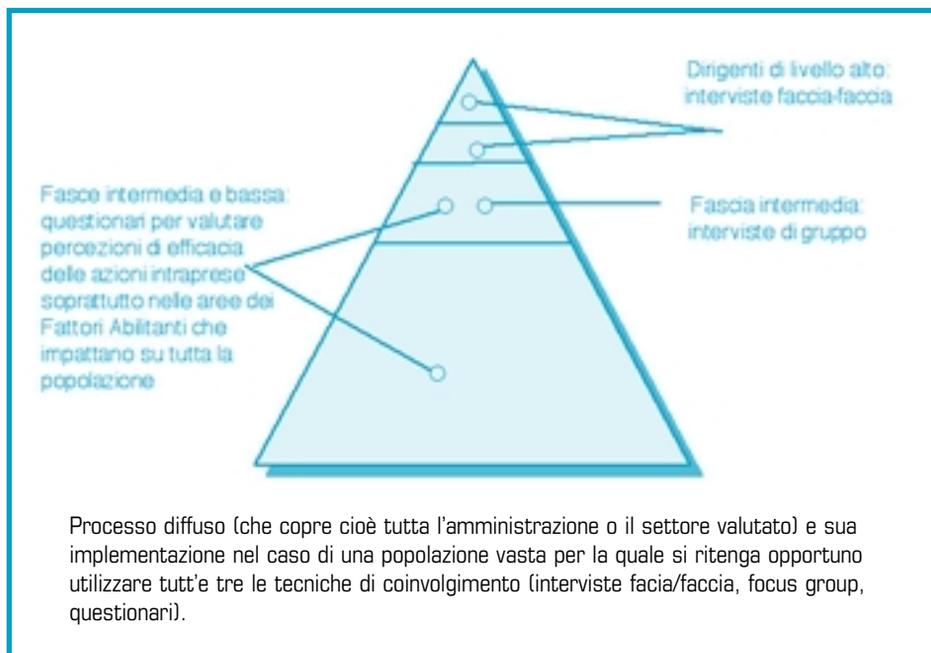
Con tale espressione si intende un approccio che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione, ricorrendo al campionamento statistico quando la dimensione lo richiede.

Poiché molto spesso si incorre nell'errore di confondere il tipo di approccio (diffuso o selettivo) con le tecniche per il coinvolgimento e la raccolta delle valutazioni, si ribadisce che il termine "approccio diffuso" significa che ogni area e tutti i livelli dell'organizzazione, o del settore indagato, sono coinvolti in modo attivo (anche se solitamente non tutte le persone, ma campioni statisticamente significativi); mentre il termine "approccio selettivo" significa che solo certe aree e/o certi livelli di persone lo sono (ad esempio la fascia alta del *management*, oppure tale fascia più i livelli intermedi).

Le tecniche di coinvolgimento consistono invece negli strumenti che vengono utilizzati per raccogliere le informazioni e generalmente sono rappresentate da: interviste faccia/faccia, *focus group* (interviste di gruppo), questionari. Naturalmente anche le tecniche scelte, come l'approccio, dipendono dalle dimensioni dell'organizzazione ed è anche possibile, nel caso di amministrazioni complesse, scegliere di usare un *mix* di tali tre tecniche.

La figura 3 che segue rappresenta il caso di applicazione dell'approccio diffuso a un'amministrazione di grandi dimensioni, con il ricorso a tutte e tre le tecniche di sondaggio e coinvolgimento.

Figura 3



Relativamente alle tecniche di ascolto si consiglia, per i soli addetti ai processi, la somministrazione di un apposito questionario (è quanto è stato indicato alle amministrazioni dei laboratori). I processi sono infatti la parte più tangibile dell'organizzazione e le domande ai responsabili devono essere specifiche e concrete. Si raccomanda di utilizzare tale questionario¹⁶ e di condurre una valutazione orientata a verificare sia la parte organizzativa che la parte tecnica, e per quest'ultima, focalizzare l'attenzione su indicatori e misure.

L'esperienza delle amministrazioni

Per quanto riguarda l'approccio, pur mirando tutte le amministrazioni partecipanti all'applicazione dell'approccio diffuso, per motivi di tempo e risorse, solo la metà del campione l'ha effettivamente adottato mentre l'altra metà ha optato per approcci selettivi. Si riportano di seguito alcuni casi:

- un Comune, che ha utilizzato l'approccio diffuso in un settore dell'amministrazione, dice di avere esteso le interviste a colleghi di altri settori non coinvolti nell'autovalutazione ma con conoscenze e competenze utili all'autovalutazione stessa;
- una scuola che ha sottoposto ad autovalutazione l'intero istituto e ha utilizzato l'approccio diffuso ne sottolinea così i vantaggi:
 - ampio coinvolgimento degli intervistati, che hanno potuto rispondere avendo una preliminare visione globale del percorso di autovalutazione;
 - elaborazione più efficiente degli indicatori ai fini della relazione finale di autovalutazione;
 - risposte più attendibili e meno casuali riguardo al complesso dei sottocriteri afferenti allo stesso criterio;
 - sensibilizzazione degli intervistati alle problematiche dell'autovalutazione.

Per quanto riguarda le tecniche di rilevazione, sono stati utilizzati tutti gli strumenti con una prevalenza nell'utilizzo dei questionari, sottolineandone alcuni aspetti positivi e negativi:

- indisponibilità all'intervista (ritenuta troppo impegnativa) da parte di alcuni sottogruppi facenti parte del campione;
- le interviste erano fuorvianti e passibili di interpretazioni ambigue;
- rischi di distorsione degli esiti, in base alle disposizioni dell'intervistatore;
- impegno rilevante del *team* di autovalutazione per l'illustrazione del modello ai colleghi;
- impegno e tempi elevati per la diffusione dei questionari e per la restituzione delle risposte;
- timori per l'anonimato delle risposte nel caso dei questionari;
- il questionario si è prestato per una somministrazione ad alunni, genitori, personale docente e non docente.

¹⁶ Il questionario è disponibile nel CD ROM allegato al presente volume o può essere richiesto all'indirizzo e-mail: caf@formez.it.

Le perplessità e i timori che emergono dalle voci dei partecipanti, in particolare riguardo ai questionari, nascono forse dal fatto che non si coinvolgono abbastanza le persone nella fase di lancio dell'autovalutazione e non si danno sufficienti garanzie di anonimato. Su questo punto si fa notare che la qualità del risultato della parte *soft* dell'autovalutazione – la raccolta dei giudizi delle persone – dipende dalla preparazione, in particolare dalla comunicazione e dal coinvolgimento. Occorre far sì che le persone possano esprimersi liberamente e senza timori e che vogliano esprimersi. Dare garanzie, che i suggerimenti critici non solo non generino ripercussioni negative ma siano apprezzati, è importante. Altrettanto importante è far capire che i contributi forniti serviranno a qualcosa di rilevante per l'organizzazione.

Questa azione di sensibilizzazione deve essere curata dalla Direzione che deve rivolgerla a tutti i collaboratori, sia a quelli che verranno intervistati che a quelli che non verranno direttamente coinvolti, sia nella fase di avvio dell'autovalutazione che nella fase finale di analisi dei risultati.

Le esperienze analizzate consentono di sottolineare alcune buone e cattive pratiche:

- è importante ed estremamente positivo estendere le interviste ai colleghi di altri settori ma possibilmente in modo pianificato, come illustrato sopra.
- l'utilizzo della documentazione disponibile all'interno dell'ente per supportare l'autovalutazione dei fattori abilitanti è importante ma, in genere, rappresenta la realtà come "dovrebbe essere" e non aggiunge molto a ciò che già si sa. È la viva voce delle persone, raramente ascoltate, che può portare informazioni nuove;
- l'utilizzo dell'approccio diffuso richiede una preparazione adeguata. Sarebbe utile prevedere, in sede di pianificazione, una sessione specifica su questo tema, in particolare mirata agli strumenti e alle risorse da utilizzare;
- le interviste e i *focus group* sono strumenti indispensabili nel caso si decida per un'autovalutazione diffusa (i questionari entrano in gioco quando la popolazione da intervistare diviene grande) ed essendo il loro modo di utilizzazione tutt'altro che banale, si consiglia di approfondire il *training* e magari di farsi aiutare nelle prime applicazioni.

La raccolta e la valutazione dei risultati di *performance*

I risultati di *performance* sono quelli relativi ai criteri 6 (clienti), 7 (personale), 8 (società), 9 (*performance* chiave). Essi si possono suddividere in risultati di *output* e *outcome*, dove i primi sono quelli misurati dal produttore (qualità erogata) e i secondi sono quelli percepiti dai destinatari (qualità percepita). I risultati di *output* non sostituiscono quelli di *outcome*¹⁷, anzi questi ultimi sono più importanti perché la vera qualità è data dalla soddisfazione delle attese del destinatario. Si deve perciò tendere

¹⁷ I risultati di *outcome* comprendono, oltre alle misure della qualità percepita rispetto alla qualità attesa, anche le cosiddette misure di impatto, che riguardano l'effetto alone che i prodotti/servizi forniti possono avere nello spazio e nel tempo (effetti negativi o positivi non intenzionali). La misura dell'impatto richiede una maturazione ulteriore e può essere affrontata in un secondo tempo.

a delle misure, in termini di *output*, che rispecchino le percezioni dei destinatari. C'è spesso, in qualunque organizzazione che inizia un percorso di autovalutazione con i moderni modelli TQM, il rischio di ritenere che i risultati di *performance* e i fattori abilitanti si valutino con approcci simili, se non addirittura uguali. La ricerca di indicatori sembra esserne un sintomo mentre, al contrario, per le misure di *performance* più importanti, quelle percepite dai clienti, non serve cercare disperatamente degli indicatori all'interno dell'organizzazione. È il contatto con il cliente che suggerisce quali "qualità" sondare ed anche i relativi pesi. Se si creano *panel* di clienti significativi (e ancor meglio se si lavora in collaborazione con amministrazioni simili per sondare assieme le esigenze dei clienti e degli *stakeholder*) gli indicatori emergono naturalmente. Ciò che vale in generale per clienti e *stakeholder* esterni vale a maggior ragione per quelli interni, con i quali si può parlare quanto basta per allineare gli obiettivi della "qualità erogata" alla "qualità attesa". Cercare solo al proprio interno gli indicatori chiave di *performance* è atteggiamento autoreferenziale. Essi devono scaturire dai clienti e dagli *stakeholder*. Riferendoci alle precedenti figure sulle autovalutazioni di settore, la prima cosa da fare, una volta individuate le interfacce e i relativi interlocutori, è di definire assieme ad essi le attese e quindi cosa misurare affinché la qualità erogata si allinei con quella attesa.

Come detto in precedenza (e illustrato nelle figure), è la poca chiarezza riguardo alle interfacce, alle misure in termini di *output* (cioè in uscita dalla propria amministrazione) e ai rilievi dati agli *outcome* (risultati percepiti e impatto), che genera incertezze riguardo a come valutare i risultati di *performance*.

Fra l'altro senza risultati "validati" dai percettori dei risultati stessi, le valutazioni che si fanno sui fattori abilitanti rimangono come sospese nel vuoto. La presenza di risultati affidabili aiuta ad abituarsi, fin dai primi passi che si fanno nell'autovalutazione, a guardare agli stessi come alle punte degli *iceberg* che indirizzano alla ricerca delle cause nelle parti sommerse degli *iceberg* stessi (cioè nei fattori previsti dal modello). I risultati sono la manifestazione di forze e di debolezze ed è per questo che vanno attentamente analizzati in modo da evidenziare le cause delle debolezze (fattori abilitanti) ed agire per la loro rimozione.

Il primo problema nasce quindi dalla esistenza di risultati di *performance* (in particolare per i sottocriteri 6.1 e 7.1). In assenza di risultati si vaga nel vuoto ed è come pretendere di fare la diagnosi senza avere un quadro affidabile dei sintomi. Fra l'altro sono proprio i risultati che orientano anche nella scelta di *partner* per eventuali *benchmarking*.

La segnalazione di alcune esperienze relative alle iniziative poste in atto per supplire alla carenza di risultati di *performance* aiuteranno a chiarire quanto appena espresso.

L'esperienza delle amministrazioni – la voce dei partecipanti

Di seguito si propone la voce diretta delle amministrazioni dei laboratori che hanno affrontato il problema della misurazione dei risultati:

- relativamente al criterio 6 sono stati somministrati questionari a tutti gli studenti;
- relativamente al criterio 7 è stato erogato un corso di formazione professionalizzante;*
- relativamente al criterio 8 sono state definite politiche di *benchmarking* e nuove forme di organizzazione del lavoro;*
- con la finalità di giungere alla soluzione dei problemi citati si è deciso di interpellare direttamente gli utenti e tener conto, nella formulazione dei piani di miglioramento, delle esigenze poste con maggior forza;
- nell'immediato ci si è limitati a cercare di capire quali dati fossero reperibili ed utilizzabili. In prospettiva abbiamo incluso fra le azioni di miglioramento quella relativa all'individuazione di un *set* di indicatori da monitorare regolarmente;
- dove non si disponeva di dati quantitativi si è proceduto a valutazioni di percezione interna ed esterna (questionari di gradimento dei corsi di formazione, riduzione di tempi di esecuzione di alcune attività, analisi reclami ecc.);
- si è cercato di ricavare dati dalle banche dati esistenti, anche se non specificatamente finalizzati alle richieste previste dal modello CAF;
- per il criterio 6, risultati riguardanti il cliente cittadino, in assenza di analisi di *customer satisfaction*, si è fatto riferimento ai risultati derivanti da un'analisi di autovalutazione interna, chiedendo ai responsabili di esprimere quantitativamente il proprio giudizio. Si sono inoltre prese in considerazione diverse note di plauso dei cittadini. Infine si è fatto riferimento ai dati del controllo di gestione, relativamente a dati sul rapporto con i cittadini;
- i criteri del modello sono stati suddivisi tra i componenti del gruppo di supporto ed ognuno di loro si è occupato della raccolta ed analisi dei dati relativi al criterio assegnato. Il gruppo si è riunito periodicamente per armonizzare il lavoro e ricondurre il tutto a criteri omogenei;
- molto spesso ci si è recati presso strutture terze conducendo interviste e visionando archivi;
- in particolare per il criterio 9, sottocriterio 9.2, le informazioni sono state raccolte dalla struttura controllo di gestione.

Come si vede dalle risposte in molti dei casi menzionati ci si è resi conto della scarsità di dati e si è dato inizio alla loro raccolta (o per lo meno alla predisposizione per la loro raccolta) partendo dai dati di *output* in attesa di quelli di *outcome*. In altri casi (es. quelli indicati con *) sembra che si siano confusi i risultati con i mezzi per raggiungerli.

L'esperienza delle amministrazioni

Può essere utile sapere quali, secondo le amministrazioni stesse, sono le aree di risultati meglio presidiate e quelle meno presidiate al proprio interno. È infatti utile conoscere le aree di debolezza condivise, per fare uno sforzo assieme per superarle.

- Per le Università l'area meglio presidiata in relazione sia alla misura degli *output* sia ai risultati percepiti dai destinatari (qualità percepita) appare quella degli studenti (criterio 6); meno presidiata quella del personale (criterio 7).
- Per i Comuni l'area meglio presidiata appare quella relativa ai risultati del criterio 9, *performance* chiave e risultati finanziari. Scarso il presidio dei risultati relativi ai clienti/cittadini e di quelli relativi alla società (criterio 8).
- Per le ASL le aree presidiate meglio sono quelle relative ai criteri 6 e 9; meno presidiate le aree relative ai risultati del personale e della società (criteri 7 e 8).
- Per le Scuole le aree di risultato considerate meglio presidiate sono quelle relative agli studenti, nel loro percorso formativo:
 - utenza in entrata;
 - utenza in itinere;
 - utenza in uscita.

Le aree meno presidiate sono state:

- confronto e condivisione, all'interno delle singole discipline, delle strategie didattiche ritenute più efficaci;
- raccordo con le università;
- percentuali di successo nel proseguimento degli studi universitari;
- facoltà universitarie preferite dai nostri studenti.

Pareri alterni sul monitoraggio dell'*outcome* post scolastico. Generalizzato il riconoscimento dello scarso presidio del rapporto con gli enti locali.

Il panorama che si presenta è ancora “a macchia di leopardo”. Occorre estendere il presidio alle aree che tradizionalmente risultano scoperte (e spesso rimangono tali anche dopo che l'amministrazione ha iniziato il percorso TQM). Occorre anche accrescere la consapevolezza che se si fanno attività per certi destinatari è indispensabile monitorare, nell'ottica della qualità, sia la qualità erogata (sistematicamente) sia la qualità percepita (periodicamente). Il concetto di *outcome* deve essere approfondito anche in relazione agli impatti, data l'importanza che questi hanno nella Pubblica Amministrazione.

La relazione di autovalutazione

Il prodotto di tutte le attività di autovalutazione è la relazione conclusiva, un documento scritto in modo chiaro e sintetico che il comitato di autovalutazione presenta alla Direzione che, a seguito della discussione del contenuto, deciderà le modalità da

seguire per utilizzare al meglio i risultati dell'autovalutazione e in particolare per definire come integrare i risultati nel ciclo di pianificazione, modificando, se necessario, obiettivi, strategie e piani operativi dell'amministrazione.

In particolare, l'analisi delle rilevanze delle aree di debolezza e di forza condotta dal comitato, che trova una sua sintesi quantitativa nei punteggi, aiuterà la Direzione a definire (nel quadro globale delle strategie dell'amministrazione) le priorità di miglioramento. Nel caso delle amministrazioni dei laboratori, la difficoltà maggiore, connessa alla stesura della relazione di autovalutazione, è stata senza dubbio il poco tempo a disposizione. Si trattava di un esperimento pilota, che doveva essere condotto necessariamente nei tempi previsti dai laboratori, ma poteva continuare anche successivamente alla chiusura delle attività previste dal progetto. La carenza di dati sembra poi avere reso a volte difficile l'accordo in sede di *team* di valutazione. Anche perché emerge, in diversi casi come dominante, la problematica di raggiungere un consenso sul punteggio. C'è il dubbio che il pensiero del punteggio abbia pesato nell'autovalutazione di alcune amministrazioni più di quanto non pesasse l'importanza di individuare i punti di forza e di debolezza.

È importante acquisire la consapevolezza che il fine dell'autovalutazione non è giungere all'individuazione dei punteggi ma delle aree di debolezza, per migliorarle e, di forza, per verificare se e in che misura, siano da conservare, rafforzare o ridurre (nel caso in cui non siano punti di forza apprezzati dai clienti e dagli *stakeholder* o i costi per mantenerli siano sproporzionati rispetto ai benefici). I punteggi sono un utilissimo mezzo per quantizzare, in termini relativi, le debolezze e le forze (soprattutto le prime), in vista della stesura del piano di miglioramento. Data la loro utilità bisogna attribuirli bene e non è per nulla facile, per cui l'auto-attribuzione dei punteggi rappresenta una debolezza generalizzata. A questo proposito un docente coinvolto nell'autovalutazione ha evidenziato come, malgrado gli sforzi fatti, fra i partecipanti è persistita una rilevante "staratura" riguardo all'attribuzione dei punteggi che si potrebbe pensare di eliminare attraverso una sessione specifica di formazione e allineamento sul tema.

La variante al sistema di punteggio che verrà introdotta nell'edizione 2006 del CAF – citata al par. 2.1 – peraltro già utilizzata in forma sperimentale nei laboratori, contribuirà certamente a migliorare la capacità di attribuire i punteggi ai fattori abilitanti, purché venga ben compresa e interiorizzata. Fra l'altro un sistema di punteggi "robusto", perché più oggettivo, è un presupposto per rendere il *benchmarking* più efficace ed efficiente.

Commenti e raccomandazioni finali sull'intero processo di autovalutazione

In conclusione si ritiene importante, per quanti decidessero di incamminarsi sulla strada dell'autovalutazione e del miglioramento, ricapitolare le principali raccomandazioni approfondite in queste pagine:

1. coinvolgere la Direzione in ogni caso, certamente se si decide di condurre l'autovalutazione nell'intera amministrazione, ma anche se si parte con un'esperienza pilo-

- ta settoriale. Il coinvolgimento della Direzione dovrebbe scaturire dalla comprensione della valenza strategica dell'autovalutazione e di conseguenza esprimere l'impegno a seguire con attenzione l'esperimento per poi estenderlo a tutta l'amministrazione dopo averne valutato i risultati. È auspicabile un piano preciso di suddivisione dell'amministrazione in settori, coerenti con il modello CAF, e scelta, per iniziare, di un settore ben predisposto e preparato;
2. definire subito un quadro di tutte le interfacce dell'amministrazione, o del settore considerato, verso l'esterno, per individuare i clienti, i fornitori, e gli *stakeholder* significativi;
 3. comprendere a fondo che il punto di partenza dell'autovalutazione è la raccolta dei risultati di *performance*, con priorità per le misure dirette (sottocriteri 6.1, 7.1, 8, 9). A tale scopo occorre definire (in accordo con i destinatari di tali risultati) gli indicatori chiave di *performance* e i relativi obiettivi. Non si possono sostituire tali misure dirette con misure mediate. Se i dati non sono disponibili si considereranno le aree relative come scoperte e da coprire al più presto possibile;
 4. l'autovalutazione è diretta ai fattori abilitanti per scoprire le cause di ogni scarto rispetto agli obiettivi o rispetto ad altri riferimenti – soprattutto le cause delle debolezze, ai fini del miglioramento. Non si migliorano infatti i risultati agendo sui risultati. Si possono migliorare solo agendo sulle cause di tali risultati, che si trovano appunto fra i fattori abilitanti;
 5. i fattori abilitanti si analizzano sulla base di dati documentali e di percezioni degli addetti ai lavori, opportunamente coinvolti nell'analisi. Tali percezioni, sempre importanti, si possono ricavare tramite interviste faccia/faccia e di gruppo e tramite questionari. Il comitato di autovalutazione dovrà provvedere, direttamente o con l'ausilio di esperti, a raccogliere ed elaborare i dati che ne derivano. Si noti che le interviste richiedono sempre adeguata preparazione (oltre che *status* adeguato al tipo d'intervista);
 6. si raccomanda di non modificare/adattare il modello CAF a livello di criteri e sottocriteri, se si vuole conservare la possibilità di confronti con gli altri. Gli adattamenti a livello di "esempi" sono previsti e anzi auspicabili, ma bisogna stare attenti prima di giudicare un esempio "non applicabile": alcuni di essi sono opzionali, ma la maggior parte può essere applicata a qualunque tipo di amministrazione o settore. A volte la percezione che il modello non "calzi" alla propria realtà deriva da carenze di comprensione che è opportuno superare, magari con l'aiuto di esperti.



2.4

L'analisi dei dati e l'individuazione delle priorità

Scopo dell'autovalutazione è comprendere lo stato e le potenzialità dell'organizzazione riguardo a quelle competenze e capacità (*capability*) che risultano critiche rispetto alla *mission* che l'organizzazione stessa si prefigge. La finalità ultima è quella di

cogliere gli elementi di debolezza e di forza a fronte delle missioni e degli obiettivi, per poi pianificare le iniziative mirate all'adeguamento delle capacità relative.

Quindi l'attività principale che segue la fase di autovalutazione vera e propria, e senza la quale l'autovalutazione rimarrebbe sterile, è l'identificazione delle opportunità di miglioramento e la conseguente pianificazione e realizzazione del miglioramento.

Per incidere efficacemente sui risultati chiave, strategici dell'organizzazione, è necessario che le iniziative di miglioramento siano focalizzate sulle priorità, cioè su quelle aree che possono contribuire in modo sostanziale al conseguimento della *mission* e dei risultati chiave di *performance*.

Le stesse amministrazioni e settori che hanno effettuato l'autovalutazione nell'ambito dei laboratori hanno scoperto, in alcuni casi, più di cento aree da migliorare e altrettanti punti forti sul complesso dei 27 sottocriteri del modello CAF: si va da problematiche di rilevanza strategica, che devono essere affrontate dal vertice, a carenze più specifiche che possono essere risolte con successo al livello operativo in cui sono state riscontrate.

In prima battuta, soprattutto se la Direzione è coinvolta al giusto livello di motivazione, c'è la tentazione di risolvere tutto o almeno la gran parte dei problemi riscontrati, ma è improbabile, per non dire impossibile, che qualsivoglia organizzazione possa disporre delle risorse per affrontare tutte le opportunità di miglioramento e, del resto, sarebbe irrealistico il deciderlo perché una parte delle opportunità di miglioramento avrebbe comunque un impatto limitato sui risultati di *performance* dell'organizzazione.

A questo proposito ci sono esempi, alcuni dei quali sono diventati casi di studio, di organizzazioni, sia pubbliche sia private, che avevano deciso di impegnarsi su numeri elevati di aree deboli evidenziate dall'autovalutazione e che dopo pochi mesi hanno dovuto interrompere il piano di miglioramento e ricominciare nuovamente con l'identificazione delle priorità su cui focalizzare gli sforzi, avendo nel frattempo sprecato tempo e risorse.

In altri casi il *management* dell'organizzazione ha addirittura abbandonato del tutto il percorso iniziato con l'autovalutazione, addebitando l'insuccesso alla difficoltà di applicazione del modello e dei relativi strumenti piuttosto che a scelte improvvise e non coerenti con le disponibilità dell'organizzazione. In questi casi, oltre allo spreco delle risorse impegnate, si aggiunge anche il clima di sfiducia verso la "qualità" intesa in senso lato e quindi anche la rinuncia a metodi, strumenti e approcci per innovare l'organizzazione e migliorarne i risultati.

Al contrario, concentrare la propria attenzione sui miglioramenti cruciali (i cosiddetti *vital few*) consente di mettere adeguatamente a fuoco i fattori dotati del massimo impatto sulla *performance* dell'organizzazione o sulla sua capacità di conseguire i propri obiettivi. Da questo deriva l'esigenza di attribuire una scala di priorità ai potenziali miglioramenti individuati nella fase di autovalutazione e, a tal fine, di disporre di metodi strutturati e ben definiti per analizzare con efficacia i risultati dell'autovalutazione e scegliere le problematiche veramente importanti su cui intervenire.

È bene chiarire che i metodi e gli strumenti con queste caratteristiche sono molteplici

e che un'amministrazione, se dotata della competenze necessarie, potrebbe, a partire dai metodi esistenti, utilizzare o addirittura costruire quello più adatto alla propria organizzazione.

Nelle Linee Guida all'autovalutazione e al miglioramento, predisposte per i laboratori di "Percorsi di Qualità", è stato proposto un metodo per la scelta delle priorità di intervento, su cui impostare successivamente il piano di miglioramento, relativamente semplice ed efficace. Il metodo è stato testato sulle amministrazioni partecipanti¹⁸ e offre la possibilità di seguire un percorso logico e razionale basato sui fatti piuttosto che sulle percezioni.

Le fasi in cui è stato articolato – dall'analisi dei dati emersi dall'autovalutazione fino alla scelta delle priorità – sia per i contenuti che per i protagonisti, consentono di sfruttare al meglio l'esperienza e le competenze maturate dai componenti del comitato di autovalutazione e di ottimizzare nel contempo il coinvolgimento dei responsabili dell'amministrazione.

L'individuazione delle priorità è un compito della Direzione¹⁹ che non può essere delegato, dato che la scelta delle aree su cui focalizzare il miglioramento è una decisione chiave a partire dalla quale vengono definiti e realizzati gli interventi che determinano il miglioramento dell'organizzazione²⁰. Nel caso di autovalutazione eseguita a livello di settore o unità organizzativa, la scelta delle priorità può essere condotta con le stesse modalità valide per l'intera amministrazione, salvo la necessità di coinvolgere, oltre ai responsabili del settore, anche il *manager* di livello superiore, nel caso dall'analisi emergessero problemi trasversali a più settori o all'intera amministrazione.

L'analisi dei risultati

La relazione predisposta al termine del processo di autovalutazione²¹ dal comitato di autovalutazione, articolata secondo i criteri e sottocriteri del modello CAF e contenente tutti i dati e le informazioni relativi ai vari livelli organizzativi dell'amministrazione, rappresenta il punto di partenza dell'analisi da cui trarre gli elementi cognitivi utili alle scelte della Direzione.

Il comitato di autovalutazione esamina i punti di forza e le aree da migliorare di ciascun sottocriterio, per evidenziarne la rilevanza, ed effettua un'analisi trasversale ai vari criteri del modello per ricercarne i collegamenti e le coerenze (ad esempio la coerenza fra il fattore abilitante relativo alle risorse umane – criterio 3 del modello CAF – e i risultati di *performance* relativi alle stesse – criterio 7 del modello) e per verificare gli impatti, delle forze e delle debolezze riscontrate, sulle strategie e sulle politiche dell'amministrazione.

¹⁸ Per un maggiore dettaglio sul metodo in questione e sugli strumenti proposti si rimanda alle Linee Guida all'autovalutazione e al miglioramento disponibili nel CD ROM allegato alla pubblicazione o richiedibili all'indirizzo e-mail: caf@formez.it.

¹⁹ Cfr. nota n. 10.

²⁰ cfr. paragrafo 2.5.

²¹ cfr. paragrafo 2.3.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso dell'Università degli Studi di Bari

In alcune delle amministrazioni partecipanti ai laboratori, è il caso ad esempio dell'Università di Bari, l'analisi dei risultati è stata condotta, sin dalle prime battute, con il supporto della Direzione dell'Ente (nello specifico il Dirigente e il Capo Area) che si è impegnata nella compilazione delle schede relative alle aree da migliorare e ai punteggi che sono state successivamente discusse e condivise per l'identificazione delle aree da migliorare.

Questa pratica, nel caso in cui la Direzione dia la sua disponibilità, può rappresentare un'ottima soluzione per evitare di calare dall'alto gli interventi condividendo le motivazioni in tutte le fasi del processo.

I fattori critici di successo

L'analisi trasversale consente di classificare le aree deboli di ciascun sottocriterio secondo tre categorie:

1. I *commenti ricorrenti*, quei commenti cioè che sono ripetuti in diversi sottocriteri e che quindi sono rilevanti perché comuni a più aree dell'organizzazione. Un esempio di commento ricorrente per i risultati di *performance* e per un'area da migliorare potrebbe essere di questo tipo: "Per la maggior parte dei risultati disponibili mancano i confronti con altre amministrazioni o organizzazioni esterne".
2. I *commenti strategici*, quelli cioè che, pur evidenziati in un solo sottocriterio, sono rilevanti perché hanno un potenziale impatto sulle politiche e strategie dell'amministrazione, o di per sé o perché presentano collegamenti significativi con altri sottocriteri.
3. I *commenti operativi*, quelli specifici di un settore o di un processo dell'amministrazione e che hanno potenziali impatti soltanto sui piani o sulle operazioni di quel settore o di quel processo.

È da sottolineare che per la scelta delle priorità non occorre prendere in considerazione anche i commenti operativi dato che il loro contributo alle politiche e strategie è limitato. Questi commenti possono però risultare utili successivamente in fase di attuazione delle eventuali azioni di miglioramento.

L'analisi trasversale e la classificazione dei commenti rappresentano un utile sistema per ottenere un quadro complessivo dei risultati dell'organizzazione in corrispondenza di ciascun criterio proposto dal modello. È opportuno però che vengano affiancate da ulteriori analisi che prendano in considerazione altri fattori interni all'organizzazione, come ad esempio i fattori critici di successo (FCS), ovvero quegli aspetti chiave che, se attuati, permettono il conseguimento delle strategie e dei risultati di *performance* attesi, ma che se non presi in considerazione, possono impedire la realizzazione delle azioni di miglioramento individuate.

Questo tipo di analisi, con il conseguente incrocio delle informazioni (analisi condotta sui risultati dell'autovalutazione e analisi condotta sui fattori critici di successo) è stata realizzata, con il coinvolgimento in prima persona della Direzione, dalla maggior parte delle amministrazioni che hanno partecipato ai laboratori, che hanno individuato da 4 a 6 fattori critici strategici per ciascuna organizzazione.

Di seguito si riportano i FCS dell'Istituto di Istruzione Superiore "G. Battaglini" di Venosa (TA).

L'esperienza delle amministrazioni – il caso dell'Istituto di Istruzione Superiore "G. Battaglini" di Venosa (TA)

- a) Soddisfazione di studenti e famiglie
- b) Creazione di un clima di collaborazione interna
- c) Collaborazione con le organizzazioni
- d)

Strumenti per l'individuazione delle priorità

L'individuazione dei fattori critici di successo consente all'organizzazione di capire l'importanza che ciascun sottocriterio del modello, per il quale è stata condotta l'autovalutazione, riveste nelle strategie dell'Ente.

Infatti attraverso l'incrocio tra fattori critici di successo e sottocriteri l'organizzazione può individuare quei sottocriteri che impattano maggiormente sui fattori critici e sui quali potrebbe essere utile intervenire, coerentemente con quanto emerso dall'autovalutazione.

Questa analisi è stata condotta dalle amministrazioni con il supporto di alcune tabelle in cui, nel corso delle diverse riunioni realizzate tra il comitato di autovalutazione e la Direzione, è stato assegnato un valore – dipendente appunto dai FCS – per ciascun sottocriterio del modello.

Di seguito si propone la tabella sottocriteri-valori realizzata dall'IIS "G. Battaglini"

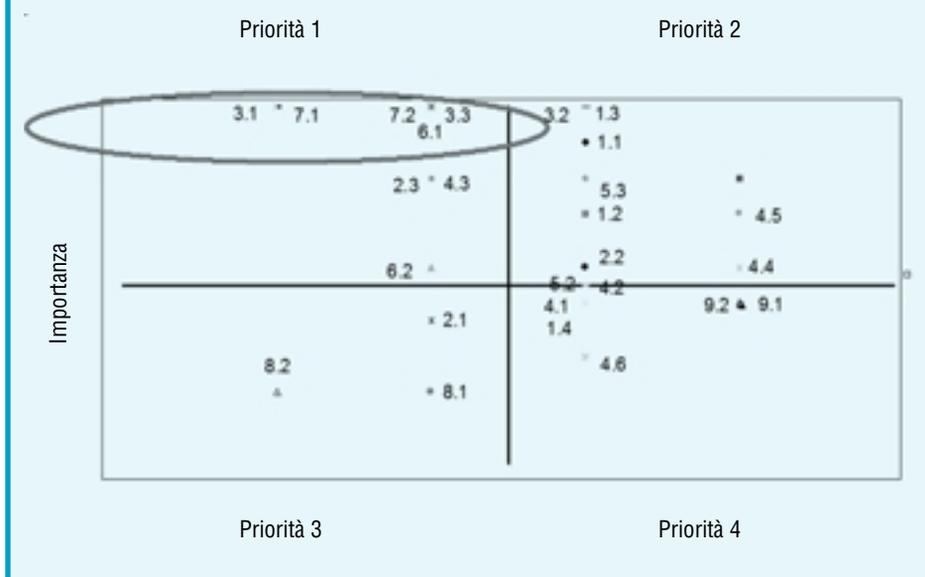
L'esperienza delle amministrazioni – il caso dell'IIS "G. Battaglini"			
Sottocrit.	Valore	Punt.	Motivazione
1.1	9		In un'organizzazione la direzione è elemento portante: ha la funzione di essere di spinta a tutti gli operatori
1.2	7		Il "Battaglini" ha già implementato un Sistema di Gestione Qualità ottenendo la certificazione ISO 9001:2000
1.3	8		La direzione ha il compito di gratificare il personale stimolare i più restii a fare di più e meglio
1.4	6		Il buon funzionamento dell'organizzazione passa anche attraverso i rapporti con gli EE.LL. e con tutte le agenzie di formazione presenti nel territorio (a supporto della funzione fondamentale che ha la scuola nel formare gli uomini di domani)
2.1	8.5		L'organizzazione, ai fini della gestione del SQ ha il compito di definire i bisogni e le aspettative degli utenti Il SQG implementato dall'organizzazione scolastica prevede lo sviluppo di politiche e strategie che devono continuamente essere aggiornate e riviste
2.2	5		
2.3	7		
3.1	7		La scelta e l'utilizzo delle risorse umane, per quanto importanti e basilari in una organizzazione, sono di competenza degli organi superiori. L'organizzazione interna ha il compito di valorizzare le competenze presenti, in linea con i piani e le strategie.
3.2	8		L'org.ne attribuisce i compiti in rapporto agli obiettivi prefissati nei piani annuali
3.3	8		Un clima di dialogo e collaborazione permette al personale di lavorare in maniera più proficua e, quindi
7.1	7.5		Si ritiene necessario monitorare la soddisfazione del personale con opportuni indicatori
7.2	6.5		
4.1	5		Le collaborazioni con altri Enti non sono trascurabili ma, sul territorio sono poco presenti le organizzazioni con cui instaurare validi rapporti di partnership
4.2	8		È notevole l'attenzione rivolta dall'organizzazione ai propri clienti: i bisogni e le attese emergono dai questionari somministrati periodicamente
4.3	7		In un'organizzazione è necessario definire i compiti, coordinare gli impegni, integrare risorse umane e mezzi, realizzare una rete informatica che garantisca le conoscenze
4.4	5		Le risorse finanziarie sono attribuite all'organizzazione scolastica secondo standard stabiliti dagli organi di competenza. L'amministrazione ha la responsabilità di recuperare fondi aggiuntivi ed ha la responsabilità della loro gestione
4.5	6		Le risorse tecnologiche sono importanti ma non sono le sole di cui si avvale l'organizzazione per raggiungere le proprie finalità didattiche
4.6	4		L'edificio non è di proprietà della scuola

Sottocrit.	Valore	Punt.	Motivazione
5.1	7		I processi sono ampiamente considerati e gestiti tenendo sempre presenti gli interessi dei clienti e monitorati periodicamente
5.2	8		
5.3	4		La scuola dispone già di tecnologie avanzate
6.1	10		L'attività dell'organizzazione scolastica è essenzialmente rivolta ai clienti (studenti/famiglie). È, quindi, prioritario monitorare la loro soddisfazione attraverso
6.2	6		La scelta di opportuni indicatori
8.1	5		Le iniziative rivolte alla società sono a supporto dell'organizzazione.
8.2	7		Educare al rispetto dell'ambiente è importante per una migliore vivibilità; ciò ha portato la scuola alla certificazione ISO 14000
9.1	9		Per rimuovere eventuali punti di debolezza, è fondamentale monitorare alla fine dell'a.s. il raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano di miglioramento e
9.2	4		nel piano annuale per quanto riguarda la parte finanziaria

In molti casi, è stato utile, come proposto nelle Linee Guida, dare anche una rappresentazione grafica all'analisi, per avere una idea più immediata delle priorità.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso della Regione Campania

Per la scelta delle aree da migliorare più significative la Regione si è avvalsa dello strumento matrice "Importanza-Valore".



La valorizzazione dell'importanza del sottocriterio è il frutto della condivisione tra il comitato di autovalutazione e la Direzione dell'organizzazione. Appare evidente che l'area risorse umane e l'area valutazione e soddisfazione dei clienti/cittadini rappresentano due macro-aree su cui intervenire. Sulla base del confronto avviato con l'utilizzo della matrice sopra esposta, in considerazione anche della strategicità di alcune aree organizzative per il successo dell'ambito di autovalutazione (POR), si sono identificate 4 macro-aree da porre a base delle iniziative di miglioramento a cui sono state associate 8 iniziative:

- AREA RISORSE UMANE:
 - ✓ Analisi di clima finalizzata al benessere organizzativo
 - ✓ Interventi di formazione su tematiche trasversali e specialistiche
 - ✓ *Check up* sistema di valutazione delle prestazioni
- AREA INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA
 - ✓ Governance del POR FEOGA/SFOP: il sistema di pianificazione e controllo
 - ✓ *WEB SMI* (scheda di monitoraggio informatica)
- AREA DIFFUSIONE DELLA CONOSCENZA
 - ✓ IRIS- Informativa Regionale Iter fondi Strutturali
 - ✓ *Benchmarking* interno
- AREA QUALITÀ DEL SERVIZIO
 - ✓ Realizzazione analisi di *customer satisfaction*.

La scelta delle priorità di intervento si è basata innanzitutto sulla identificazione condivisa tra direzione e comitato dei seguenti fattori critici di successo dell'organizzazione: Soddisfazione dei clienti/cittadini; modernizzazione e innovazione; valorizzazione e sviluppo delle risorse umane; efficacia del sistema informativo; integrazione di risorse e trasferimento di *know how*.

La matrice è uno strumento di aggregazione e rappresentazione grafica che permette l'analisi dei sottocriteri secondo quattro classi di priorità individuate dai quattro quadranti della matrice:

– *Quadrante 1*: Sottocriteri a basso valore e alta importanza.

I temi indirizzati dai sottocriteri che compaiono in questo quadrante sono quelli a più elevata priorità dato che si tratta di temi di rilevanza strategica, ad alto potenziale che hanno avuto però bassi punteggi dall'autovalutazione.

È necessario quindi investire sulle aree indirizzate dai sottocriteri per aumentarne il valore e di conseguenza la capacità di contribuire al successo dell'organizzazione.

- **Quadrante 2:** Sottocriteri a basso valore e bassa importanza.
Sottocriteri con priorità 2, che, quindi, possono essere oggetto di miglioramento in un secondo tempo. Non bisogna comunque sottovalutarli o dimenticarli perché essendo poco efficaci possono influire negativamente sugli altri sottocriteri a cui sono collegati.
- **Quadrante 3:** Sottocriteri ad alto valore e alta importanza.
Sottocriteri con elevato punteggio che devono essere mantenuti a questo livello o che devono essere oggetto di ulteriore potenziamento per il loro rilevante contributo al conseguimento degli obiettivi strategici.
- **Quadrante 4:** Sottocriteri ad alto valore e bassa importanza.
Sottocriteri con punteggi elevati ma di scarsa rilevanza strategica che vanno quindi monitorati e mantenuti a questo livello di efficacia.

Pur essendo uno strumento molto efficace per individuare le macro-aree (sottocriteri) su cui focalizzare l'attenzione, la matrice di per sé non è sufficiente per la scelta delle aree prioritarie di intervento e quindi occorre concentrare l'analisi sui dati ulteriormente segmentati relativi ai sottocriteri situati nei quadranti 1 e 3.

Il risultato di questa analisi, come visto nel caso della Regione Campania, è una lista preliminare di aree da migliorare, tendenzialmente da 8 a 12, scelte dalla Direzione sulla base del contributo potenziale che la soluzione di quei problemi può dare al conseguimento delle strategie e dei risultati di *performance* attesi.

Per ciascuna delle aree da migliorare scelte vengono definite le possibili iniziative di miglioramento che possono essere, come nell'esempio proposto, anche più di una per ciascuna area.

Per poter individuare le priorità di intervento occorre acquisire informazioni circa la fattibilità degli interventi per evitare che possano essere scelte prioritariamente iniziative che si riveleranno successivamente non realizzabili.

Pertanto per ciascuna iniziativa di miglioramento è opportuno capire il contributo potenziale, espresso in termini qualitativi, che l'iniziativa può dare alle politiche e strategie dell'amministrazione; i tempi di realizzazione; una stima delle risorse necessarie per la realizzazione sia in termini di impegno delle persone (mesi/uomo) e delle competenze necessarie, che in termini di costi e investimenti.

Anche in questo caso può essere utile ricorrere a strumenti di sintesi quali tabelle e grafici.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso della Regione Campania

La valutazione delle priorità di realizzazione delle iniziative, condotta dall'Area Agricoltura della Regione Campania, è proseguita attraverso incontri successivi tra Direzione e comitato considerando tre parametri: l'impatto che l'intervento poteva avere sui fattori critici di successo e quindi sulle *performance* o sugli obiettivi strategici; la capacità dell'amministrazione di realizzarlo; il tempo di attuazione

dell'iniziativa di miglioramento.

Inizialmente per ognuna delle iniziative di miglioramento è stata compilata una scheda. In particolare, si è scelto in prima battuta di individuare le priorità attraverso la seguente espressione: (impatto x capacità)/tempo di realizzazione stimato dell'iniziativa.

A	B	C	E	F	Periodo di realizz.	Risorse Coinvolte
Iniziativa di miglioramento	Impatto	Capacità	Tempi	Livello di priorità		
	[0 -10]	[0 -10]	[mesi]			
AREA RISORSE UMANE						
Iniziativa 1 Analisi di clima finalizzata al benessere organizzativo	10	7	7	10	Novembre 2005 Giugno 2006	Responsabile iniziativa: XYZ
	(c,e)					Gruppo di miglioramento: XYZ
Iniziativa 2 Interventi di formazione su tematiche trasversali e specialistiche.	10	7	6	11,667	Novembre 2005 Maggio 2006	Responsabile iniziativa: XYZ
	(a,b,c,d)					Gruppo di miglioramento:XYZ
AREA INNOVAZIONE E TECNOLOGIE						
Iniziativa 1 WEB SMI.	8	8	5	12,8	Settembre 2005 Febbraio 2006	Responsabile iniziativa: XYZ
	(b,d)					Gruppo di miglioramento: XYZ
Iniziativa 2 Check up sistema di pianificazione e controllo del sistema POR FEOGA SFOP (SCHEDA.FA e Cruscotto quali output)	8	7	5	11,2	Settembre 2005 Febbraio 2006	Responsabile iniziativa: XYZ
	(d)					Gruppo di miglioramento:XYZ

Per “Impatto” (colonna B) si considera l’importanza o il peso attribuito ai vari sottocriteri individuati nell’ambito della costruzione della matrice “Importanza – Valore”. Per ogni iniziativa si inserisce quindi il punteggio di importanza assegnato a seconda che l’impatto sia alto (10), medio (5) o basso (0). Per “Capacità”

(colonna C) si intende principalmente il grado di autonomia dell'amministrazione (tra cui le dipendenze dal livello politico) e la disponibilità del complesso delle risorse che l'amministrazione deve impiegare per portare a termine l'iniziativa in esame, tra cui sia le risorse umane (numero e competenza) sia le risorse materiali (attrezzature, sistemi informatici, processi, *budget* per investimenti, ecc.). Anche in questo caso si assegna un punteggio a seconda che la capacità dell'organizzazione sia elevata (10), media (5) o scarsa (0).

La disponibilità della tabella per l'assegnazione delle priorità consente di mettere a fuoco in modo efficace le iniziative di miglioramento sulle quali concentrarsi maggiormente, ma la scelta delle priorità non può essere un fatto puramente meccanicistico e pertanto la tabella va considerata nulla più di un utile strumento orientativo. La Direzione, pertanto, potrà avviare, a partire dalle informazioni contenute nella tabella, la discussione a livello di ogni iniziativa di miglioramento per giudicare la validità e correttezza delle motivazioni che hanno portato all'assegnazione del livello di priorità così ottenuto, apportando tutte le modifiche che appaiono necessarie (verificare ad esempio se ci siano iniziative che hanno come prerequisito la realizzazione di altre azioni, situazioni molto critiche che richiedono un'immediata attuazione, e altro ancora).

Alla fine della discussione si ottiene una scala di priorità condivisa dai responsabili che, a questo punto, stabiliscono quante azioni di miglioramento si ritiene di poter lanciare in funzione dell'impatto delle iniziative, della capacità e del tempo necessario a condurle a termine.

Al di là delle iniziative giudicate strategiche e che quindi devono essere attivate comunque, sarebbe opportuno scegliere almeno un'iniziativa che si possa concludere in tempi brevi (4-6 mesi) per dimostrare al personale, a tutti i livelli, che l'autovalutazione è efficace e produce risultati a valore aggiunto, aumentando così il coinvolgimento e la partecipazione.

L'esperienza delle amministrazioni

In chiusura si riportano i risultati delle interviste effettuate alle amministrazioni che hanno partecipato ai laboratori.

La gran parte (85%) di quelle che hanno lanciato progetti di miglioramento, ha scelto le iniziative di intervento tramite la definizione delle priorità, e più della metà (60%) ha effettuato la scelta in modo strutturato, utilizzando le metodologie proposte dalle Linee Guida e in particolare la matrice "Importanza – Valore".

Le amministrazioni che hanno utilizzato la matrice o comunque un approccio strutturato hanno espresso valutazioni positive sia per la riduzione dei tempi sia per la qualità del risultato finale.

In generale non sono state segnalate difficoltà e dai vari commenti emerge la conclusione che se non vengono utilizzati approcci razionali affiancati da strumenti adeguati, una decisione così importante come la scelta delle priorità viene effettuata sulla base di percezioni e opinioni personali piuttosto che su fatti e considerazioni oggettivi.



2.5

L'elaborazione del piano di miglioramento

I processi di autovalutazione basati sugli approcci di TQM si caratterizzano per il *focus* sull'organizzazione e su ciò che deve essere fatto per migliorare le sue *performance*. Iniziando con l'analizzare i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi relativi alle missioni, siano essi espliciti (e cioè quelli individuati nei programmi, nei piani, nella legislazione di riferimento) oppure impliciti (e cioè quelli ricavabili da parametri che emergono dal confronto con gli anni precedenti, dal *benchmarking* con altre organizzazioni, dal dibattito delle comunità scientifiche e professionali, ecc.), una amministrazione successivamente affronta il percorso di individuazione dei punti di forza e di debolezza associati alle *performance* ottenute.

Come già sottolineato nei paragrafi precedenti, l'esplicitazione dei punti di debolezza costituisce solo il primo stadio per l'avvio di azioni di recupero. Infatti, in ragione delle risorse e del tempo a disposizione, l'individuazione delle priorità è fondamentale, per poter selezionare interventi realmente fattibili e di impatto significativo. Questo stadio può essere contemporaneamente considerato tanto come l'ultimo passo del processo di autovalutazione quanto come il primo della pianificazione e attuazione delle azioni di miglioramento.

In questa sede vengono analizzate le fasi successive che caratterizzano appunto il processo di pianificazione del miglioramento.

L'opportunità di affrontare il miglioramento attraverso l'elaborazione di un piano, e non limitarsi alla semplice sommatoria di progetti, nasce dall'idea di considerare questo processo in un'ottica strategica, e cioè di inserire le varie azioni in un disegno in grado di sfruttare il potenziale di integrazione e di sostegno reciproco che le varie iniziative possono avere. Questa logica vale anche se la situazione permette la pianificazione, nel breve periodo, di un solo progetto: infatti, questo progetto può comunque inserirsi in un orientamento di medio periodo (pluriennale) e, quindi, rientrare nell'ambito di una strategia più complessiva di miglioramento. Operare nell'ambito di un piano permette, allora, di considerare una serie di fattori rilevanti al fine di potenziare gli effetti delle progettualità.

Il piano rappresenta infatti:

- uno strumento di riferimento per incentivare la generazione di soluzioni di livello strategico e integrare e coordinare gli interventi conseguenti. È un tratto tipico di

molti processi il fatto di dedicare molti sforzi alle attività diagnostiche ed invece minore attenzione alla progettazione degli interventi finalizzati a ridurre le aree di criticità. In effetti, anche la manualistica sulla qualità dedica uno spazio maggiore all'autovalutazione. Spesso gli operatori pensano che una volta identificati i problemi, il passaggio alle soluzioni costituisca un sorta di automatismo. L'effetto che si nota è una caratterizzazione di interventi "correttivi" di tipo minimale, i cosiddetti *basics*, utili per miglioramenti di livello gestionale (anch'essi ovviamente importanti) ma senza influenze di portata strategica. L'idea di elaborare un piano di miglioramento ha invece l'obiettivo di portare l'attenzione sul fatto che l'autovalutazione deve essere l'occasione per generare concettualizzazioni delle criticità più complesse, in grado cioè di coglierne la multidimensionalità e le interazioni con i vari processi organizzativi. In questa direzione il fatto di costruire un piano può costituire un simbolo rilevante per rafforzare le motivazioni e il coinvolgimento delle varie componenti di una amministrazione.

Ne consegue l'opportunità, e al tempo stesso la necessità, di rafforzare, attraverso la costruzione di un piano di miglioramento di tipo strategico, l'integrazione e la coerenza fra gli interventi. Al posto di un mero elenco di azioni, il ragionare in termini di piano può rafforzare l'orientamento a far emergere le interazioni fra le attività. Poiché spesso, come già sottolineato, i problemi che si affrontano per ottenere migliori *performance* sono composti da varie dimensioni, è possibile dar corso a diverse azioni "disegnate" affinché concorrano tutte – a diversi gradi – per un unico obiettivo. Ad esempio, i progetti possono essere caratterizzati da alcuni elementi trasversali: il coinvolgimento dell'utenza, le tecniche di rilevazione della qualità percepita, il *team working*, ecc. Pianificare significa, in questo caso, porre l'attenzione sulla multidimensionalità dei problemi organizzativi e gestionali. Queste diverse esigenze di azione devono però essere portate a coerenza, integrate: in altre parole devono essere finalizzate al problema in questione.

- un'opportunità di analisi e selezione tra alternative. Pianificare assume anche il significato di individuare le soluzioni praticabili per i vari tipi di problema e, su questa base, di selezionare le azioni migliori in funzione dei criteri di raffronto tra costi e benefici, da un lato, e di capacità di realizzazione dall'altro.
- una metodologia di individuazione delle priorità e organizzazione in senso temporale degli interventi. Pianificare significa anche analizzare le varie idee progettuali disponibili per ordinarle secondo la priorità, in relazione alla salienza dei problemi da affrontare, alla disponibilità di risorse e di consenso, ecc. Inoltre, i progetti eventualmente selezionati possono essere disposti lungo un asse temporale ed è possibile che determinate attività non possano essere realizzate contemporaneamente, a causa della limitatezza di risorse disponibili (finanziarie, organizzative, ecc.), oppure che siano concatenate in modo sequenziale. Ne deriva l'esigenza di programmare il loro coordinamento temporale, in modo tale da ottenere con tempestività i risultati attesi, minimizzare lo spreco di risorse, ecc.
- un momento di definizione delle fasi e delle modalità attuative degli interventi.

Pianificare significa anche definire le modalità e le responsabilità relative alla fase di attuazione dei progetti. Ciò significa che ogni intervento del piano deve essere “progettato”: devono cioè essere definite le sue componenti tecnico-fisiche, le risorse necessarie, i tempi di esecuzione e i responsabili di ogni fase.

- un’attività di anticipazione dei vincoli. Il termine piano dovrebbe portare con sé la consapevolezza che nei contesti organizzativi le attività di cambiamento non sono mai realizzate da una sola persona. Richiedono innanzitutto la collaborazione dei vari soggetti coinvolti dal problema e dalle soluzioni perseguite. Richiedono anche che i promotori siano consapevoli che la soluzione di un problema può comportare insofferenza in altri soggetti, restii ad abbandonare le modalità fino ad ora utilizzate. In altre parole, è necessario considerare che i progetti si realizzano non solo sulla base di una buona idea ma anche sulla base del consenso mobilitato.

Sotto questo profilo, ad esempio, la capacità di sviluppare il consenso del vertice politico può essere essenziale ai fini della realizzazione delle iniziative.

Per organizzare un intervento di miglioramento in un’ottica di piano, il comitato di autovalutazione dovrebbe trasformarsi in comitato guida per il piano di miglioramento, passaggio non necessariamente scontato. Un organismo legittimato per la realizzazione di un compito specifico deve verificare la disponibilità di consenso per gestirne un altro. In particolare, l’elaborazione del piano di miglioramento ha come obiettivo la realizzazione di interventi, cosa che implica la messa a disposizione di risorse da parte dell’ente e in ogni caso il coinvolgimento di vari soggetti per l’implementazione delle azioni previste. È evidente che solo un organismo fortemente legittimato può assumere una funzione così delicata.

Dalla conclusione dell’autovalutazione alla costruzione di un piano di miglioramento: l’adozione di un atteggiamento incrementale e la verifica di fattibilità

La costruzione di un piano di miglioramento prende l’avvio, ovviamente, dalle aree critiche individuate attraverso l’autovalutazione e dalla verifica di priorità.

Su quest’ultimo passaggio, tuttavia, vale la pena soffermarsi per evitare che un approccio eccessivamente razional-sinottico conduca al blocco delle iniziative.

Come è noto, ogni attività di pianificazione e progettazione deve individuare due ordini di soluzioni nell’affrontare i problemi alla base degli interventi:

- a) soluzioni di processo, connesse alla possibilità di attuare effettivamente le soluzioni di contenuto adottabili;
- b) soluzioni di contenuto, attraverso cui i problemi individuati possono essere migliorati.

Le soluzioni di processo hanno a che fare con la possibilità di attuare le soluzioni di contenuto in uno specifico contesto, in relazione alle risorse disponibili e al consen-

so mobilitabile. Ambedue questi fattori pongono limiti alla possibilità di affrontare le aree critiche rilevate, limiti che devono essere accuratamente analizzati e superati, al fine di aumentare le probabilità di riuscita degli interventi, attraverso quella che possiamo definire la verifica di fattibilità.

Le soluzioni di contenuto hanno a che fare con la disponibilità di ipotesi tecniche tali da condurre al miglioramento.

a) Soluzioni relative al processo: alla ricerca di risorse e consenso

Non basta aver individuato una buona soluzione tecnica per riuscire a migliorare una situazione critica; è necessario poterla attuare e realizzare coerentemente. I vincoli all'attuazione di un piano di miglioramento sono di almeno di tre tipi:

- le risorse;
- il consenso;
- la capacità di gestire le fasi di realizzazione.

Mentre al terzo aspetto dedicheremo i sotto paragrafi successivi, in questa parte approfondiamo i primi due temi.

L'aspetto delle risorse è decisamente intuitivo. Indipendentemente dall'importanza di una criticità, la messa in opera di azioni per affrontarla dipende dalla capacità di mobilitare risorse adeguate per una attuazione effettiva ed efficace, e nello stesso tempo per evitare che una inadeguata realizzazione peggiori la situazione anche sotto il profilo motivazionale.

Le risorse necessarie sono di diverso tipo: conoscitive, finanziarie, organizzative (il personale e le procedure di interazione necessarie), eventuali risorse tecnologiche, ecc.

Tra le risorse fondamentali e strategiche c'è quella del consenso. In termini molto concreti, il migliorare le *performance* di una organizzazione comporta la modifica dei comportamenti di qualcuno. A volte questa modifica è accettata spontaneamente e con ampia motivazione, in quanto migliora anche la condizione dei soggetti coinvolti. Molto spesso, invece, il cambiamento proposto provoca reazioni, poiché tende a modificare le sfere di influenza di vari soggetti che operano nell'organizzazione e nel suo ambiente.

È evidente, allora, l'importanza di individuare quali soggetti potranno essere condizionati dalle attività prospettate. Questa analisi deve prestare attenzione alle diverse poste in gioco che definiscono gli interessi dei vari attori e quindi gli spazi di collaborazione e negoziazione praticabili. Si può, ad esempio, facilmente intuire come la razionalità dei soggetti politici sia condizionata da aspetti di comunicazione (per cui è importante curare questo aspetto) e di gestione del consenso sia all'esterno che all'interno dell'amministrazione (le relazioni con gli alleati della coalizione, con i sindacati, ecc.). E allo stesso tempo è altrettanto facile prevedere come anche i vari responsabili degli apparati burocratici e gli operatori possano reagire in modo sospettoso e mantenere un atteggiamento non cooperativo laddove i cambiamenti esigano

la modificazione di pratiche consolidate o vadano ad interferire con il ruolo di questi soggetti.

In questo senso, la costruzione di una coalizione di attori favorevoli e la presenza di una *leadership* di progetto legittimata, costituiscono risorse essenziali per la riuscita dell'iniziativa. Al fine di aumentare tale legittimazione, anche l'apertura di una situazione conflittuale o comunque di dialettica può favorire l'emergere chiaro delle posizioni, a patto che tale situazione conflittuale sia poi ricomposta e non degeneri in fratture di lungo periodo.

In definitiva, ciò che ci consegna l'esperienza è che quando l'autovalutazione prende il via senza che vi sia la consapevolezza del processo complessivo oppure la necessaria legittimazione da parte degli organismi di governo, il passaggio dall'analisi all'intervento diventa preda di ostacoli insormontabili.

L'esperienza delle amministrazioni

Su questo tema l'esperienza di alcune amministrazioni che hanno partecipato ai laboratori di "Percorsi di Qualità" e al Premio Qualità PPAА mostra come il fallimento dei piani di miglioramento sia stato causato dalla mancanza delle condizioni di processo.

In alcuni casi la decisione del vertice amministrativo, dipesa da un clima di incertezza politica nella fase conclusiva dell'autovalutazione, di non dare seguito alle proposte del comitato di autovalutazione ha interrotto il processo.

In altri casi, quando, terminata l'autovalutazione, sarebbero dovuti entrare in campo i membri del comitato di miglioramento, sono emerse numerose difficoltà derivanti dal contenuto dell'autovalutazione che denunciava prioritariamente una serie di lacune organizzative su aree di responsabilità proprio dei membri del comitato. Nonostante il tentativo di coinvolgere coloro che avevano condotto lo studio iniziale, lo stato di sudditanza che avrebbero dovuto sopportare i membri del comitato di miglioramento ha generato attriti e malcontenti che hanno definitivamente bloccato l'azione necessaria.

Queste situazioni individuano diversi problemi che possono inibire l'avanzamento verso la costruzione di percorsi di miglioramento.

Nel primo caso si evidenzia, cosa ben nota nell'ambito pubblico ma presente anche in ambito privato, il cambio dei vertici politico-amministrativi. A volte i nuovi vertici decidono per una completa discontinuità rispetto al passato; altre volte manca una adeguata trasmissione delle finalità delle iniziative impostate dalla precedente amministrazione; più spesso ancora è la scarsa istituzionalizzazione della cultura della qualità che non trova una adeguata difesa da parte dell'apparato burocratico. A questo proposito è invece importante sottolineare come i processi di autovalutazione e i piani di miglioramento dovrebbero essere considerati come risorse a vantaggio dei professionisti e dei *manager* delle organizzazioni. In altre parole si tratta di una strumentazione utile sia per definire "lo specifico" tecnico-amministrativo, sia per porre al ver-

tice politico la questione delle condizioni affinché le politiche possano essere attuate in modo utile ed economico.

Nel secondo caso, la non chiarezza a livello dell'organizzazione sulle funzioni e sul percorso di un processo di TQM e probabilmente un approccio non adeguato nella gestione delle analisi dei risultati dell'autovalutazione, ha generato il rigetto dell'iniziativa e il blocco della parte rilevante del meccanismo, e cioè la progettazione e realizzazione degli interventi per colmare i *gap* nelle *performance*. In altre parole, la mancata legittimazione del percorso e dei responsabili per la sua attuazione, ha causato il blocco delle azioni una volta che i vertici hanno intuito i contenuti delle attività. Inoltre, emerge un ulteriore fattore chiave: la difficoltà dei vertici politico-amministrativi di gestire l'emergere di fattori critici e la loro eventuale pubblicizzazione. È un aspetto, questo, cui spesso non è rivolta una sufficiente attenzione. Ogni attività di autodiagnosi, sia essa condotta secondo le metodiche CAF che con altri strumenti, ha il compito di evidenziare non solo punti di forza ma anche e specialmente i fattori da migliorare. Ma solo se si acquisisce il *commitment* dei vertici di una organizzazione questa attività può avere riscontro e seguito. La capacità di ottenere il consenso dei responsabili dell'amministrazione costituisce, dunque, una pre-condizione per il successo dell'esperienza come già sottolineato nei paragrafi precedenti.

Un altro fattore rilevante, in alcuni casi richiamato, è costituito dalla disponibilità di risorse adeguate per affrontare il miglioramento; è evidente infatti che esiste una differenza di impegno tra autovalutazione e interventi di miglioramento. Questi ultimi possono richiedere investimenti in termini finanziari; richiedere competenze per la generazione di soluzioni, a volte non presenti in una organizzazione e quindi da acquisire all'esterno; necessitano di uno sforzo organizzativo di coordinamento e di mantenimento dell'attenzione sugli interventi, per evitare che l'eventuale fallimento si ripercuota negativamente sui promotori e induca demotivazione.

L'esperienza delle amministrazioni

Molte delle esperienze hanno mostrato, tuttavia, un'ampia consapevolezza della necessaria presenza di queste condizioni. In molti contesti, il comitato di autovalutazione ha mantenuto alto il coordinamento con i vertici politico-amministrativi, come in un caso in cui per l'elaborazione del piano di miglioramento, sono stati coinvolti il Dirigente ed il Capo Area chiamati in causa già in fase di individuazione delle priorità e nell'analisi di fattibilità e costi-benefici.

In un'altra esperienza, l'accordo con la Direzione Amministrativa è stato essenziale per individuare le priorità su cui intervenire e per la redazione del piano di miglioramento, successivamente alla quale è stato costituito il *team* incaricato di porre in essere gli interventi di miglioramento.

Dall'analisi della relazione di autodiagnosi il comitato di autovalutazione di un altro ente ha provveduto a selezionare le tre azioni di miglioramento da implementare facendole approvare dai massimi livelli dell'organizzazione.

Dopo la sua redazione, il piano di miglioramento di un'altra amministrazione è stato comunicato per iscritto a tutto il personale dipendente.

In particolare, l'ultima citazione sottolinea un altro aspetto di rilievo in funzione della legittimazione del piano di miglioramento e cioè il coinvolgimento di tutta l'organizzazione: il miglioramento ha impatti sull'agire organizzativo e sulle sfere comportamentali dei vari operatori e supportare la loro motivazione e disposizione al cambiamento è dunque essenziale per il buon esito degli interventi.

Come esempio e sintesi dei ragionamenti sviluppati fino ad ora, si riporta uno stralcio della deliberazione della Giunta Regionale della Campania che approva il piano di miglioramento, che affida le specifiche responsabilità di attuazione e attribuisce le risorse.

Giunta Regionale della Campania
Area Generale Coordinamento Sviluppo Attività Settore Primario

IL COORDINATORE

PREMESSO che:

- la Qualità, intesa nell'accezione più ampia del termine, costituisce uno strumento innovativo per favorire il recupero della competitività e dell'efficienza delle aziende così come dimostrato dalla diffusione, sia pure lenta e a macchia di leopardo, dell'utilizzo dei Modelli di Total Quality Management (o di Gestione Totale per la Qualità).
- per dare frutti consistenti su larga scala è necessario che i concetti e i metodi del Total Quality Management vengano diffusi capillarmente non solo nel tessuto imprenditoriale, ma anche nei settori della Pubblica Amministrazione, al fine di consentire una crescita consistente e armonica del sistema in tutte le sue strutture;
- la Regione Campania ha aderito al Progetto "Percorsi di Qualità", realizzato dal FORMEZ di Roma su mandato del Dipartimento della Funzione Pubblica in virtù di una sinergia tra l'Area Generale di Coordinamento Affari Generali, Gestione e Formazione del personale, Organizzazione e Metodo- Settore "Studio, Organizzazione e Metodo - Servizio Formazione del Personale", che monitorerà il percorso e valuterà la possibilità di diffusione dell'esperienza ai vari Settori dell'Ente, e l'AGC "Sviluppo Attività Settore Primario";
- ...
- ...
- ...

CONSIDERATO che l'ambito operativo individuato dall'AGC Sviluppo Attività Settore Primario per l'autovalutazione è il POR Campania 2000-2006 fondi FEOGA e

SFOP in quanto esso rappresenta sicuramente l'intervento più significativo sul quale l'organizzazione è impegnata soprattutto per ciò che concerne gli aspetti legati:

- al modello organizzativo, caratterizzato da un chiaro disegno dei principali processi attuativi e della struttura organizzativa e il quadro dei poteri e delle deleghe;
- all'applicazione della devolution attuata tramite la delega alle Amministrazioni Provinciali delle funzioni amministrative connesse alla realizzazione degli interventi di competenza di privati e dei Comuni;
- alla governance attraverso l'implementazione di un nuovo stile di presidio dei processi e delle risorse (umane, finanziarie, tecniche, territoriali);
- al numero di risorse umane coinvolte - 329 risorse (di cui 230 regionali e 99 provinciali)- distribuite pressoché in tutti i Settori dell'organizzazione;
- alla possibilità di effettuare un'analisi diacronica tenuto conto che il POR è stato avviato nel giugno 2000 e ad oggi è quindi possibile fare un bilancio significativo del percorso fin qui compiuto;
- ...
- ...

CONSIDERATO che relazione di autovalutazione è stata al centro di un seminario tecnico svoltosi il 26 settembre 2005 di "restituzione" e condivisione con la direzione dell'AGC Sviluppo Attività Settore Primario dei suoi contenuti fondamentali; CONSIDERATO che la stessa relazione di autovalutazione ha evidenziato, con riferimento ai criteri previsti dal modello CAF, alcune macro-aree di criticità sulle quali è necessario intervenire nell'ottica di un processo di miglioramento continuo e che queste possono essere individuate in:

- Risorse umane
- Innovazione organizzativa e tecnologica
- Diffusione conoscenza
- Qualità del servizio

CONSIDERATO, pertanto, che in seguito all'esercizio di autovalutazione realizzato dal Comitato e alle macroaree di criticità da esso evidenziate in relazione al percorso di progetto per il Laboratorio 2 è necessario definire nelle sue linee progettuali e, coerentemente con esse, provvedere a realizzare il Piano di Miglioramento che deve avere come obiettivo quello di attenuare le criticità evidenziate dall'autovalutazione;

- ...

VISTE le iniziative di miglioramento esplicitate nelle schede progettuali inserite nel documento intitolato Piano di Miglioramento: strategie ed azioni per la qualità (di seguito Piano) ed allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

- ...

DECRETA

– di approvare quanto esposto in premessa che si intende integralmente riportato;

- di approvare il Piano di Miglioramento: strategie ed azioni per la qualità allegato al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale, comprensivo di tutti i parametri tecnici ed economici, elaborato nell’ambito della partecipazione al progetto “Percorsi di Qualità”;
- di impegnare le risorse umane individuate nel Piano per la realizzazione di tutte le attività previste dallo stesso elaborato nell’ambito della partecipazione al progetto “Percorsi di Qualità” entro i tempi e secondo le modalità definite dal Comitato di miglioramento;
- di indirizzare l’attuazione delle iniziative secondo uno schema unitario e coordinato per supportare ed affiancare il Comitato di miglioramento nella predisposizione ed attuazione del Piano secondo il modello di governance in esso specificato.

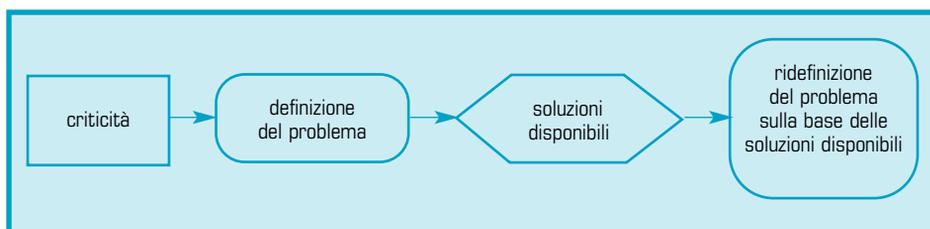
b) Soluzioni di contenuto: la difficile relazione tra problema e progetto di miglioramento

Uno degli aspetti più difficili da affrontare da parte delle amministrazioni che hanno partecipato a “Percorsi di Qualità” è stato quello di argomentare quale porzione della criticità rilevata si potesse affrontare attraverso i singoli progetti di miglioramento. Infatti, tradizionalmente il passaggio dalle criticità individuate agli interventi viene descritto come un percorso lineare, che va dalla definizione del problema alla soluzione (di contenuto) adottata, passando per una eventuale selezione fra alternative. Quasi tutti i piani di miglioramento utilizzano questo schema nel passare dalle debolezze messe in luce dall’autovalutazione agli interventi di “recupero”.

L’esperienza insegna, invece, come il gioco che si viene a creare sia piuttosto descrivibile come quello delle “soluzioni in cerca di problemi”. Una volta ottenuta una prima definizione della situazione critica da migliorare, inizia la fase delle ricerche di soluzioni disponibili da adattare alla situazione specifica; nel corso di questa ricerca ci si accorge spesso che le tecniche disponibili offrono soluzioni solo parziali, ed è quindi necessario modificare la definizione del problema che effettivamente si affronterà; insomma, si tratta di un gioco iterativo in cui la porzione di problema che si potrà affrontare dipenderà dalla capacità di trovare una soluzione tecnica adeguata. In generale, comunque, le soluzioni disponibili sono in grado di affrontare solo porzioni del problema generale rilevato per cui la sua corretta individuazione diventa rilevante per definire aspettative plausibili e valutare correttamente i risultati.

Sotto questo profilo, è importante sottolineare come la disponibilità di soluzioni da tenere in considerazione è un dato che varia da contesto a contesto in relazione alle risorse conoscitive che ogni organizzazione è in grado di mobilitare. Dipenderà quindi dalle competenze interne e dalle relazioni con esperti esterni (personale di altre amministrazioni, università, professionisti, ecc.) che un’amministrazione riuscirà a sviluppare.

Figura 4



In caso contrario, ci si troverà sempre di fronte ad argomentazioni generiche e pianificazioni prive di reali obiettivi, come quella sintetizzata nelle parole che seguono:

“...sugli obiettivi dell’Amministrazione ci si attende un considerevole impatto, così come sul miglioramento dei processi.

L’azione di miglioramento è destinata a produrre anche indubbi effetti positivi su più fronti:

- sui risultati relativi alla soddisfazione dei portatori di interesse ed all’impatto sulla società, poiché risponde alla loro esigenza di ottenere servizi sempre più orientati ai cittadini, sempre più efficaci ed efficienti;
- sui risultati relativi alle *performance* chiave (raggiungimento degli obiettivi e performance finanziarie);
- sui risultati relativi alla soddisfazione del personale, poiché risponde alla loro esigenza di essere sempre più gratificati nello svolgimento del proprio lavoro....”

Per concludere, ciò che spesso manca è, da un lato, il collegamento tra una criticità rilevata e la finalità che si vuole ottenere con un intervento a questa connesso e, dall’altro, l’identificazione di quali comportamenti – e di quali soggetti – si devono modificare per affrontare le cause della situazione indesiderata e per raggiungere concretamente le finalità auspiccate o (più plausibilmente) una loro porzione.

Fattori questi che saranno più evidenti quando, in seguito, si parlerà di indicatori di *performance*.

I contenuti del piano di miglioramento: collegare gli interventi ad una idea strategica

Un piano di miglioramento dovrebbe essere caratterizzato almeno da due componenti utili ad assicurare:

- a) il collegamento tra strategie dell’amministrazione e interventi di tipo operativo;
- b) l’esame di pre-valutazione degli interventi e la costruzione dei documenti di *project management*.

Un modello di autovalutazione come il CAF ha l’ambizione di attirare l’attenzione sulle modalità complessive attraverso cui una organizzazione è governata. Non è solo

un modo per evidenziare criticità di tipo operativo quanto è piuttosto un approccio orientato a riflettere sulle strategie adottate a livello di sistema organizzativo, in modo tale da far emergere le interdipendenze esistenti tra i vari fattori abilitanti nel condurre a determinati livelli di *performance*.

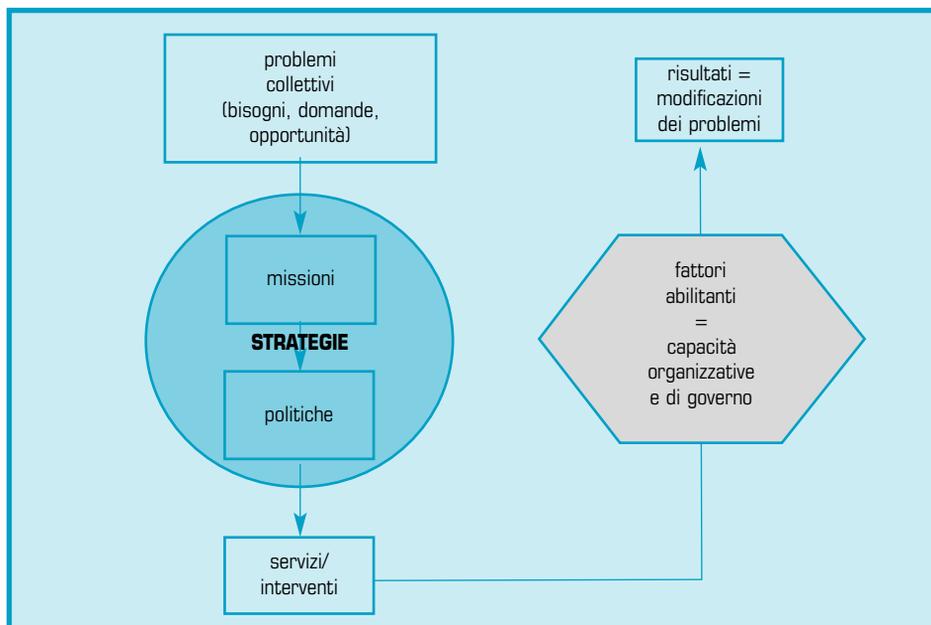
Le strategie, in quanto premesse decisionali all'azione di carattere operativo, hanno a che fare con due dimensioni dell'agire organizzativo:

- a) da un lato, con le modalità attraverso cui un'amministrazione affronta i problemi della collettività che afferiscono all'ambito di competenza percepito e agito in un dato momento e con le riflessioni sulle opportunità di sviluppo dell'organizzazione stessa, che possono implicare la modificazione delle sue missioni;
- b) dall'altro lato, con la capacità di perseguire più alti livelli di integrazione e coordinamento fra le varie attività elaborando obiettivi che permettano di rappresentare il valore aggiunto che l'azione sinergica permette di ottenere.

Nel primo caso, l'esercizio strategico sta nella capacità di collegare gli interventi relativi ai fattori abilitanti direttamente con il miglioramento atteso sulle *performance* rispetto ai bisogni degli utenti, ad esempio, progettando un intervento sul clima organizzativo e un intervento di formazione in funzione del raggiungimento di maggiori livelli di qualità percepita da parte degli utenti di un servizio (grazie al fatto che è aumentata la capacità relazionale degli operatori e la tempestività di erogazione).

La figura seguente schematizza la logica di questo ragionamento:

Figura 5



Nel secondo caso, il collegamento tra interventi e *performance* sugli utenti può essere anche di natura indiretta, poiché si dà per scontato che, *coeteris paribus*, un intervento sia utile di per sé, ad esempio, nessuno contesta che le politiche di valorizzazione delle risorse umane siano di per sé cosa positiva. In questo caso, il carattere strategico sta nella capacità di integrare più interventi nella prospettiva di un obiettivo che ne utilizzi in modo sinergico il valore prodotto. La costruzione di sistemi informativi per l'analisi delle *performance*, ad esempio, è certamente uno dei fattori generalmente considerati rilevanti (se caratterizzato da determinate proprietà) per sostenere l'apprendimento organizzativo e velocizzare la reazione di fronte a tendenze negative. In funzione di questi *standard* possono essere elaborati diversi interventi:

- la rilevazione di indicatori di prodotto;
- la rilevazione di indicatori di *customer satisfaction*;
- la rilevazione di prodotti di *outcome*;
- un intervento di formazione per i vari operatori coinvolti;
- la revisione dei documenti di pianificazione e controllo alla luce degli apporti del nuovo sistema informativo;
- la collaborazione con una università per rafforzare i legami con i centri di ricerca e per avere ricercatori in stage tali da diffondere cultura gestionale.

Il valore aggiunto di un intervento può aumentare solo se questo è “integrato” con altre azioni.

La conseguenza di un esercizio di autovalutazione come quello promosso dal CAF non dovrebbe quindi essere ridotta, per quanto possibile, ad un elenco di interventi correttivi, ma costituire un'occasione per realizzare riflessioni in grado di rendere più complesse le rappresentazioni delle opportunità di miglioramento.

In generale, il rischio è che il passaggio dall'individuazione delle aree maggiormente critiche agli interventi di miglioramento sia una fase considerata come un automatismo e che ci si fermi alla prima soluzione prospettata.

Ciò può essere accettabile per esigenze di reazione tempestiva a situazioni difficili, o comunque per affrontare fattori critici *basic* (ad es. comunicazione, formazione, obiettivi di singole persone o gruppi ristretti). Tuttavia, la sfida posta dalle metodiche TQM implica uno sforzo che non può essere associato solo a interventi puntuali di livello operativo, ma deve puntare a costruire riflessioni di carattere strategico, in grado di portare a coerenza una pluralità di progettualità sulla base di criteri ordinatori sviluppati a partire dalle missioni dell'organizzazione (e quindi dai bisogni e dalle domande della collettività) e dall'idea che si ha delle opportunità di sviluppo della stessa.

In merito a questi fattori, l'esperienza emersa dai laboratori di “Percorsi di Qualità” è stata frammentata e fortemente dipendente dall'esperienza acquisita in precedenza dalle amministrazioni.

Un elemento sostanzialmente consolidato, poiché particolarmente enfatizzato dai vari approcci TQM, è stato l'aspetto della selezione delle priorità, come già visto nel paragrafo precedente.

L'esperienza delle amministrazioni – la voce dei partecipanti

Di seguito si riportano alcuni commenti dei partecipanti.

“...Dopo l'autovalutazione, nel corso di una riunione del comitato di autovalutazione con il Dirigente, si è delineata in maniera più chiara la matrice importanza – valore, quindi le aree di miglioramento ed i fattori critici di successo per l'organizzazione... Dall'analisi: dell'impatto delle iniziative di miglioramento sul settore, della capacità del settore di fare fronte a tali iniziative in termini di risorse umane e finanziarie ed infine dei tempi di risposta del settore, si sono individuati i livelli di priorità e quindi le iniziative di miglioramento da perseguire nel corso del 2006...”.

“...La scelta delle priorità è stata facilitata dall'utilizzo del diagramma; l'analisi di fattibilità, però, ha coinvolto il gruppo in discussioni e confronti che hanno portato alla scelta di una tematica specifica...”.

Peraltro, in alcuni casi, persiste la convinzione che tutto sia rilevante e che quindi una riflessione sulle priorità sia inutile; argomentazioni come la seguente: “...La direzione ha considerato tutte le iniziative estremamente importanti per cui non ha ritenuto di dover individuare delle priorità in quanto si ritiene debbano essere realizzate tutte...” possono essere considerate accettabili quando gli interventi sono in numero assai limitato; producono invece disorientamento e assimilazione tra tutte le attività quando si tratta di intervenire su molti aspetti. Si tratta di una trappola nota: poiché spesso la definizione di una graduatoria tra interventi produce *stress* decisionale (poiché si rischia di scontentare qualcuno attraverso ciò che appare un declassamento riferito a persone e non a fattori organizzativi generali), molti dirigenti scelgono la strada meno impegnativa del non decidere, sperando che in seguito non si verifichino intoppi, che, invece, puntualmente si presentano quando si tratta di decidere dell'allocazione di risorse finanziarie, di personale, ecc.

La questione dell'integrazione degli interventi nell'ambito di una strategia complessiva è invece un aspetto che presenta maggiori difficoltà per le amministrazioni.

In altre parole, il piano di miglioramento si presenta generalmente più come un elenco di risposte alle criticità rilevate e meno come un complesso coerente di azioni di cui sviluppare i fattori di sinergia.

La difficoltà nell'elaborazione di disegni progettuali integrati nasce spesso dalla mancata esperienza nella riflessione e condivisione degli scenari di riferimento e delle missioni di una amministrazione.

L'esperienza delle amministrazioni – la voce dei partecipanti

Di seguito si riportano alcuni commenti dei partecipanti.

“... Manca un disegno unitario all'interno della pur ricca e varia proposta di servizi e ciò porta ad una dispersione dei progetti e, di conseguenza, delle risorse sia umane che economiche...”.

Sono presenti nel novero delle amministrazioni coinvolte nel progetto “Percorsi di Qualità” anche esperienze significative a questo riguardo, in cui emerge chiara la rilevanza di raccordare gli interventi di tipo operativo con la pianificazione strategica, al fine di aumentarne gli effetti e di poterne giudicare gli esiti sulla base di un’analisi rispetto ai fini ultimi dell’organizzazione (e cioè in base non solo alle esigenze degli operatori ma anche e specialmente in ai bisogni degli utenti e alle missioni stabilite per l’amministrazione in oggetto). Le considerazioni che seguono sono rappresentative della percezione relativa all’importanza di basare i piani di miglioramento su idee guida in grado di aumentare i livelli di coordinamento e integrazione degli interventi:

“... Il piano di miglioramento della qualità totale taglia trasversalmente tutte le attività dell’ente e fa parte della programmazione camerale, sia di quella strategica che di quella operativa. Pertanto, le priorità del piano di miglioramento della qualità totale derivano direttamente dalle scelte strategiche e si riferiscono quindi allo sviluppo di tali obiettivi. Ogni obiettivo, infatti, si propone di perseguire:

- soddisfazione del cliente esterno;
- benessere organizzativo del cliente interno;
- impatto – beneficio apprezzabile sull’intera società...”.

“Per meglio realizzare le nostre finalità e i nostri obiettivi programmatici, considerato il contesto in cui opera l’Istituto, ci sono troppo pochi elementi strutturali e di sistema che consentano una tenuta sotto controllo dei processi in atto. Si tratta quindi di metter in atto un piano di intervento che miri alla costruzione di legami e di mezzi necessari a far sì che i vari processi dell’organizzazione trovino una coesione. ... Dall’analisi dei punti da migliorare è emersa chiaramente la necessità di dotarci di un sistema di gestione che sappia rendere unitarie le numerose attività che caratterizzano la vita dell’Istituto... La decisione di intervenire in modo così impegnativo e totale sull’intera organizzazione è maturata dopo che si è cercato di valutare l’effetto di piccoli interventi su singoli aspetti dell’organizzazione: tale effetto è stato considerato di scarsa efficacia e di poca incisività sulle potenzialità dell’Istituto...”.

Obiettivi, indicatori e *project management*: aspetti cruciali del piano di miglioramento

Il primo requisito chiave per la riuscita di un progetto è la definizione il più possibile chiara e precisa dell’obiettivo (o degli obiettivi) da perseguire, e la sua condivisione tra il promotore, il *project leader* e il gruppo di lavoro.

Un obiettivo per essere tale deve contenere la descrizione non ambigua (e cioè non deve dare adito a fraintendimenti nel contesto di riferimento) dello scopo da perseguire e la definizione quantitativa dei risultati attesi (anche attraverso una loro articolazione temporale, per *step*).

In particolare, un obiettivo è tale se:

- a) contiene una descrizione chiara del *target* di riferimento rispetto al problema da affrontare. Ad esempio: “semplificare il rapporto cittadino-amministrazione nell’ambito della politica di regolazione del territorio ...”;
- b) descrive senza ambiguità il fenomeno che si prende come riferimento per definire in quale grado il problema deve essere migliorato. Continuando l’esempio precedente: “... attraverso la riduzione dei tempi di rilascio delle concessioni...”;
- c) individua con precisione il risultato atteso, e cioè il cambiamento che quel fenomeno deve presentare una volta realizzato l’intervento. Continuando ancora con l’esempio precedente: “...che, a seguito della revisione delle procedure e della loro standardizzazione, oltre che dell’informatizzazione e alla creazione di un sistema SIT, dovranno ridursi in media del 30% rispetto alla situazione attuale e non dovranno comunque superare una durata di X giorni;...”;
- d) presenta almeno un indicatore che permetta la misurazione del risultato atteso. Continuando ancora l’esempio: “... il raggiungimento del risultato atteso sarà misurato attraverso indicatori quali i tempi di risposta non dovranno superare X: numero dei casi che oltrepassano la durata di X giorni nell’anno t1 / totale casi * 100 ...”.

Com’è noto, gli obiettivi e gli indicatori connessi ad un intervento possono essere riferiti a diverse dimensioni di analisi.

Per esprimere l’utilità e la sostenibilità di un intervento si utilizzano indicatori di risultato (misurano la capacità di modificare il comportamento dei destinatari e dei beneficiari degli interventi) e di impatto (misurano l’effettivo miglioramento ottenuto).

Gli indicatori di efficacia interna, di efficienza e di qualità misurano invece la capacità di realizzare un intervento secondo le modalità e le caratteristiche previste.

Assumendo la logica di articolare un piano in obiettivi strategici e in obiettivi connessi ai singoli interventi, anche la definizione degli indicatori dovrebbe seguire la stessa logica.

La tavola seguente presenta uno schema di riferimento per orientare nella definizione di obiettivi e indicatori che tengano conto di tale differenziazione:

	Tipo di strumento	Obiettivi	Indicatori	Dimensioni
Primo livello	Idee strategiche collegate alle missioni	Obiettivi di fondo	Indicatori socio-economici	Problemi generali della collettività
Secondo livello	Strategie relative alle politica	Obiettivi generali	Indicatori di risultato e di impatto complessivi	<ul style="list-style-type: none"> – modificazioni del problema complessivo – conseguenze inattese
Terzo livello	Piani settoriali, Progetti e Azioni	Obiettivi specifici e operativi	Indicatori di risultato, efficienza, qualità, efficacia sui beneficiari e destinatari diretti	<ul style="list-style-type: none"> – modificazione dei comportamenti dei beneficiari/destinatari diretti – raggiungimento degli obiettivi operativi: capacità realizzativa

Una volta definiti obiettivi e relativi indicatori, le tecniche di *project management* hanno il compito di supportare le attività di coordinamento della fase di attuazione degli interventi attraverso:

- a) la pianificazione delle attività, dei prodotti da ottenere, e delle relative responsabilità;
- b) la pianificazione dei tempi e dei traguardi intermedi da ottenere (obiettivi intermedi) nei vari stadi di avanzamento delle attività;
- c) la pianificazione dei costi.

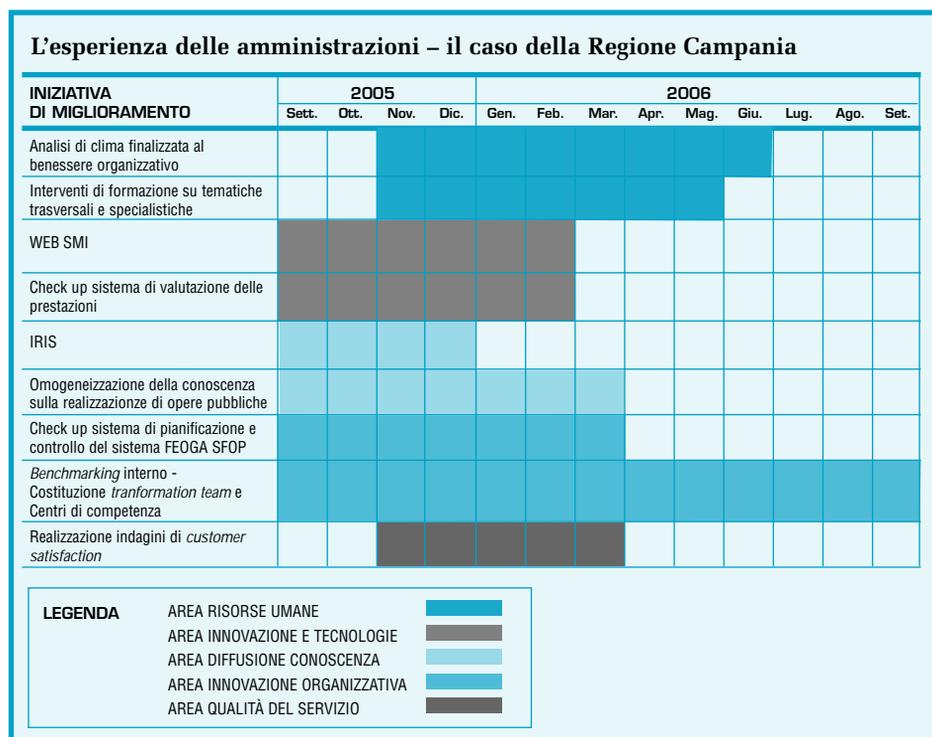
A questo fine si utilizzano schede, diagrammi e grafici che, sulla base di rilevazioni periodiche, sono in grado di confrontare quanto pianificato con la realtà effettiva ed identificare le eventuali criticità.

Successivamente dovrebbero essere elaborate schede per rilevare:

- l'avanzamento fisico delle varie fasi, in grado di confrontare le realizzazioni con i tempi previsti. Le realizzazioni possono essere accompagnate da indicatori tecnico-fisici, in grado di dare conto delle quantità e delle caratteristiche qualitative (ad esempio: caratteristiche della domanda soddisfatta; quantità di prodotto erogato, ecc.);
- l'avanzamento finanziario e delle risorse di personale, che mette a confronto tempi e grado di utilizzo delle risorse;
- l'avanzamento procedurale, che mette a confronto i tempi con l'avanzamento dei procedimenti formali.

Ai fini della pianificazione e del controllo di tempi e costi, un ulteriore strumento è il diagramma di *Gantt*.

Nel tempo, il *Gantt* permette di verificare se i tempi vengono rispettati, aggiungendo al di sotto della barra che definisce i tempi previsti in origine, una barra che indica i tempi eventualmente rimodulati ed una barra con l'effettivo avanzamento del progetto. Questa parte è quella che appare complessivamente ancora insufficiente e debole nell'esperienza di "Percorsi di Qualità", pur con alcune interessanti eccezioni.



Sono una netta minoranza i documenti di miglioramento che contengono *Gantt*, così come indicatori di stato di avanzamento e di risultato attesi. In generale, le difficoltà iniziano con la definizione degli obiettivi di un intervento: nella maggior parte dei casi si tratta della indicazione di indirizzi ed aspirazioni, raramente della qualificazione degli obiettivi attraverso l'individuazione dei comportamenti da modificare e quindi degli indicatori in grado di rappresentare il cambiamento atteso.

A partire da questa difficoltà segue poi la sostanziale approssimazione nell'impostare i meccanismi di monitoraggio, basati il più delle volte sull'interazione *face-to-face* (e cioè su riunioni di verifica) e non su dati quali-quantitativi.

Peraltro si tratta di *deficit* che dipendono molto dal settore di amministrazione, nel senso che nel variegato ambito delle pubbliche amministrazioni vi sono aree in cui le capacità di monitoraggio e valutazione sono più avanzate, trainate dalle esigenze di controllo della spesa (cfr. ad esempio il campo sanitario).

Come detto, vi sono però anche alcuni casi interessanti, in cui la padronanza delle metodiche di pianificazione e controllo appare sufficientemente sviluppata.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso della Regione Campania

Per la gestione del piano di miglioramento organizzativo è stato predisposto un piano di *governance* che consente di:

- assistere lo sviluppo e la gestione del progetto, migliorando le procedure di gestione e controllo, i sistemi di informazione, la qualità delle attività e dei risultati;
- assolvere alle funzioni strategiche assegnate al progetto e produrre valore aggiunto;
- assicurare la massima diffusione delle informazioni relative al progetto, le sue motivazioni-finalità e gli impatti;
- evidenziare i cambiamenti indotti dal progetto, nella sua globalità, e dalle specifiche azioni;
- generare nuova conoscenza e crescita personale in tutte le persone coinvolte.

A tal fine, sono state costituite le strutture preposte al presidio del piano e sono stati individuati i soggetti delegati e attribuite le responsabilità. Sono inoltre state definite le modalità per il coordinamento ed il monitoraggio delle iniziative e sono stati messi a punto gli strumenti per rilevare e comunicare dati e informazioni.

Nella logica della disseminazione dei risultati è stata, inoltre, prevista la realizzazione di: un portale; sei seminari informativi; un convegno finale; una pubblicazione editoriale.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso dell'ASL1 Umbria

Lo snodo principale su cui si è focalizzata l'attenzione, quindi il miglioramento, è stato il sistema di rilevazione degli indicatori strategici, allineandolo in particolare ai progetti aziendali avviati e declinati nel documento di programmazione 'Piano Attuativo Locale.

A questo scopo è stato costituito un gruppo di lavoro per il miglioramento composto da Responsabile Qualità Aziendale, Responsabile Programmazione e Sistemi Informativi, Responsabile Controllo di Gestione, Responsabile Sistema informativo, Responsabile Area Economico-finanziaria, con l'obiettivo di definire un cruscotto di indicatori, costruiti sulla logica della *Balanced Scorecard* raggruppati in almeno 3 livelli:

- 1- indicatori di *performance* sanitari (es. infezioni ospedaliere, errori clinici, reclami, esiti, ecc.)
- 2- indicatori economico-finanziari in grado di interfacciarsi con la tecnologia SAP utilizzata per la gestione economico-finanziaria
- 3- indicatori di attività in grado di interfacciarsi con il Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Ciò che appare degno di nota sotto il profilo tecnico-metodologico, lo si ritrova non tanto in relazione ai piani di miglioramento quanto alle autovalutazioni.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso del Comune di Milano

L'autovalutazione realizzata dalla Direzione Centrale Educazione del Comune di Milano presenta una dotazione di indicatori di *performance*, con molte tavole che presentano serie storiche di dati e confronti comparati con altre città.

Figura 6: Andamento della domanda e dell'offerta di Asili nido negli ultimi

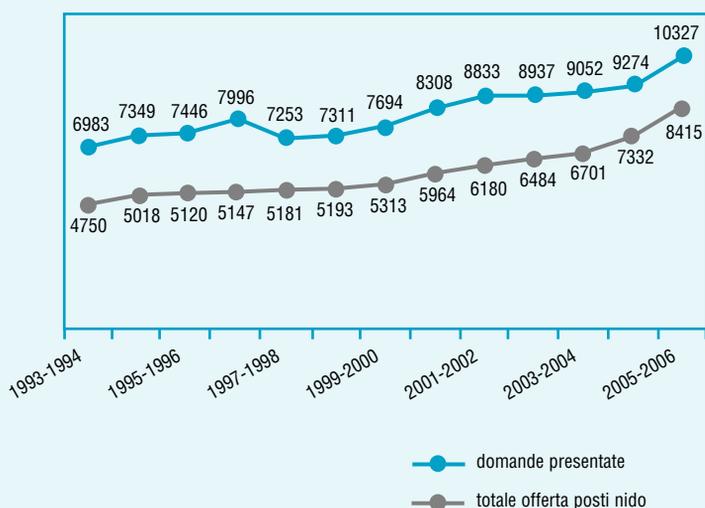
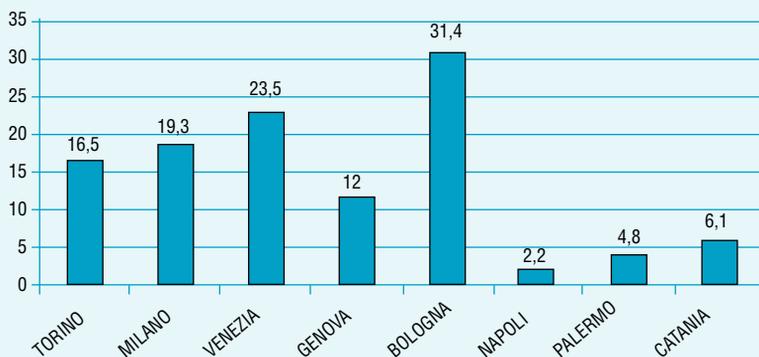


Figura 7: Copertura domanda potenziale



Utilizzando questi elementi informativi risulta evidente come la definizione di obiettivi di miglioramento sia decisamente più semplice, poiché il riferimento agli anni precedenti e alle altre città definisce automaticamente *standard* da superare.

Allo stesso modo, l'autovalutazione dell'Agenzia delle Dogane esprime consapevolezza nell'utilizzo degli indicatori. Emerge uno sforzo nella costruzione di indicatori di efficacia interna (= capacità realizzativa) e di qualità (sviluppo di specifiche modalità di erogazione dei servizi, ad es. per via telematica), sulla base dei quali realizzare il sistema di pianificazione degli obiettivi e di controllo degli esiti.

Infine, anche il mondo della scuola ha maturato esperienze significative in materia.

L'esperienza delle amministrazioni – il caso dell'Istituto Calvi di Belluno

Come esempio si presenta qui il caso di un progetto dell'Istituto Calvi di Belluno. È chiara l'identificazione del problema, la discussione delle alternative non perseguibili e di alcune cause che determinano la situazione attuale. Inoltre è identificata l'ipotesi "di contenuto" dell'intervento e i risultati attesi (in questo caso proprio in termini di *outcome*).

Problema

Nel tempo sono aumentati il numero dei debiti formativi, se pure a fronte di una diminuzione delle non promozioni, in particolare in materie caratterizzanti l'indirizzo dell'istituto quali economia aziendale. Si riscontra inoltre una percentuale di superamento dei debiti nell'anno successivo inferiore al 30%. Pertanto ci si propone di attuare una strategia che consenta di ridurre i debiti alla fine dell'anno intervenendo per tempo nelle carenze che si riscontrano durante il periodo di svolgimento dell'attività didattica. La maggior parte degli alunni dell'istituto durante il periodo estivo svolge attività lavorativa e quindi, in generale, non può dedicare il tempo necessario per il superamento del debito formativo. Attualmente l'attività di recupero delle carenze riscontrate, pur nell'ambito della programmazione di dipartimento, avviene mediante sportelli, recupero in classe, ecc. a livello "individuale" da parte dei singoli insegnanti più che come scelta condivisa tra i docenti stessi, gli studenti che hanno bisogno degli interventi e i loro genitori.

Intervento

Definizione dell'intervento didattico di recupero (cosa, come, chi, quando); in particolare, nell'ambito del dipartimento vengono:

- Assegnati i docenti ai vari gruppi
- Stabiliti i tempi di attuazione degli interventi e la durata temporale.

Informazione, mediante lettera, rivolta ai genitori degli alunni interessati, con spiegazione sintetica dell'attività e degli impegni richiesti ai ragazzi.

L'intervento è riservato alle classi prime, seconde e terze; per le classi quarte si

attua una forma di flessibilità (definita con un progetto a parte); gli studenti stranieri sono seguiti da un insegnante specifico, anche qui nell'ambito di un altro progetto.

Verifica dell'efficacia dell'intervento attraverso prove oggettive definite a livello di dipartimento.

Nel caso di verifica ancora negativa, colloquio con l'allievo e:

- rimodulazione dell'intervento privilegiando l'aspetto motivazionale e usando strategie didattiche diverse;
- acquisizione informazioni che consentano un'analisi delle cause di insuccesso con eventuale correzioni per gli interventi successivi.

Saranno coinvolti: collegio docenti, gruppo disciplinare, consiglio di classe, docenti, alunni, genitori.

Iniziative di comunicazione: incontri, comunicati, comunicazioni dirette, prima, durante e dopo gli interventi, colloqui individuali.

Obiettivi e risultati attesi

Risultati attesi: riduzione dei debiti formativi in economia aziendale del 10% il primo anno e del 15% il secondo anno. Misurazione dei risultati in termini di riduzione dei debiti formativi; raggiungimento dell'obiettivo se entro un *range* di ± 3 punti percentuali.

COME DARE AL MIGLIORAMENTO CONTINUO UNA DIMENSIONE STRATEGICA

ATTRAVERSO L'USO INTEGRATO DEL CAF
E DEL CICLO PDCA

L'utilizzazione del CAF per l'autovalutazione non può rappresentare un fatto episodico, un evento unico che non si ripete nel tempo. Anche se si raggiungesse la perfezione già nella prima applicazione dello strumento (ipotesi irrealistica, vista la complessità delle realtà organizzative e la non banalità dei concetti che il modello propone), la visione del miglioramento continuo, che è alla base dei modelli TQM, ne richiederebbe la ripetizione periodica. È perciò indispensabile porsi in una prospettiva dinamica, di apprendimento continuo, convinti che l'uso ripetuto del CAF nel contesto di un ciclo PDCA renderà più efficace lo sforzo del *management* di mantenere la propria organizzazione adeguata ai propri fini nel tempo.

Il ciclo PDCA (chiamato anche, dai giapponesi, “la ruota del *management*”, perché è la Direzione che deve farla girare) è il ciclo di gestione che l'organizzazione nel suo complesso dovrebbe seguire per poter produrre cambiamenti e miglioramenti continui. Mentre tutte le organizzazioni “fanno” qualcosa (fase *Do*) e l'economicità e il coordinamento del fare esigono che si pianifichi (fase *Plan*) prima di passare alle azioni conseguenti alla pianificazione, manca spesso la consapevolezza delle debolezze, manca, a livello operativo, la fase di diagnosi dei fattori critici (fase *Check*) e manca, di conseguenza, la fase di azione e reazione (fase *Act*) nei confronti delle condizioni di debolezza emerse dall'analisi. Questa è una carenza che, se non colmata, può limitare fortemente, spesso in modo decisivo, le organizzazioni, siano esse pubbliche o private, nel perseguimento degli obiettivi e nel miglioramento dei risultati nel tempo. Per realizzare il miglioramento non esiste un percorso uguale per tutte le amministrazioni. Ognuna dovrà scegliere la strada che riterrà più adatta, in relazione alla propria natura e all'esperienza maturata, che adatterà nel tempo in base ai risultati raggiunti. Nel seguito si delineano le tappe di un possibile percorso, di cui le prime proposte dovrebbero essere considerate necessarie da ogni amministrazione che intenda adottare un approccio gestionale basato sulla qualità e dovrebbero essere realizzate nel breve/medio periodo, mentre quelle successive sono opzionali e proposte nel medio/lungo periodo qualora un'amministrazione mirasse all'eccellenza.

Approfondire i concetti chiave dei modelli TQM

Quando si sperimenta per la prima volta l'autovalutazione con un modello TQM – com'è il CAF – ci si imbatte in concetti organizzativi e gestionali non del tutto familiari, che il modello aiuta a chiarire ma che occorre praticare per giungere a una loro reale comprensione (il “saper fare” come necessaria verifica del “sapere”). I concetti da approfondire dovrebbero in teoria scaturire dall'autovalutazione ed essere affrontati nel piano di miglioramento. Ma a volte, soprattutto dopo una prima autovalutazione, ci si concentra su aree da migliorare specifiche trascurando l'approfondimento dei concetti basilari del TQM. È invece molto importante affrontare, prima della successiva autovalutazione, almeno due concetti chiave: il rapporto con i clienti e gli *stakeholder* e la gestione per processi, precisando, tuttavia, che anche altri concetti, come ad esempio la *leadership*, richiedono, per essere compresi a fondo, approfondimenti e verifiche da parte del *management*.

Relativamente al primo concetto, il rapporto con i clienti e gli *stakeholder*, fra le cosiddette “parti interessate” che il modello CAF spesso richiama, ce n'è una fondamentale per le pubbliche amministrazioni: i cittadini. Nella Pubblica Amministrazione è relativamente facile giungere a vedere il cittadino come cliente mentre è più difficile vederlo – e trattarlo – come *stakeholder*, in quanto *stakeholder* per eccellenza nella Pubblica Amministrazione è considerato il referente politico, che nel suo ruolo di rappresentanza si presume riassuma le attese dei cittadini. Poiché qualunque cittadino diventa anche cliente nel momento in cui usufruisce di un servizio, la sua soddisfazione chiaramente dipende da quanto le sue attese siano state prese in considerazione nel momento in cui il servizio viene progettato e nei momenti in cui esso viene erogato. Per comprendere quindi le attese è necessario essere in “presa diretta” con i cittadini che si intende servire (o comunque con gruppi rappresentativi di essi) e attivare azioni di avvicinamento al cittadino progettando “sensori” capaci di coglierne attese e soddisfazioni. Nella misura in cui si percepisce e si pratica una politica di vicinanza al cittadino (come *stakeholder* e cliente potenziale) si riesce a comprendere appieno il significato dei sottocriteri e degli esempi del modello che al cliente/cittadino si riferiscono e a valutare consapevolmente l'organizzazione.

È opportuno chiarire che la focalizzazione sul cliente/cittadino non significa che si debba fare tutto ciò che questi richiede; significa che ci si deve sforzare di comprenderne al meglio le attese così da averle presenti e cercare, nei limiti del possibile, di soddisfarle in fase di progettazione; significa cercare, laddove opportuno, di mutare in *partnership* il ruolo impersonale di *stakeholder*; significa prevedere meglio i possibili impatti dei servizi forniti, al di là delle intenzioni; significa infine, adottare, nell'erogazione, uno stile di rapporti coerente con il concetto di *partnership*. In questo senso il *partner*/cittadino diviene il punto di partenza sia quando si progettano nuovi prodotti/servizi sia quando occorre migliorare quelli esistenti, contribuendo a definire le proprie attese e a misurare quanto ciò che riceve sia allineato con esse. Far assumere al cittadino questo ruolo è, soprattutto nelle imprese pubbliche, alquanto com-

plesso perché complesso è il rapporto tra cittadino e Pubblica Amministrazione: il cittadino/cliente non percepisce un rapporto diretto e immediato fra il valore che dà ai servizi (sotto varie forme: imposte, *tickets*, collaborazione) e quello che riceve in termini di qualità. A supporto della misurazione del grado di soddisfazione dell'utilizzo dei servizi vengono incontro le indagini di *customer satisfaction*, da diversi anni utilizzate dalle pubbliche amministrazioni. È bene sottolineare però che il contributo della *customer satisfaction* alla qualità dei servizi ha valore solo quando la “qualità erogata” viene posta a confronto con la “qualità promessa”.

Nella transazione commerciale tale confronto avviene in modo immediato, in termini di *value for money*, valore ricevuto per prezzo pagato, mentre nella Pubblica Amministrazione solo un “patto col cittadino” (nella forma di carta dei servizi o equivalente), che legittimi le qualità attese ed espliciti le qualità promesse, può rendere significative le misure di *customer satisfaction*.

Entrare nello spirito del modello significa dunque comprendere e attuare rapporti di “vicinanza con il cittadino”. È questo il modo per individuare gli indicatori chiave di *performance* di cui parla il modello. Il cliente/cittadino deve essere il punto di partenza sia quando si progettano nuovi prodotti/servizi, sia quando occorre migliorare quelli esistenti. Così facendo il cliente/cittadino diviene anche il punto di partenza per governare i processi.

Il governo dei processi, infatti, il secondo concetto chiave degli approcci TQM che qui consideriamo, deve sempre partire dai risultati, cioè dal cliente, nel nostro caso dalla “qualità promessa” al cittadino. Sulla base di questa, si stabiliranno gli obiettivi in termini di *output* del processo e si progetterà il processo stesso. Analogamente, quando qualcosa viene percepito negativamente dal cliente/cittadino, si dovrà partire proprio da questo qualcosa, per rappresentare un quadro fedele dei sintomi e quindi diagnosticare le cause dei problemi. Ci si abituerà così ad applicare il concetto di autovalutazione anche in contesti locali, circoscritti, in genere processi, per risolvere specifici problemi. Così facendo si identificheranno gli indicatori chiave di *performance* dei prodotti/servizi destinati a tali clienti, nonché gli obiettivi, e da questi si partirà per definire gli indicatori chiave di processo. In questo modo si entrerà nell’ottica di lettura del modello dai risultati ai fattori e si imparerà a risolvere il problema degli indicatori di processo e dei relativi obiettivi, spesso ostico per le pubbliche amministrazioni.

Un posto ugualmente importante, nel governo dei processi, rivestono gli aspetti organizzativi (oltre quelli strategici appena citati) che emergono in particolare quando il processo attraversa più funzioni (processo interfunzionale). Spesso infatti si commette l’errore di non considerare il processo interfunzionale nella sua interezza, ma di valutare separatamente ciascun segmento funzionale di competenza. Fra i segmenti, o sub-processi, che compongono un processo interfunzionale esistono sempre barriere organizzative che ne limitano sia l’efficacia (vale a dire la qualità in termini di *output*) sia l’efficienza (costi e tempi di realizzazione). Fino a che si mantiene tale frammentazione, è vano pensare a miglioramenti radicali della qualità e soprattutto ad un’otti-

mizzazione dei costi globali¹ ed è altrettanto vano pensare di poter condurre un'autovalutazione efficace. I processi chiave devono essere considerati nella loro interezza e organizzati in modo integrato altrimenti l'autovalutazione non potrà che limitarsi a rilevare la frammentazione e la carenza di dati significativi. È opportuno quindi, nel caso in cui la prima autovalutazione evidenzia questo tipo di problema, integrare i processi e gestirli in modo unitario, con responsabilità unitaria e collaborazione fra tutti i responsabili dei diversi flussi (ovvero dei diversi segmenti funzionali che lo compongono)². Mentre la collaborazione si realizza creando il *team* di processo, la responsabilità unitaria può assumere diversi significati, da quello più sfumato di *team leader* a quello più forte di *process owner*. Ciò che è importante è il concetto sotteso alla terminologia, ovvero, che al ruolo venga attribuita una responsabilità vera (di tipo trasversale rispetto alle funzioni), in termini di autonomia rispetto ai prodotti, ai clienti del processo e alle risorse.

In conclusione se la prima autovalutazione evidenzierà ovvie carenze nell'applicazione degli strumenti organizzativi e tecnici tipici del TQM, è consigliabile colmare almeno le principali lacune prima di passare ad una seconda autovalutazione, anche introducendo e sperimentando nuovi strumenti³. In questo modo la successiva autovalutazione avrà maggiore spessore e risulterà anche più gratificante.

A valle della seconda autovalutazione si potrebbero considerare e approfondire strumenti più sofisticati che aiutano la pianificazione e il collegamento delle strategie con i processi, come il *Management by Policies* e le *Balanced Scorecards*.

Pianificare gli sviluppi dell'autovalutazione fino a giungere alla piena integrazione nel ciclo PDCA

Non sempre la prima autovalutazione è frutto di un progetto strategico, di lungo periodo. Se, com'è sperabile, il bilancio della prima sperimentazione di autovalutazione è positivo e si decide di continuare, è indispensabile che si inquadri l'autovalutazione in una visione strategica di lungo periodo. Si può definire tale strategia di miglioramento continuo o, se si preferisce, di mantenimento della *fitness* organizzativa in un contesto di cambiamento (mantenimento della "adeguatezza ai propri fini").

Nell'ambito di tale strategia si possono poi, saggiamente, prevedere delle pause fra un'autovalutazione e la successiva. Non è l'autovalutazione in sé, infatti, che produce il miglioramento; essa aiuta ad inquadrare i sintomi dei problemi e a condurre la diagnosi ma la terapia è nel piano di miglioramento che segue, che dovrebbe prevedere un adeguamento degli strumenti tecnici e organizzativi come sottolineato sopra.

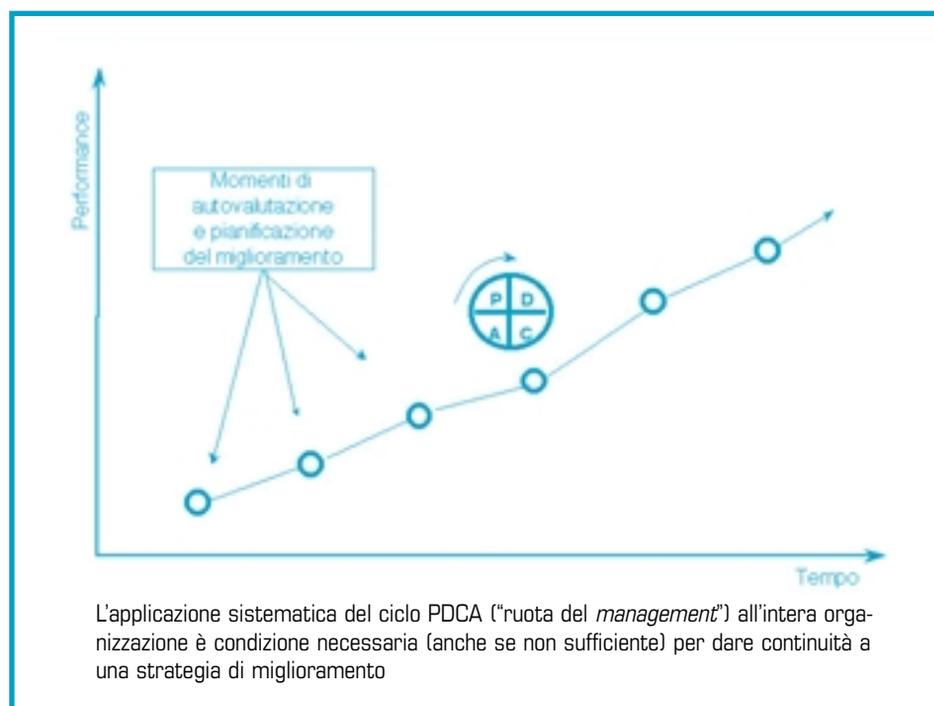
¹ I "costi della non-qualità" più rilevanti sono infatti quelli di tipo organizzativo, derivanti dalla frammentazione dei processi che sono, in qualunque organizzazione, per i clienti, gli *stakeholder* e per l'amministrazione stessa, le catene di generazione del valore.

² L'integrazione risulterebbe massima quando, rispetto ad un processo, le diverse funzioni dovessero assumere il ruolo di fornitori di risorse o di servizi.

³ A questo proposito si segnalano, ad esempio, quegli strumenti che aiutano a individuare le attese dei clienti/cittadini, a definire gli obiettivi e a stabilire processi capaci di raggiungerli, nonché a gestire tali processi, come il *Quality Function Deployment*.

Proprio perché questa fase generalmente richiede del tempo, potrebbe essere opportuna una pausa ripetendo l'autovalutazione, ad esempio, dopo due anni. In questo modo l'autovalutazione diventa (come è giusto che sia) un momento di verifica del progresso fatto e, dopo un periodo di saggia alternanza fra autovalutazione e lavoro teso a realizzare i cambiamenti strutturali necessari, si dovrebbe giungere in modo naturale ad un punto in cui l'autovalutazione viene condotta regolarmente ogni anno, non più, quindi, come fatto straordinario, ma come momento *Check* del ciclo PDCA delle attività delle organizzazioni, come attività indispensabile e necessaria premessa per una buona pianificazione. Quest'ultima infatti ha bisogno, per essere efficace, di disporre di un quadro il più ampio e chiaro possibile delle *performance* passate e delle capacità dell'organizzazione in relazione ai programmi futuri.

Il ciclo PDCA è uno strumento "euristico", mirato cioè a raggiungere gli obiettivi attraverso iterazioni successive. In quanto tale è, dunque, uno strumento pragmatico, che riconosce che la pianificazione ben raramente è perfetta, che spesso non si raggiunge ciò che si è pianificato, che si è spesso deboli anche nel misurare il livello di raggiungimento delle *performance* di obiettivo (certamente gli *outcome* e gli impatti, ma spesso anche gli *output*). Fare un *Check* generale sulla parte *Plan-Do* del ciclo è perciò essenziale per pianificare meglio e realizzare meglio nel ciclo annuale successivo. La figura che segue aiuta a spiegare il concetto: condizione necessaria (anche se non sufficiente) per un miglioramento continuo delle *performance* è il "far girare" con sistematicità, anno dopo anno, "la ruota PDCA".



La visione PDCA aiuta anche a vedere le quattro fasi come necessariamente integrate fra di loro. Ciò è particolarmente rilevante quando si tratta di misurare in modo coerente sia le *performance* sia le attività che le determinano. Pensare di poter misurare solo al termine delle attività, a livello di risultati (di *output* e soprattutto di *outcome* e impatto), è un'illusione. Le misure devono essere pensate già a livello di individuazione delle attese dei clienti e soprattutto nella cosiddetta *value proposition*, quando si definisce cosa si vuole offrire al cliente/cittadino (le qualità promesse). I piani devono già definire in maniera chiara, assieme agli obiettivi, gli indicatori chiave di *performance* che si dovranno monitorare per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Ai piani dovrebbe poi seguire il *deployment* (lo sviluppo) degli obiettivi, sia a livello di settore sia, per i processi interfunzionali, a livello di processi. Tale *deployment* è l'anello di collegamento fra le fasi *Plan* e *Do* e deve vedere la partecipazione di coloro che avranno la responsabilità di eseguire ciò che è stato pianificato. Questi ultimi dovranno infatti progettare i processi che sono necessari per raggiungere gli obiettivi (o definire come utilizzare processi esistenti, o come adattarli, o riprogettarli), perché saranno questi obiettivi a guidare nella definizione del processo e degli indicatori relativi (indicatori chiave di processo). Se si segue un percorso logico ordinato e rigoroso, ci si trova alla fine con una catena di indicatori che vanno dal cliente fino al processo. Le misure di processo daranno così informazioni preventive sulla probabilità di raggiungere gli obiettivi in termini di *output*; le une e gli altri daranno informazioni preventive sugli *outcome* e sulla soddisfazione del cliente.

Allora la fase *Check* diventerà più facile: spariranno le difficoltà che si incontrano oggi a misurare; le tante parole dei primi rapporti di autovalutazione saranno in gran parte sostituite da numeri e tabelle (questo non significa che le spiegazioni e i commenti non serviranno più: essi saranno sempre necessari, soprattutto riguardo agli aspetti più intangibili dell'autovalutazione, quelli relativi alla *leadership*, alle persone, alle relazioni fra persone e gruppi, alle *partnership*); si capirà meglio cosa intende dire il modello quando parla di "gestione basata sui fatti".

La fase *Check* farà in gran parte riferimento a quegli indicatori che sono stati definiti in sede di pianificazione e utilizzati in sede di esecuzione, ma allo stesso tempo, servirà per valutare criticamente anche tali indicatori e le loro relative misure, anche attraverso verifiche di coerenza interna fra gli indicatori utilizzati per i fattori e di coerenza globale fra tali indicatori e i risultati di *performance*.

La fase *Act*, infine, sarà vista come quella in cui si attuano quelle correzioni e quei miglioramenti suggeriti dall'autovalutazione che si possono realizzare nel breve (non richiedono cioè di essere introdotti nel nuovo ciclo di pianificazione). Ma sarà anche la fase di standardizzazione – o consolidamento – dei miglioramenti introdotti nel ciclo precedente, secondo il principio *holding the gains* teorizzato da J. Juran⁴ (intro-

⁴ J. Juran è stato tra i più importanti teorici della qualità. Definito il "padre della qualità" fu premiato per lo sviluppo del controllo di qualità in Giappone e per aver promosso l'amicizia tra gli Stati Uniti e il Giappone. Tra le sue molteplici pubblicazioni si segnala la prima, *Managerial Breakthrough*, pubblicata nel 1964, in cui ha illustrato la teoria generale del *quality management*.

durre quelle regole, procedure, modifiche di processo che sono necessarie per non perdere i guadagni conseguiti).

La *peer evaluation*: un potente mezzo per far crescere la cultura della qualità e della valutazione nella Pubblica Amministrazione

Occhi diversi vedono cose che chi vede la propria realtà tutti i giorni non nota. Il coinvolgimento di un soggetto esterno, soprattutto se appartenente a settori simili (o non troppo dissimili) della Pubblica Amministrazione, a partecipare alla propria autovalutazione, può rafforzare il percorso verso il miglioramento continuo. Questi potrebbe essere coinvolto come componente esterno del comitato di autovalutazione, partecipando ai momenti cruciali, ad esempio, al momento delle scelte e dell'impostazione e al momento di analisi dei risultati.

Un altro modo di coinvolgere soggetti esterni è attraverso la validazione dei risultati dell'autovalutazione. Si tratta di un ruolo più formale, attribuito a persona non coinvolta nell'autovalutazione e consistente in un giudizio critico sul processo e sui risultati.

Diversi sono i motivi per i quali si può richiedere la validazione. Può essere l'organizzazione stessa che vuole accertarsi di aver valutato correttamente, di essere sul sentiero giusto, di essere stata obiettiva nell'attribuire i punteggi. Può essere necessario (e di fatto lo è nella maggior parte dei casi) in funzione di un premio in cui un ente esterno deve garantire la comparabilità dei risultati, soprattutto dei punteggi (*scoring*) e la massima obiettività è fondamentale. Infine, può essere per svolgere attività di *benchmarking*: le organizzazioni che vogliono utilizzarlo per orientare le proprie scelte in modo corretto e produttivo hanno tutto l'interesse a garantirsi a priori che i dati su cui viene basata la selezione dei possibili *partner* – in generale i punteggi assegnati ai diversi criteri e sottocriteri del modello – siano affidabili.

Questa procedura comincia ad essere sostenuta anche a livello europeo, nell'ambito delle attività di cooperazione, dove l'obiettivo a cui si tende è la costituzione di una banca dati europea dei risultati delle autovalutazioni. Tale banca dati potrebbe divenire fonte potenzialmente preziosa di dati per il *benchmarking*, purchè i dati introdotti siano affidabili e vengano validati da soggetti qualificati.

Ma, a parte gli sviluppi che si avranno a livello europeo, la validazione ottenuta tramite "valutazione fra pari" (*peer evaluation*) certamente potrebbe contribuire in misura rilevante a far crescere una cultura omogenea della qualità (in particolare dell'autovalutazione) nella Pubblica Amministrazione. A tal fine le singole amministrazioni potrebbero contribuire alla crescita di una cultura comune in due modi: effettuando volontariamente scambi di valutatori e rispondendo in modo positivo e convinto ad eventuali richieste di contribuire ad iniziative formali di validazione (e di formazione di valutatori).

La personalizzazione del modello come ultima tappa verso il miglioramento

Gli approcci all'autovalutazione seguono oggi, prevalentemente, i modelli attuativi inaugurati dai premi. Questi a loro volta hanno incorporato in larga misura i modelli tradizionali degli *audit* (verifiche condotte da esperti indipendenti): si esamina l'organizzazione e la sua attività, a fronte di un modello che prescrive cosa si dovrebbe fare (conformità), e poi si verificano i risultati (efficacia). Nel caso di *audit* che obbediscono a regole dettate dall'esterno (premi o certificazioni) il modello non è prescrittivo: definisce "che cosa" si deve fare, non "come" lo si deve fare. Ma è proprio nel "come" che si gioca la qualità della specifica organizzazione e sono proprio i "come" in atto (regole, procedure) all'interno delle organizzazioni che danno la misura dei miglioramenti da realizzare. È quindi con l'autovalutazione diagnostica che un'organizzazione sottopone a verifica critica i propri "come" e lo fa attraverso una personalizzazione del modello e del processo (esempi, domande delle interviste e dei questionari) alla propria realtà.

È questa personalizzazione che fa capire che si sta parlando non di un'organizzazione generica e sconosciuta ma della propria organizzazione. L'autovalutazione è, infatti, tanto più efficace quanto più il modello rappresenta l'organizzazione. Il *management* sentirà il modello tanto più proprio quanto più risconterà tale corrispondenza.

Tutti nell'organizzazione, dal vertice in giù, dovrebbero arrivare a percepire il modello di autovalutazione (il CAF nel caso specifico) non come uno strumento usato "da quelli della qualità", o che si usa solo in occasioni particolari, ma come uno strumento utile a tutti e in tutte le fasi della propria attività.

L'autovalutazione così condotta, a differenza della partecipazione a premi, ha un fine prettamente diagnostico. Il fine ultimo non è il punteggio bensì l'identificazione delle debolezze – per porvi rimedio – e delle forze – per comprendere se si tratti di veri vantaggi in termini di rapporto benefici/costi e, in caso affermativo, per consolidarli o, in caso negativo, per investire altrove. Ogni percorso diagnostico infatti parte dai sintomi e va alla ricerca delle cause. Ed è questo percorso, ripetuto nel tempo, che accresce le competenze e la maturità di un'organizzazione mettendola in grado di personalizzare il modello secondo esigenze e caratteristiche del tutto proprie⁵.

L'esperienza ha dimostrato la potenzialità di un approccio diagnostico all'autovalutazione. Ma per utilizzare tale potenzialità occorre maturità nel TQM, in particolare una comprensione profonda delle dinamiche processi/risultati e una forte volontà del *management* di perseguire l'eccellenza. Questa maturità farà anche in modo di agevolare il *benchmarking* (di tipo diagnostico), perché tale approccio evidentemente aiuterà a scoprire meglio le cause delle differenze nelle *performance*.

⁵ Non è un caso che gli esempi di lettura del modello riportati nel paragrafo 2 del capitolo 2, Il CAF e le PPAA, siano relativi ad amministrazioni con esperienze pregresse sui temi del TQM.

COME MISURARE I RISULTATI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI IN CHIAVE STRATEGICA

ANALISI DEI DOCUMENTI PRESENTATI DALLE
AMMINISTRAZIONI PARTECIPANTI
ALLA I EDIZIONE DEL PREMIO QUALITÀ PPA

Introduzione

Il tema della rilevazione dei risultati dell'azione amministrativa appare come un fattore ancora di notevole difficoltà nelle organizzazioni pubbliche, come è emerso anche dai laboratori di "Percorsi di Qualità" e da altri progetti promossi dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Formez.

Da un lato, la difficoltà dei vertici politici di fissare obiettivi espliciti e puntuali, dall'altro, i ritardi culturali delle burocrazie italiane ed anche della scienza dell'amministrazione in materia di valutazione, condizionano le capacità di consolidare e diffondere le numerose esperienze comunque esistenti.

Per questo motivo, è sembrato rilevante dedicare una specifica riflessione su questo tema a conclusione di questo volume.

L'obiettivo dell'autovalutazione è di orientare, attraverso le informazioni e le analisi svolte, i *feedback* sulle cause che sono all'origine di risultati non adeguati. Relativamente al modello CAF, l'ipotesi è che a partire dalle informazioni ricavate dai criteri 6, 7, 8, e 9 – sui risultati – si rilevino le criticità che caratterizzano l'azione organizzativa – i fattori abilitanti – incidendo sulle cause di queste criticità.

In realtà il percorso suggerito dai modelli TQM è più complesso, in quanto viene sottolineato, anche e soprattutto, come sia importante istituzionalizzare le modalità relative al "come" ogni azione esplicitata attraverso i criteri del modello venga attuata, prestando attenzione al consolidamento dei risultati (*trend*) e alla relativa copertura. L'ipotesi presa in considerazione sostiene, infatti, che se l'organizzazione agisce secondo le metodiche TQM anche i risultati ne trarranno beneficio.

In altre parole, i passi che caratterizzano questi modelli (e che sono interiorizzati anche nel sistema di punteggi) sono due:

- come vengono gestite le funzioni individuate dai singoli criteri; come – ad esempio – le attività previste ed individuate dal criterio della *leadership* vengono attuate, consolidate ed estese nell'ambito dell'organizzazione;

- come i processi di miglioramento vengono sviluppati collegando i risultati ottenuti con le criticità che caratterizzano i fattori abilitanti.

Ciò che il progetto “Percorsi di Qualità”, ed in particolare il Premio Qualità PPAA, hanno messo in evidenza è che questo percorso nelle pubbliche amministrazioni italiane è stato avviato affrontando solo il primo passo dei due indicati; mentre il secondo pone attualmente molte difficoltà, poiché la misurazione dei risultati implica il ricorso a metodologie di analisi e a tecniche che non sono disponibili presso molte organizzazioni pubbliche (e a volte nemmeno sono messe a disposizione dalla consulenza).

Questo ultimo capitolo ha il compito di fare il punto sulle problematiche emergenti su questo tema, e cioè sulla questione della misurazione dei risultati e sull'utilizzo di questa misurazione per la definizione di progetti di miglioramento orientati ad affrontare le cause che influenzano i risultati rilevati. L'analisi si basa sui documenti di candidatura delle amministrazioni finaliste della prima edizione del Premio Qualità PPAA.

I risultati relativi alla soddisfazione dei clienti/cittadini

Una nota decisamente positiva derivante dalle autovalutazioni delle amministrazioni che hanno partecipato al Premio è relativa al criterio 6, risultati relativi alla soddisfazione dei clienti/cittadini. Emerge infatti come il tema della rilevazione della soddisfazione degli utenti costituisca ormai un elemento generalmente acquisito. Quasi tutte le amministrazioni finaliste del Premio forniscono risultati sulle rilevazioni di soddisfazione come base per le riflessioni sulle relazioni con l'utenza. E quando queste non sono effettuate, sono comunque presenti procedure indirette riguardanti l'analisi dei reclami.

In sostanza, uno dei capisaldi della cultura della qualità, e cioè l'analisi della qualità percepita, costituisce un fattore che inizia ad essere costantemente presente in molte amministrazioni italiane.

In tale contesto, emergono alcuni settori che appaiono più avanzati di altri. La scuola, ad esempio (anche se la gran parte dei partecipanti al premio per questa categoria proviene da una regione specifica, che ha già avviato da tempo la sperimentazione dell'autovalutazione e delle tecniche di TQM), le amministrazioni sanitarie, i servizi a domanda individuale dei Comuni. Tuttavia, sono rimarcabili anche le esperienze di altri settori, come quello dell'Agricoltura della Regione Campania, che ha rilevato elementi di *customer satisfaction* collegati alla gestione dei Fondi Comunitari.

L'esperienza delle amministrazioni

Molte di queste esperienze si qualificano, inoltre, per l'estensione e la ripetitività delle rilevazioni (e cioè la disponibilità di dati in serie storica), così come per il confronto con strutture analoghe o indagini nazionali.

Esempi di risultati di indagini di *customer satisfaction* ripetute annualmente e riportate in serie storica (Circolo didattico di Conselve)

INDICATORI	STRUMENTO DI RILEVAZIONE	RISULTATI PER L'A.S. 2001/2002	RISULTATI PER L'A.S. 2002/2003	RISULTATI PER L'A.S. 2003/2004	RISULTATI PER L'A.S. 2004/2005
1. Organizzazione	Questionari famiglie	68,5	70,14	72/71	72/72,7
2. Accoglienza/relazioni	Questionari famiglie	82,2	84,21	85/85	85/85,5
3. Direzione, Segreteria Collab. Scol.	Questionari famiglie	62	68,18	70/70,2	71/72,3
4. Docenza	Questionari famiglie	80,6	80,58	82/81	82/81,5
5. Servizi (mensa, igiene sicurezza, ecc.)	Questionari famiglie	57	68,54	69/67,2	70/72,4
6. Diritto allo studio e successo formativo	Questionari famiglie	68,7	69,04	70/72	74/75,6
7. Media generale del Circolo	Questionari famiglie	69,7	73,43	75/74,9	76/77
8. % questionari di ritorno	Questionari famiglie	63,1	67,36	70/71,17	72/70,9

Esempio di risultati di indagini di *customer satisfaction* ripetute per vari servizi comunali (Comune di Correggio)

SUAP	2001	2004
Giudizio complessivo	7.59	7.88
	1998	2003
Asili nido	8.51	8.7
Scuole materne	8.48	8.7

Esempio di risultati di indagini di *customer satisfaction* con comparazione (Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari di Trento)

SODDISFAZIONE DEI CITTADINI (indagini sui degenti FIASO – anno 2003)

	CSI – Customer Satisfaction Index	
	APSS	Standard FIASO
CSI complessivo	93.0	92.3
Prenotazione/accettazione	96.2	94.8
Prestazioni sanitarie	97.0	95.9
Prestazioni alberghiere	87.1	86.7

Inoltre, in alcuni casi le indagini sulla soddisfazione degli utenti sono state parte di riflessioni complesse, che hanno coinvolto e confrontato anche il giudizio di coloro che progettano e producono il servizio.

Unica nota critica è il fatto che nei documenti di partecipazione è generale la considerazione che i commenti ai risultati di soddisfazione sono generalmente molto positivi anche in presenza di livelli che meriterebbero quantomeno un commento sulla differenza tra i giudizi “molto positivo” e “positivo”.

Inoltre, raramente le valutazioni vengono confrontate con obiettivi.

Nei casi in cui ciò avviene l'esito è meno scontato e conduce ad una maggiore articolazione dei commenti, come nel caso che segue.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione dell'ACI

Copertura: l'indicatore è riferibile ai clienti/cittadini dei 103 Uffici Provinciali

	Risultati	Obiettivi
Cordialità ed equità di trattamento livello di soddisfazione espresso in merito alla cortesia e disponibilità del personale ACI (C.S. 2004)	9.04	10
Comportamenti responsabili e proattivi – livello di soddisfazione espresso in merito alla competenza e preparazione del personale ACI (C.S. 2004)	8.85	10

I risultati relativi al personale

Anche in questo caso l'elemento di spicco che emerge dai documenti di partecipazione presentati è la rilevanza che hanno acquisito le indagini sul benessere organizzativo, ed in particolare quelle promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso il Programma Cantieri.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del Comune di Schio

La prima indagine di clima interno è stata fatta a gennaio 2005. Le modalità di gestione dell'indagine sono state descritte al punto 3.1. All'indagine hanno partecipato il 98% delle persone presenti al lavoro durante le giornate in cui è stato proposto il questionario. Il questionario utilizzato è quello formulato dalla Funzione

Pubblica e comprende 68 domande che sono raggruppate secondo le modalità descritte nelle linee guida per la elaborazione dei dati forniteci nel *kit* in 14 fattori che descrivono il clima dell'organizzazione. La scala del punteggio va da un minimo di 'mai' (punteggio 1), ad un massimo di 'sempre' (punteggio 4). I risultati sono stati comunicati alla giunta, alle rappresentanze sindacali e ai dirigenti a giugno 2005, e al personale a novembre 2005, dopo essere stati rielaborati durante l'estate utilizzando il programma informatico messo a disposizione dalla funzione pubblica. Essi possono essere così sintetizzati:

Item	media comune Schio	media altre amministrazioni
Utilità: l'organizzazione stimola il senso di utilità sociale e contribuisce a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro sentimento di contribuire ai risultati comuni	3,24	2,9
Ascolto: le istanze dei dipendenti sono ascoltate	3,04	2,9
Informazione: l'organizzazione mette a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro	3	2,8
Relazioni interpersonali: stimola un ambiente relazionale franco, comunicativo e collaborativo	2,84	2,8
Operatività: gli obiettivi sono espliciti, chiari, c'è coerenza fra enunciati e prassi operative	2,85	2,7
Sicurezza: sono adottate tutte le azioni per prevenire gli infortuni ed i rischi professionali	2,98	2,6
Comfort: allestimento di un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente	2,87	2,6
Apertura all'innovazione: è aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale	2,82	2,6
SODDISFAZIONE MEDIA	2,77	2,6
Non conflittualità: presenza di situazioni conflittuali	2,76	2,6
Valorizzazione: le competenze e gli apporti dei dipendenti sono valorizzate e le nuove potenzialità stimolate	2,49	2,5
Caratteristiche dei compiti (fatica fisica e mentale, sovraccarico, monotonia, contatti e responsabilità diretta...)	2,63	2,3
Equità: assicura equità di trattamento retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale	2,28	2,3
No stress: analisi dei fattori di stress	1,91	2,2

Anche le metodiche di TQM hanno costituito la base per istituzionalizzare indagini sul clima e sulle percezioni del personale. In questa direzione si riscontra anche da parte di alcune amministrazioni un'attenzione al coinvolgimento di tutto il personale e non solo delle posizioni con maggiore responsabilità.

Il caso che segue rappresenta, appunto, l'esperienza di un istituto scolastico che ha intrapreso un percorso di coinvolgimento progressivo di tutto il personale e che ha nel contempo, a partire dalla serie storica che via via sta formandosi, associato alle indagini obiettive che dovrebbero essere conseguiti sulla base di azioni di miglioramento.

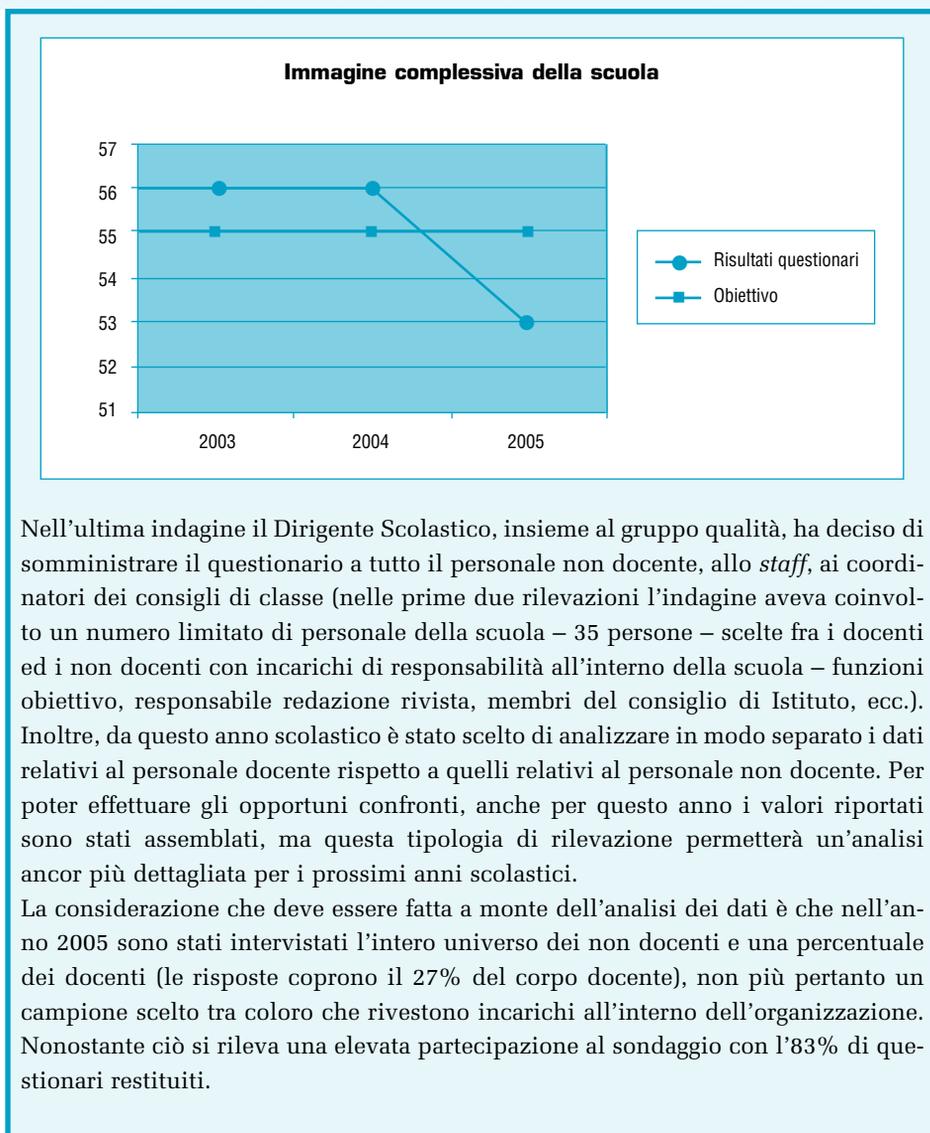
L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione dell'Istituto Tecnico Industriale e Istituto Professionale Industria e Artigianato “L. Da Vinci” di Firenze

Allo scopo di ottenere una misura relativa alla percezione che il personale della scuola ha nei confronti dell'organizzazione, dal 2002 vengono somministrati appositi questionari con i quali sondare il grado di soddisfazione. Un primo approccio, non del tutto strutturato, è stato effettuato nel 2002, attraverso un sondaggio su varie tematiche inerenti l'organizzazione della scuola. Successivamente, in seguito anche alla partecipazione ad un progetto organizzato dall'IRRE Toscana, progetto finalizzato all'introduzione del percorso EFQM ed al raggiungimento del *Committed to Excellence*, è stato realizzato ed utilizzato un questionario di percezione che viene annualmente distribuito ad un campione di docenti e non docenti. Le rilevazioni, pertanto, si riferiscono agli anni 2003, 2004 e 2005.

A questo tipo di monitoraggio si affiancano anche altre metodologie di ascolto ed indagini conoscitive, come ad esempio l'ascolto di osservazioni da parte di gruppi di lavoro sul modo con il quale sono riusciti a svolgere i propri compiti ed a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il questionario ha subito nel tempo alcune piccole variazioni, dovute anche a indicazioni di miglioramento recepite da coloro che hanno partecipato alle rilevazioni, pur mantenendo invariate molte delle domande. Le domande sono state raggruppate secondo i 9 criteri EFQM: 1 - *Leadership*; 2 - Politiche e strategie; 3 - Gestione del personale; 4 - *Partnership* e risorse; 5 - Processi; 6 - Risultati relativi ai clienti; 7 - Risultati relativi al personale; 8 - Risultati relativi alla società; 9 - Risultati chiave di *performance*.

	2003	2004	2005
personale coinvolto	35	35	194
questionari restituiti	30	32	161



Risultati sulla società

Il criterio 8 del CAF – relativo all'impatto sulla società – è quello che è stato affrontato in una varietà di modi che in molti casi rende ardua una valutazione comparabile. In effetti, mentre nei modelli di autovalutazione diretti al settore privato, il criterio 8 acquisisce un significato di per sé intuitivo (e cioè analizzare il contenimento delle esternalità negative e la *social responsibility*), per il settore pubblico l'utilizzo dello

stesso approccio in modo automatico appare assai limitativo, specie per quelle amministrazioni – come i comuni, le province, le regioni e le amministrazioni centrali dello stato – che hanno impatti sulla società che vanno ben al di là di quanto riportato nelle esemplificazioni proposte dal modello. Una lettura di questo criterio che faccia riferimento agli approcci della valutazione delle politiche pubbliche sarebbe auspicabile. La difficoltà nell'internalizzare il criterio nelle autovalutazioni si rileva anche dal fatto che sono limitate le serie storiche riportate, il confronto con altre amministrazioni e il riferimento ad obiettivi specifici.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del Comune di Trento

In alcune circostanze, gli indicatori utilizzati dalle amministrazioni per il sottocriterio 8.1. – risultati relativi alle *performance* sociali – prendono in considerazione l'attenzione a:

- le categorie disagiate di cittadini (es. diversamente abili);
- il principio di pari opportunità;
- l'associazionismo;
- i fornitori (per i quali, opportunamente, si cerca di stimare la limitazione delle criticità di ordine economico, ad esempio i ritardi nei pagamenti, che possono avere risvolti significativi sulla società);
- lo sviluppo del partenariato (anche questo un aspetto decisamente importante, anche se spesso, purtroppo, poco argomentato in funzione dello sviluppo del capitale sociale).

Nel caso del Comune di Trento, le Commissioni per le PP.OO. comunale e provinciale hanno elaborato il progetto “Sempre più pari opportunità”. Nel 2003 si è puntato sulla differenza di genere, destinatari i giovani: i laboratori ne hanno impegnati ca. 300. In seguito all'attivazione di iniziative formative nell'ambito del Comitato PP.OO. (cfr. cr. 3) al Comune è stata conferita la Segnalazione di Eccellenza (Premio Basile per la Formazione nella PA). Per una sensibilizzazione sulle tematiche di genere, il Servizio Cultura ha attivato numerose iniziative in ambito letterario, artistico e filosofico, che hanno visto la partecipazione di 70 persone nel '01; 1150 nel 2002 e 288 nel 2003.

Nel 2004 è stato presentato il Consiglio delle Famiglie e si sono svolte iniziative per il volontariato nella e per la terza età. Sono state attivate una decina di esperienze di servizio civile. Nel 2002 il Comune ha aderito alla Banca Popolare Etica, versando la quota di € 14.975. Dal 06.04 al 03.05 è stato promosso “Prezzo bloccato”, volto a tenere sotto controllo i prezzi insieme alla quasi totalità degli esercizi commerciali alimentari. Un monitoraggio, effettuato durante l'iniziativa, ha riscontrato l'allineamento tra i prezzi concordati e i prezzi effettivi e un interesse crescente verso i prodotti a prezzo bloccato.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione della Camera di Commercio di Treviso

In alcuni casi, il sottocriterio è stato analizzato sotto il profilo della distribuzione del valore prodotto, con riferimento alle tecniche di elaborazione dei bilanci sociali.

Prospetto sintetico di distribuzione del valore aggiunto (valori in euro)

	valore	%	valore	%
Remunerazione delle imprese, dei consumatori e degli altri clienti	10.222.405	55%	10.316.957	56%
Remunerazione del Sistema Camerale	1.583.705	9%	1.702.287	9%
Remunerazione P.A.	570.428	3%	530.446	3%
Remunerazione del personale	6.205.585	33%	6.955.315	37%
Remunerazione dell'Ente (Ammortamenti)	977.373	5%	876.726	5%
VALORE AGGIUNTO CONSOLIDATO LORDO	18.557.123	100%	19.505.005	100%

Spesso, tuttavia, vengono rappresentati indicatori tipicamente di qualità (e quindi di *performance*, più propriamente da criterio 9), quali la riduzione dei tempi di attesa, ecc.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del CSA (Centro Servizi Amministrativi) di Belluno

Per il sottocriterio 8.2. – risultati relativi alle *performance* ambientali – sono utilizzati molto spesso gli indicatori riguardanti la raccolta differenziata e la gestione dei rifiuti pericolosi.

Attenzione all'ambiente

La riduzione dei costi per il *toner* a partire dal 2004 è dovuta all'iniziativa "ambientale" di procedere alla ricarica delle cartucce esaurite delle stampanti

Indicatore	2002	2003	2004	2005
Costi per <i>toner</i>	1927,14	2672,67	2541,99	

Unità di misura: euro

Obiettivo: riduzione costi toner 10% ogni anno

La riduzione del consumo di carta è dovuta all'estensione dell'utilizzo delle nuove tecnologie

Indicatore	2002	2003	2004	2005
Risparmio carta per espansione utilizzo nuove tecnologie	400	560	1015	

Unità di misura: risme di carta

Ma alcune amministrazioni hanno anche interpretato il termine “ambiente” nel senso organizzativo del termine, e cioè come ambiente esterno all’organizzazione (la versione in lingua inglese del CAF impedisce di risolvere questo dilemma, in quanto parla di *sustainable development*):

L’esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del Circolo Didattico di Conselve

8.2 Risultati delle performance ambientali

1. N° ore destinate all’uso degli spazi scolastici da parte del territorio;
2. N° iniziative di apertura della scuola in orario extrascolastico con iniziative che vadano incontro alle esigenze del territorio;
3. N° iniziative volte alla preservazione e al reintegro delle risorse naturali;
4. Iniziative di promozione della cultura orientata alla salute, alla sicurezza, alla riduzione dell’inquinamento;
5. Adozione di standard di sistemi di tutela ambientale, della sicurezza, della salute.

In definitiva, l’analisi dei documenti di partecipazione presentati per il Premio Qualità PPAA 2006 suggerisce per questo criterio l’esigenza di dedicare da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del Foromez e degli esperti coinvolti nel dibattito sul CAF e sulle varie metodiche di TQM, un’attenzione specifica al fine di precisarne l’ambito di analisi.

Risultati delle performance chiave

La parte dei documenti di partecipazione relativa al criterio 9 soffre anch’essa di una serie di criticità, che si cercherà sinteticamente di affrontare.

Si tratta, innanzitutto, di criticità che hanno a che fare con la scarsa dimestichezza di molte amministrazioni italiane nel concettualizzare in modo appropriato le finalità della propria azione e su questa base di utilizzare indicatori per la misurazione del progresso verso gli obiettivi programmati. In sostanza, a parte alcune eccezioni, il primo problema (che caratterizza nello specifico il sottocriterio 9.1. – risultati relativi al raggiungimento degli obiettivi) consiste nel prevalente (o quasi esclusivo) utilizzo di indicatori che misurano per lo più la capacità realizzativa e non l’utilità di quanto attuato (attenzione agli *input* e agli *output* e molto meno agli *outcome* dell’attività amministrativa).

In secondo luogo, la debole tradizione di “misurazione” e cioè di costruzione di sistemi informativi in grado di produrre rilevazioni periodiche e sistematiche, fa sì che in

molti casi non siano riportate né serie storiche né specialmente comparazioni con altre amministrazioni. Inoltre, anche il confronto con gli obiettivi, è spesso assente, cosa che dimostra che i pur esistenti strumenti di programmazione sono in realtà costruiti con indicatori poco utilizzabili ai fini dell'autovalutazione.

In terzo luogo, per le amministrazioni che gestiscono un ampio pacchetto di politiche, quali ancora una volta gli enti territoriali (comuni, province, regioni), si manifesta la difficoltà di rappresentare le *performance* chiave, in quanto manca spesso a monte una pianificazione di carattere strategico che definisca i problemi della collettività considerati di carattere prioritario in relazione alle competenze dell'amministrazione in oggetto.

Tra le amministrazioni che mostrano comunque una buona consapevolezza nell'utilizzo di indicatori appropriati, vi è sicuramente il settore della scuola. In questo caso (come già per il criterio 6) è chiaro come l'utilità prodotta per l'utente diretto consista nell'acquisizione di competenze. Misurabile sia in modo diretto (attraverso una valutazione dei livelli di apprendimento degli alunni, attraverso i debiti acquisiti, attraverso il successo nel ciclo successivo) che indiretto.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del Circolo Didattico di Conselve

INDICATORI	STRUMENTO DI RILEVAZIONE	RISULTATI PER L'A.S. 2000/2001	RISULTATI PER L'A.S. 2001/2002	RISULTATI PER L'A.S. 2002/2003	RISULTATI PER L'A.S. 2003/2004	RISULTATI PER L'A.S. 2004/2005
PROCESSI E SERVIZI						
1. N. iscrizioni	Dati Segreteria	830	843	861	870	891
2. Tasso di assenteismo degli studenti in % sui gg. di scuola	gg. assenza n. alunni	1477	1359	1585	1223	1873
	(Sc. Vinci)	215	214	216	209	208
	per alunno	6,87	6,35	7,3	5,85	9
	gg. assenza % su tot. gg.	3,36%	3,11%	3,5%	2,88%	4,5%
3. Abbandono alunni	N. abb. per trasfer.	1,08%	0,83%	1,16%	1,72%	(1,9%)

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione della 4ª Direzione Didattica Statale di Padova

L'apprendimento degli alunni è monitorato attraverso prove predisposte dal Circolo in ingresso, a livello intermedio e in uscita, che riguardano tutte le classi, con confronti interni. Il Circolo ha predisposto e adotta, dal 1990, numerose prove di accertamento, sia di competenze specifiche, che di abilità trasversali: tali prove vengono sottoposte ogni anno ad un riesame per le eventuali modifiche e/o integrazioni.

La nostra scuola rileva le potenzialità degli alunni all'ingresso della scuola Primaria applicando la batteria di test fornita dall'équipe del Prof. Albero, docente della Facoltà di Psicologia della Socializzazione e dello Sviluppo dell'Università degli Studi di Padova.

Tabella di confronto degli indici di facilità rispetto ai test di accesso

Denominazione	Camp. di rif.	IV Dir.	Dav.	Del.	Mor.	Rod.	Tom.
Test Logico-Linguistico	0.75	0.72	0.75	0.73	0.70	0.70	0.76
Test Logico-Matematico	0.55	0.51	0.5	0.59	0.50	0.45	0.50
Test Matematico-Numerico	0.68	0.59	0.61	0.59	0.59	0.46	0.65
Test di Relazioni Spaziali	0.71	0.67	0.64	0.73	0.68	0.58	0.68
Test Spaziale-Percettivo	0.61	0.53	0.58	0.53	0.51	0.48	0.54

Di seguito, riportiamo la tavola riassuntiva comparativa della media dei punteggi delle prove di accertamento finali di Circolo (media di Circolo), relativa alle classi quarte, degli ultimi anni. Le prove somministrate si riferiscono alle seguenti abilità: logica, conoscenza dei numeri, lettura di un testo e comprensione, organizzazione spazio- temporale.

Anno scolastico	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Punteggi	87,6	82,9	87,7	90,1	80,7	84,5

Viene effettuato, per ciascuna tipologia di prove, anche *benchmarking* interno.

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione dell'APSS (Azienda per i Servizi Sociali di Trento)

In questi anni è stato possibile completare 2 *round* di *screening* che hanno coinvolto complessivamente circa 50.000 donne. Anche se lo *screening* trentino è stato avviato in tempi più recenti rispetto ai primi programmi italiani, i risultati ottenuti nel secondo *round* (messi pubblicamente a confronto in un convegno del 2005) sono di assoluta eccellenza e superano non solo gli *standard* accettabili nazionali e internazionali, ma anche quelli desiderabili.

Screening mammografico				
	Risultati di Trento		Standard del GISMa	
	1° round	2° round	desiderabile 1° round	desiderabile 2° round
Tasso di adesione grezzo (%)	56,3	81,7	>60,0	
Tasso di adesione corretto (%)	62,5	89,5	>75,0	
Numero di carcinomi identificati allo screening ogni 1000 donne esaminate	8,3	5,1	>6,0	>3,5
Numero carcinomi invasivi con dimensioni > 10 mm identificati allo screening ogni 1000 donn esaminate	3,6	3,1	>2,5	>3,0
Rapporto % fra numemro di cancri identificati con diagnosi di tumore duttale in situ e il numero di cancri totali diagnosticati	18	23	10-20	10-20
Carcinomi di intervallo	0,96 x 1000		≤ 3 x 1000	

Infine, anche a livello di enti locali, vi sono servizi, ed in particolare quelli a domanda individuale, che hanno consolidato i propri sistemi di misurazione delle *performance*, anche se in questi casi l'aspetto dell'analisi dell'utilità è ricondotto in genere alla capacità di risposta alla domanda presentata (un aspetto importante ma che può sottostimare la reale domanda potenziale, poiché in assenza di opportunità la domanda spesso non viene formalizzata).

L'esperienza delle amministrazioni – dal documento di partecipazione del Comune di Milano

In ogni caso si veda il seguente esempio, interessante poiché unisce l'attenzione al *trend* con la comparazione con altre amministrazioni:



Asili nido - caratteristiche comparate									
Asili Nido		TO	MI	VE	GE	BO	NA	PA	CT
Calendario annuale (esclusa apertura estiva)	Dal	01/09/03	30/09/03	08/09/03	04/09/03	07/09/03	10/09/03	08/09/03	Gennaio
	Al	30/07/04	30/06/04	30/06/04	28/06/04	30/06/04	30/06/04	30/06/04	Dicembre
Apertura estiva	Nidi	3	68	10	32	48	NA	NA	3
	Dal	02/08/04	01/07/04	01/07/04	01/07/04	01/07/04	NA	NA	01/07/04
	Al	27/08/04	28/07/04	31/07/04	29/07/04	21/07/04	NA	NA	16/04/04
Giorni settimanali	Da	Lunedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì
	A	Venerdì	Venerdì	Venerdì	Venerdì	Venerdì	Venerdì	Venerdì	Sabato
Orari giornalieri (lun/ven)	Full	7,30-17,30	9,00-16,00	7,30-16,30	7,15-18,15	8,00-17,00	8,00-16,00	7,30-15,30	7,30-17,30
	Part	7,30-13,30	8,00-13,00	NA	7,15-13,15	8,00-13,30	NA	NA	NA
Orario anticipato		NA	7,30-9,00	NA	NA	7,30-8,00	NA	NA	NA
Prolungamento orario		17,30-18,00	16,00-18,00	NA	NA	17,00-18,00	NA	15,30-17,30	NA

Il sottocriterio 9.2. (*performance* rispetto agli obiettivi di carattere finanziario) è stato, invece, generalmente ben affrontato. Qualche amministrazione ha presentato dati non solo in forma di *trend* storici, ma anche connessi ad obiettivi, evidenziando in particolare l'acquisizione di una strumentazione avanzata, come quella ad esempio della *balanced scorecard*, come nel caso dell'Azienda Ospedaliera San Martino di Genova.

Considerazioni conclusive

Dall'esame dei documenti delle 40 amministrazioni finaliste, emergono alcune criticità che vanno affrontate per il consolidamento e la diffusione della cultura dell'autovalutazione e del miglioramento continuo nelle amministrazioni pubbliche.

La prima criticità è interna al modello CAF e consiste nell'opera di progressivo miglioramento dell'apparato esplicativo, per evitare l'eccessiva variabilità nell'interpretazione del *focus* valutativo per ciò che riguarda alcuni criteri (in particolare il criterio 8 e il sottocriterio 9.1.)¹.

La seconda criticità riguarda invece le amministrazioni e nello specifico la loro capacità di costruire misure adeguate di risultato per la valutazione delle politiche pubbliche, vale a dire per misurare la capacità di migliorare le situazioni di bisogno dei

¹ Tale criticità è stata affrontata nell'ambito dell'azione di revisione del modello che si sta realizzando in sede europea.

beneficiari degli interventi. Per questo, la necessità di promuovere iniziative a riguardo è ancora rilevante, così come l'elaborazione di esempi da allegare al CAF, specifici per ogni tipo di amministrazione.

La terza criticità riguarda ancora le amministrazioni ed in particolare la capacità di collegare gli esiti della misurazione delle *performance* con le esigenze di miglioramento: si tratta qui di nuovo di sviluppare interventi aventi come oggetto specifico l'elaborazione di appropriati piani di miglioramento, così da rendere finalizzati gli esercizi di autovalutazione (e quindi non solo orientati ad eventi quali i Premi nazionali, internazionali, ecc.).

Nel complesso, tuttavia, è possibile riconoscere nelle autovalutazioni analizzate un percorso che si va via arricchendo in esperienza e contenuti.

Alcune metodiche appaiono in fase di consolidamento; le iniziative nazionali ed internazionali stanno favorendo la costruzione di una comunità di esperti all'interno delle amministrazioni in grado di sollecitare l'attenzione anche dei vertici politico-amministrativi.

Come detto, si tratta di proseguire nella messa a punto di modelli e tecniche specifici per le singole tipologie di amministrazioni, in modo tale da permettere di trarre il massimo valore da queste iniziative che esigono un impegno di risorse organizzative non banale per poter essere utili in modo significativo, e inoltre, in modo da favorire anche dal basso lo sviluppo di interazioni tra le varie amministrazioni.

Infine, anche la comunità degli esperti che lavora nell'ambito degli approcci di TQM necessita di trarre vantaggio dalla crescita della consapevolezza e delle esperienze del settore pubblico, per apprezzarne le peculiarità e affrontare gli aspetti ancora poco sviluppati delle varie metodologie.

Un lavoro ancora ampio cui l'esperienza di "Percorsi di Qualità" e del Premio Qualità PPAA conta di aver fornito un contributo significativo.



LE SCHEDE
DELLE 16
AMMINISTRAZIONI
VINCITRICI

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 “MIGLIORE AMMINISTRAZIONE”

L'AMMINISTRAZIONE: Circolo Didattico di Conselve (PD)
RESPONSABILE: dott.ssa Caterina PASQUALIN (Dirigente Scolastico)
REFERENTE: dott. Roberto CHIARETTO (Collaboratore del Dirigente Scolastico)
tel: 0495384153; e-mail: pdeeo2800@istruzione.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

Presente nel territorio sin dagli anni '20, dal settembre 1999, in seguito alla razionalizzazione della rete scolastica, il Circolo si è ritrovato costituito dalla scuola dell'infanzia e dalla scuola primaria distribuita sul territorio di quattro diversi Comuni.

Il territorio del Circolo, nelle immediate vicinanze della zona industriale padovana, è caratterizzato da insediamenti artigianali e da un forte insediamento abitativo anche nelle zone rurali. La popolazione scolastica è costituita da 907 studenti.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il Circolo comprende:

- 2 plessi di Scuola dell'Infanzia, la più numerosa della Provincia;
- 5 plessi di Scuola Primaria, siti nei Comuni di Conselve, Cartura, Terrassa, Arre.

Il personale è costituito da 123 unità di cui 94 docenti e 29 personale ATA (Assistenti Tecnico-Amministrativi).

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Nel marzo 2003 il Circolo ha ottenuto la Certificazione di Qualità secondo le norme UNI EN ISO 9001:2000 che tuttora mantiene. Ha inoltre ricevuto nel 2004 il Premio Qualità Scuole Veneto (prima edizione) e nel 2005 il Premio Qualità Italia per la Scuola.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

Il Circolo Didattico di Conselve presenta una *leadership* diffusa, che ha individuato nel motto “star bene nella nostra scuola attenta ai bisogni, tesa al miglioramento continuo e ad una organizzazione sempre più efficace, indirizzata alle nuove tecnologie e aperta alle collaborazioni” la sua *mission* e *vision*, distinguendosi per il modo in cui gestisce e migliora i propri processi, con l'obiettivo di innovare e sostenere le proprie politiche e strategie.

Il Dirigente Scolastico e lo *staff* hanno definito insieme la politica per la qualità della scuola, che contiene la *vision*, la *mission* e gli indirizzi strategici, e ne hanno diffuso la conoscenza a tutte le parti interessate. Tale politica viene inoltre riesaminata annualmente. La dirigenza sviluppa e facilita il raggiungimento delle proprie politiche mediante un metodo strutturato attraverso cui viene garantita la massima coerenza tra gli obiettivi strategici, i progetti e le iniziative di miglioramento. L'Istituto sviluppa e implementa la gestione dell'organizzazione attraverso un esteso sistema di suddivisione delle responsabilità ed un'ampia applicazione del concetto di delega a tutti i livelli della struttura centrale e dei vari plessi.

L'Istituto ha inoltre definito i suoi processi chiave e di supporto, descrivendoli e mappandoli. I processi sono correlati agli obiettivi strategici, sono presidiati da



responsabili (*process owner*) e vengono riesaminati sistematicamente. Essi sono, inoltre, integrati completamente nel Sistema Qualità. Lo sviluppo dei servizi e dei prodotti, nonché la loro definizione, avviene anche attraverso il coinvolgimento dei clienti/cittadini, nello specifico studenti e famiglie, mediante varie forme di relazione (assemblee, consigli, colloqui individuali) e per mezzo di sistemati-

che indagini di soddisfazione (questionari genitori, docenti e personale ATA). Infine, la scuola stimola le capacità innovative e creative del personale, dei clienti e dei *partner* diffondendo le molteplici possibilità di crescita culturale e professionale attraverso corsi di formazione, partecipazione a progetti in rete o a livello nazionale, partecipazione a progetti di ricerca-azione.

MENZIONE SPECIALE CONFINDUSTRIA “AMMINISTRAZIONE DI QUALITÀ PER I SERVIZI ALLE IMPRESE”

L'AMMINISTRAZIONE: CCIAA di Treviso (TV)
RESPONSABILE: dott. Renato CHAHINIAN (Direttore Generale)
REFERENTE: dott. Antonio BIASI (Resp.le Sportello Sociale d'Impresa)
tel: 0422595221; e-mail:antonio.biasi@tv.camcom.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

La CCIAA di Treviso è un ente autonomo di diritto pubblico che svolge, nella provincia di competenza, funzioni di interesse generale per il sistema delle imprese, curandone lo sviluppo nell'ambito dell'economia locale.

La Camera, oltre ad assolvere importanti funzioni di carattere amministrativo (tra le quali spicca la tenuta del Registro delle Imprese, vera e propria anagrafe informativa su base nazionale), persegue in particolare i seguenti obiettivi di eccellenza: servizi reali alle imprese ed ai settori produttivi; agevolazioni finanziarie, per abbattere i costi alle imprese che attuano investimenti rivelanti per lo sviluppo; potenziamento delle infrastrutture economiche; attività di studio e di *marketing* territoriale; iniziative di misurazione dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi; esperienze di *auditing*, programmazione e controllo di gestione; completa certificazione della qualità ai sensi della Norma UNI EN ISO 9001: 2000.

L'Ente si colloca in un contesto economico provinciale che conta 93.071 imprese e una popolazione di circa 805.000 abitanti (per una media di 1 azienda ogni 8 abitanti) e in cui i flussi commerciali da e per l'estero rappresentano il 68% del PIL provinciale.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Ente Camerale impiega 131 dipendenti a tempo indeterminato e 43 a tempo determinato e con altre forme contrattua-

li. Oltre alla sede di Treviso, la Camera ha 3 uffici di rappresentanza sul territorio. Per espletare sempre meglio tutte le funzioni da assolvere, l'Ente si avvale di alcune strutture ad essa collegate, quali l'Azienda Speciale per l'Innovazione Tecnologica "Treviso Tecnologia", la Società consortile "Tecnologia & Design", Treviso Glocal, l'A.L.P.A.E.S., il Consorzio di Promozione Turistica Marca Treviso, l'Associazione Curia *Mercatorum*, l'Osservatorio Internazionale sulla moda e sui consumi per la calzatura sportiva. Annovera inoltre tra i propri servizi quelli forniti dal CERT e dal laboratorio di analisi chimicomerceologiche.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

La Camera è certificata ISO 9001:2000 dal 2004. A partire dal 2003 la Camera di Commercio ha avviato la prima autovalutazione con il modello EFQM e le prime attività finalizzate all'introduzione di un sistema di *Total Quality Management*.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

La CCIAA di Treviso ha individuato la sua *mission* e *vision* nello "sviluppo delle imprese della Provincia di Treviso, nell'ambito del progresso socio - economico locale".

La Camera si distingue per l'approccio alla definizione di politiche e strategie individuate attraverso una definizione degli *stakeholders*, una consistente base



di informazioni e dati sull'economia del territorio (da utilizzare come *input*), e il coinvolgimento di diversi attori presenti sul territorio, coinvolti nella definizione qualitativa di alcuni obiettivi generali assegnati all'Ente.

La Camera ha identificato i principali *stakeholder*, di cui ha rilevato i rispettivi bisogni ed aspettative (attraverso un'indagine di *people satisfaction* nel 2004), e ha promosso attività di studi economico-statistici (attraverso rilevazioni e censimenti ISTAT, archivio del Registro Imprese, analisi congiunturale sullo stato dell'economia provinciale). L'Ente ha partecipato alla elaborazione del Piano Strategico per la provincia di Treviso 2006-2010 (strumento di programmazio-

ne concertata), insieme alle altre amministrazioni pubbliche locali ed alle associazioni di categoria, per definire le proprie aree di intervento nel medio periodo. Inoltre, effettua un riesame annuale del Piano Strategico Pluriennale (in sede di redazione del bilancio di previsione) per garantire coerenza tra le proprie linee strategiche e le attività da realizzare. Il piano quinquennale è rivisto periodicamente, attraverso una procedura del sistema di gestione per la qualità, per verificare la congruenza delle iniziative e perchè la Camera analizzi sistematicamente punti di forza e di debolezza interni tramite l'autovalutazione condotta con modelli TQM (EFQM nel 2003 e CAF nel 2005).

MENZIONE SPECIALE CNCU “AMMINISTRAZIONE DI QUALITÀ PER I SERVIZI AI CITTADINI”

L'AMMINISTRAZIONE: Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino (GE)
RESPONSABILE: dott.ssa Rita ROSSO (Direttore U.O. Qualità, Accreditemento e URP)
REFERENTE: dott.ssa Francesca SAVAGLIA (Resp.le Ufficio Qualità)
tel: 0105555056; e-mail: francesca.savaglia@hsanmartino.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'attuale Azienda Ospedaliera Universitaria “San Martino” di Genova ha alle spalle più di cinque secoli di storia. L'Ospedale di Pamatone, da cui ha origine, fu fondato nel 1423 da Bartolomeo Bosco come ospedale delle donne e successivamente ampliato grazie ai lasciti ed alle donazioni dei benefattori. Attualmente, l'Azienda Ospedaliera Universitaria “San Martino” costituisce la struttura di riferimento della funzione ospedaliera regionale per le attività di maggiore complessità e deve garantire funzioni di assistenza di 2° livello e di *trauma center* per l'area metropolitana genovese e per l'intero territorio regionale. Il ruolo di primaria importanza nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale ad alta specialità prestazionale e tecnologica, la caratterizza come polo di riferimento regionale anche in riferimento allo sviluppo di attività di consulenza specialistica da rivolgere in tempo reale alle strutture ospedaliere regionali inserite nel circuito dell'emergenza ed alle unità mobili di pronto intervento.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda è costituita da 12 Dipartimenti Sanitari e da un Dipartimento Amministrativo ed è governata da un Direttore Generale, un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo. Il personale è costituito da 4.547 dipendenti di cui 664 medici, 19 guardie mediche, 69 dirigenti, 3.418 dipendenti del comparto sanità.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Attualmente sono certificate ISO 9001:2000 20 Unità Operative e si sta già progettando una certificazione dell'intera azienda sul modello *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Ospedaliera presenta una diffusa *leadership* supportata attraverso un processo capillare di analisi dei risultati raggiunti e di pianificazione delle attività e dell'organizzazione a fronte di tali risultati. Tale processo di pianificazione non tiene conto solo degli aspetti relativi ai consumi di risorse ed ai volumi di attività, ma prende anche in considerazione gli aspetti di efficacia clinica, di soddisfazione degli utenti e dei cittadini e di miglioramento organizzativo. In particolare vi è evidenza dell'adozione di una metodologia di diffusione capillare dei concetti del miglioramento della qualità in tutta l'amministrazione, supportata da una rete di *feedback* costruttivi tra le diverse sotto-strutture e tra le strutture e gli operatori.

La Direzione Aziendale ha definito missione, visione, valori e obiettivi, condividendoli con le principali parti interessate mediante la presentazione di politiche e strategie ai rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela del malato. Inoltre, il piano della qualità recepisce i suggerimenti e i bisogni durante le riu-



nioni tra i Responsabili Assicurazione della Qualità delle strutture e l'Ufficio Qualità, Accredитamento e URP.

Per supportare tale processo di pianificazione l'Azienda, attraverso l'Ufficio Qualità, Accredитamento e URP, ha attivato processi strutturati per rilevare esigenze e soddisfazione delle principali parti interessate, sia esterne all'Azienda (tramite questionari predisposti e somministrati ai pazienti nell'ambito di un progetto aziendale di miglioramento ispirato all'implementazione del ciclo PDCA e tramite un processo di gestione di reclami, suggerimenti e lodi) che interne (attraverso alcune iniziative già consolidate di valutazione, da parte del personale, di alcuni processi interni che li riguardano e attraverso un processo di analisi del benessere organizzativo, che consentirà anche il confronto con altre organizzazioni italiane).

Il sistema di gestione dell'organizzazione garantisce autonomia e responsabilità dei dirigenti di ciascun Dipartimento che ricevono, di anno in anno, indicazioni, da parte della massima dirigenza, relativamente alle principali strategie da attuare e all'assegnazione di risorse, concordando assieme, attraverso il processo di *budgeting*, gli obiettivi per ogni articolazione aziendale.

Particolare attenzione è dedicata all'analisi, rivisitazione e ottimizzazione di tutti

i processi, sia dal punto di vista organizzativo che clinico. L'organizzazione sta infatti seguendo un percorso che integra i diversi approcci alla qualità dei processi e dei servizi (accredитamento istituzionale, accredитamento all'eccellenza e certificazione a fronte della normativa ISO, adozione di linee guida diagnostiche e terapeutiche, processi di gestione del rischio clinico) in un sistema di gestione per la qualità aziendale. Tale percorso ha interessato in prima istanza i processi trasversali, permettendo di avere un effetto immediato su tutte le Unità Operative dell'Azienda, individuando ed ottimizzando percorsi e processi propri di tutta l'organizzazione, e attivando sistemi di monitoraggio misurabili ed in continuo miglioramento e coinvolgendo tutto il personale nella definizione dei compiti e delle responsabilità e, in generale, nei processi di crescita dell'organizzazione.

L'Azienda dimostra un costante impegno nella rilevazione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza, sia indirettamente, attraverso l'analisi della domanda sanitaria stratificata secondo la provenienza degli utenti, che direttamente, attraverso l'ascolto dei singoli utenti tramite appositi questionari e attraverso l'ascolto delle esigenze presentate periodicamente in sede di Comitato Misto Consultivo dalle Associazioni di Volontariato e di Tutela del malato.

L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO HA VINTO ANCHE IL PREMIO QUALITÀ PPAA 2006 PER LA CATEGORIA "AZIENDE SANITARIE, AZIENDE OSPEDALIERE ED ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE CHE OPERANO NEL CAMPO SANITARIO".

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “AMMINISTRAZIONI CENTRALI E PERIFERICHE DELLO STATO”

L'AMMINISTRAZIONE: Agenzia delle Dogane
RESPONSABILE: dott. Mario Andrea GUAIANA (Direttore dell'Agenzia)
REFERENTE: dott.ssa Mirella LEVATO (Direttore Ufficio Pianificazione Strategica)
tel: 0650246076; e-mail: dogane.pianificazionestrategica@agenzia dogane.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'istituzione dell'Agenzia delle Dogane è avvenuta nel 2001, in attuazione del Decreto Legislativo n. 300/1999. L'Agenzia, operando in stretto collegamento con gli organi della Unione Europea, nel quadro dei processi di armonizzazione e sviluppo, svolge i servizi precedentemente attribuiti al Dipartimento delle Dogane e delle Imposte Indirette, relativi all'amministrazione dei diritti doganali e della fiscalità interna negli scambi internazionali nonché delle accise sulla produzione e sui consumi.

Più specificamente le attività dell'Agenzia, volte a soddisfare gli interessi dei propri clienti/utenti (Unione Europea, Stato, Operatori, Altri Enti e P.P.A.A., Cittadini), sono: la gestione dei tributi per conto dell'erario nazionale e comunitario (IVA all'importazione, dazi ed altri tributi doganali, accise); i controlli, sia in materia tributaria che extra-tributaria, per prevenire e contrastare le frodi nonché l'illecita circolazione delle merci; l'erogazione di servizi tributari ad altre P.P.A.A. ed Enti; l'offerta di servizi non istituzionali sul libero mercato quali, ad esempio, le analisi chimiche ed i servizi tecnici di consulenza.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Agenzia prevede tre livelli: centrale, con sede a Roma, regionale e territoriale. Il livello centrale definisce strategie e metodi, attraverso strutture di *line*, di indirizzo,

coordinamento e supporto per gli uffici operativi e attraverso strutture di *staff*, per la pianificazione, il controllo ed il monitoraggio delle risorse e delle attività. Il livello regionale coordina le strutture territoriali. Le Direzioni Regionali delle dogane (in numero di 14, con competenza anche interregionale) costituiscono lo snodo tra le strategie e gli indirizzi definiti a livello centrale e l'operatività affidata agli uffici locali.

Il livello territoriale rappresenta il settore operativo per l'erogazione dei servizi.

Al fine di realizzare, in linea con le esigenze degli utenti, strategie unitarie di intervento nei servizi *core business* e migliorare l'efficienza della gestione interna, l'Agenzia ha avviato un processo di riorganizzazione delle strutture territoriali che prevede l'integrazione delle competenze nell'ambito di un'unica struttura multifunzionale: gli Uffici delle Dogane. Il numero, la dimensione e la competenza territoriale variano in funzione degli uffici.

L'Agenzia gestisce annualmente circa 14 milioni di dichiarazioni doganali e 520.000 dichiarazioni di accise, con un introito di 40 miliardi di euro. La platea di riferimento è costituita da imprese, doganalisti e cittadini. Sono circa 350.000 gli utenti abituali che effettuano ogni anno operazioni per un ammontare superiore ai 50.000 Euro.

Per lo svolgimento delle proprie attività, l'Agenzia dispone di 9.802 dipendenti.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

L'Agenzia ha vinto l'*Europe Awards* 2005 per il sistema *Falstaff (Fully Automated Logical System to avoid Forgeries and Frauds)*.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Agenzia ha riorganizzato i propri processi, strutturandoli e focalizzandoli attraverso direttive strategiche e obiettivi centrati su: l'orientamento ad un concreto soddisfacimento dei propri utenti; il controllo di obiettivi pianificati; l'efficienza delle proprie risorse; l'innovazione tecnologica in linea con quello che è la sua missione (gestione dei tributi, controlli in materia tributaria ed extratributaria, erogazione di servizi tributari ed offerta di servizi sul libero mercato) e visione (contribuire al rilancio della competitività del sistema paese).

La trasformazione istituzionale compiuta è stata vissuta come momento per rivedere la cultura, i valori e le strategie e, quindi, come occasione per creare un'organizzazione orientata a criteri di qualità, efficacia ed efficienza. È stato ridefinito un nuovo assetto organizzativo garantendo i servizi precedentemente resi e migliorandoli attraverso una struttura (organizzata per funzioni) maggiormente efficiente e incisiva.

L'Agenzia ha reso evidente come la cre-

scita professionale e la valorizzazione del suo personale, l'orientamento al cliente, il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni, la condivisione della *leadership*, l'evoluzione tecnologica, siano valori a cui ispirare il percorso di miglioramento.

L'Agenzia definisce le proprie strategie nel "Piano Strategico Triennale", in cui sono descritti gli scenari macro-economici di riferimento, gli obiettivi generali e gli indicatori di riferimento, le politiche e i piani settoriali, il *budget* e il piano degli investimenti.

È stato predisposto un piano di assegnazione degli obiettivi annuali concordandoli preventivamente con i direttori delle strutture di vertice dell'Agenzia. I risultati sono monitorati e misurati attraverso sistemi automatizzati di controllo per adottare eventuali misure correttive in itinere.

Di notevole importanza sono le partecipazioni dell'Agenzia ad attività strutturate svolte in collaborazione con Organismi Internazionali e con Amministrazioni Nazionali per la ricerca di un miglioramento del proprio modello di gestione a beneficio dei propri *stakeholder*.

Il processo di pianificazione strategica è riesaminato annualmente e con valenza triennale definendo le modalità operative volte al raggiungimento degli obiettivi e al soddisfacimento degli *stakeholder*.

PREMIO QUALITÀ PPAА 2006 PER LA CATEGORIA “AMMINISTRAZIONI CENTRALI E PERIFERICHE DELLO STATO”

L'AMMINISTRAZIONE: Centro Servizi Amministrativi di Belluno (BL)
RESPONSABILE: dott. Domenico MARTINO (Dirigente)
REFERENTE: dott.ssa Daniela DEL PIZZOL (Resp.le Ufficio Comunicazione)
tel: 043726941; e-mail: ddelpizzol@istruzioneebelluno.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

Il Centro Servizi Amministrativi (CSA) è una articolazione territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale (U.S.R.), struttura del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.).

Il CSA rappresenta un'articolazione organizzativa sul territorio sofisticata e capillare preposta, oltre che ad attività di tipo amministrativo, quali l'assistenza agli istituti scolastici autonomi per le procedure amministrative e amministrativo-contabili e la gestione delle graduatorie e formulazione di proposte al Direttore Generale, anche a funzioni di supporto e sviluppo di reti di scuole, di supporto agli istituti scolastici per la progettazione e innovazione dell'offerta formativa e di integrazione con gli altri attori locali.

Il CSA inoltre cura le incombenze delegate dal Direttore Regionale (DR) per realizzare la migliore funzionalità ed efficienza nell'erogazione dei servizi ed attende ad una serie di compiti e attività, anche di carattere informale, finalizzati alla costituzione, in ambito locale, di interlocuzioni, collaborazioni e raccordi con enti, soggetti, organismi a vario titolo interessati coinvolti nel settore dell'istruzione e della formazione.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il nuovo Regolamento impone un'organizzazione diversa da quella per fasce orizzontali di istruzione e per servizi verticalizzati vigente nell'ex Provveditorato agli Studi. Il CSA è pertanto organizzato

in una Dirigenza e sei aree (Gestione Qualità, Gestione Risorse Umane, Gestione Comunicazione, Gestione Amministrativa, Gestione Finanziaria, Gestione Interventi Educativi).

Il personale è costituito da 46 unità di cui 1 dirigente, 2 direttori amministrativi, 5 funzionari, 8 collaboratori amministrativi, 5 operatori amministrativi, 3 coadiutori, 1 assistente amministrativo, 6 collaboratori scolastici, 15 docenti.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Il CSA non ha ricevuto nessun riconoscimento o premio precedente.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE

Le innovazioni normative degli ultimi anni hanno rappresentato, per l'organizzazione del CSA, l'occasione per un ripensamento globale che ha condotto ad una diversa articolazione interna, più coerente e funzionale ai nuovi compiti richiesti. I cambiamenti avvenuti nel tempo sono stati uno spunto per il vertice per innovare la mentalità della struttura, focalizzando l'attenzione sui risultati operativi e sui portatori di interesse, abbandonando i comportamenti fortemente burocratici e gerarchici di adempimento e abbracciando una cultura dei servizi.

Il Dirigente si è impegnato in prima persona e con il supporto del suo *staff* a rivedere la cultura e i ruoli all'interno dell'organizzazione, anche a fronte di una



sensibile carenza di organico, e ad adottare un'organizzazione del lavoro per processi. Sono state definite la *vision* e la *mission* ed i nuovi principi sono costantemente pubblicizzati a tutto il personale. Il cambiamento più significativo è stato focalizzare l'attenzione di tutta l'organizzazione sul servizio, mediante forti investimenti in tecnologie *hardware* e *software* che hanno consentito di aumentare in modo evidente il livello di qualità del servizio in molte aree, consentendo una contemporanea riduzione dei costi di funzionamento dell'intera struttura, e di razionalizzare e ottimizzare i tempi e i modi di lavoro del personale delle varie aree. Ulteriori miglioramenti del servizio sono avvenuti anche grazie all'apertura dello sportello URP e ad altre operazioni

di trasparenza verso i portatori di interesse con i quali il CSA ha instaurato importanti rapporti di collaborazione, che si concretizzano in progetti di varia natura, pianificati su specifiche questioni di interesse comune, valutati e rendicontati periodicamente. La partecipazione ai laboratori sul CAF realizzati dal Formez e dal Dipartimento della Funzione Pubblica è stata un'ulteriore opportunità di miglioramento, che ha permesso di acquisire strumenti operativi per il controllo dei processi e l'analisi dei risultati. I risultati positivi ottenuti nella *performance* dell'organizzazione, così come percepiti dai clienti e dal personale, sono il riconoscimento degli sforzi compiuti dall'organizzazione negli ultimi anni.

PREMIO QUALITÀ PPAÀ 2006 PER LA CATEGORIA “AZIENDE SANITARIE, AZIENDE OSPEDALIERE ED ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE CHE OPERANO NEL CAMPO SANITARIO”

L'AMMINISTRAZIONE: Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (TN)
RESPONSABILE: dott. Carlo FAVARETTI (Direttore Generale)
REFERENTE: dott. Paolo DE PIERI (Dirigente medico – Unità per la Qualità)
tel: 0461904162; e-mail: paolo.depieri@apss.tn.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) nasce nel 1995 quale ente strumentale della Provincia Autonoma di Trento (PAT) a seguito della fusione delle 11 Unità Sanitarie Locali esistenti in precedenza. L'APSS è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa e contabile. L'APSS è una delle più grandi aziende sanitarie italiane e serve quasi mezzo milione di abitanti, a cui vanno aggiunti i turisti che determinano quasi 30 milioni di giornate di presenze annue.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Amministrazione è organizzata in una Direzione Generale, 7 Direzioni Centrali, 2 Ospedali, 13 Distretti Sanitari. Il personale è costituito da 7.400 dipendenti che hanno una relazione lavorativa con l'APSS diversificata sulla base di quanto previsto dai 3 contratti collettivi provinciali di lavoro di riferimento: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa; personale non dirigenziale del comparto sanità. A questo personale dipendente va aggiunto anche il particolare rapporto di collaborazione che lega l'APSS con altri 734 professionisti tramite apposite convenzioni provinciali: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici impegnati a garantire la continuità assistenziale e la medicina turistica, gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Nel 2004 l'Ente è risultato finalista del Premio Speciale EFQM *Local and Regional Government Prize* sponsorizzato da *partner* EFQM (Cisco, CAP-Gemini).

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

La Direzione dell'APSS di Trento gestisce con strumenti innovativi, improntati all'attenzione all'utenza, una tra le più grandi aziende sanitarie italiane e promuove attività strutturate tese a concretizzare la sua *vision*: "...l'APSS è una rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi che soddisfa le parti interessate al più alto livello possibile..." e la sua *mission*: "...l'azienda provinciale per i servizi sanitari, quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia Autonoma di Trento, gestisce in modo coordinato i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l'intero territorio provinciale secondo quanto previsto dalla legge, dal Piano Sanitario Provinciale e dalle direttive della Giunta Provinciale...".

L'organizzazione persegue le proprie strategie con il supporto di adeguate politiche, obiettivi e processi che sono orientati da una *leadership* diffusa, che opera nello sviluppo e nell'attuazione di un adeguato sistema di gestione dell'organizzazione e presenta dei risultati significativi in termini di *performance* chiave.

L'Amministrazione si è dotata di un sistema di controllo di gestione molto articolato e a responsabilità diffusa, caratteriz-



zato da attività sistematiche per la raccolta di informazioni sui portatori d'interesse, sui loro bisogni e aspettative attraverso indagini condotte, sino dal 2000, con diverse metodologie che si sono evolute e migliorate nel tempo. Si avvale dell'utilizzo del *project management* per la pianificazione annuale, attraverso cui ha strutturato il processo di pianificazione operativa che coinvolge almeno 400 persone ogni anno, pari a circa il 5% del personale.

Il programma annuale delle attività (*budget*) viene impostato annualmente, rivisto dalla Direzione Aziendale ogni sei mesi, valutato dal Nucleo di Valutazione ogni tre mesi, rendicontato alle strutture mensilmente e monitorato in tempo reale dal sistema di controllo di gestione. Le atti-

ività di *budgeting* sono state oggetto di un progetto specifico di miglioramento, presentato con successo ad AICQ/EFQM per l'ottenimento del livello 1 di eccellenza. Esiste la disponibilità di strumenti diversificati di *budget* (documenti di bilancio, piani settoriali di *budget*, portafoglio progetti) che sono tra loro integrati.

L'APSS si distingue per la spesa lorda *pro-capite* e per l'uso dei farmaci *pro-capite*, denotando così un valido sistema assistenziale sanitario e sociale.

L'organizzazione inoltre presenta dei buoni indicatori sia per il bilancio, che è sempre stato in pareggio, che per la puntualità dei pagamenti e per il costo dell'assistenza ospedaliera particolarmente contenuto.

PREMIO QUALITÀ PPAÀ 2006 PER LA CATEGORIA “AZIENDE SANITARIE, AZIENDE OSPEDALIERE ED ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE CHE OPERANO NEL CAMPO SANITARIO”

L'AMMINISTRAZIONE: Azienda Sanitaria Locale 1 Umbria (PG)

RESPONSABILE: dott. Vincenzo PANELLA (Direttore Generale)

REFERENTE: dott.ssa Francesca GORI (Resp.le Qualità, Sicurezza e Gestione Rischio Clinico)

tel: 0758509594; e-mail: francesca.gori@asl1.umbria.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'Azienda Sanitaria Locale 1 Umbria è stata costituita nel febbraio 1995 con Legge Regionale n. 1 del 04/01/95 di riordino del Servizio Sanitario e comprende tutto il territorio della disciolta ULSS “Alto Tevere Umbro” e parte della disciolta ULSS “Alto Chiascio”.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'attuale organizzazione aziendale prevede un'articolazione in cinque strutture gestionali definite macro strutture: il Distretto Alto Tevere; il Distretto Alto Chiascio; il Presidio Ospedaliero di Città di Castello-Umbertide; il Presidio Ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino; il Dipartimento di Prevenzione.

I Distretti costituiscono la struttura organizzativa e gestionale di tutti i servizi territoriali di assistenza e sono la struttura di negoziazione per le attività specialistiche ambulatoriali di secondo livello erogate dai presidi ospedalieri.

I presidi ospedalieri sono organizzati in strutture dipartimentali di tipo gestionale, distinti per presidio (dipartimenti medici e chirurgici) o a valenza aziendale (dipartimenti di emergenza, di diagnostica per immagini, e di diagnostica di laboratorio).

Il personale dipendente dell'ASL 1 al 31/12/2004 era composto da 1.382 unità. Al personale dipendente va aggiunto il personale medico convenzionato per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta, per il servizio di continuità

assistenziale, per la medicina dei servizi e per la specialistica ambulatoriale.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

I processi chiave dell'ASL sono stati certificati ISO 9001 nel 2005.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'ASL 1 Umbria ha scelto di considerare la qualità come criterio generale per l'insieme della gestione aziendale e come filosofia attiva di tutto il suo lavoro, orientato alla promozione della salute, in coerenza con la sua *mission* (la tutela della salute, sia individuale che collettiva nel proprio ambito territoriale) e la sua *vision* (qualificare l'offerta di azioni di carattere preventivo e clinico assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta; sviluppare il sistema della continuità clinico-assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura; razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili).

La Direzione, per concretizzare un'efficace gestione ed una chiara definizione dell'organizzazione nel suo complesso, ha definito e reso note le responsabilità, le autorità e le reciproche interrelazioni tra i differenti ruoli interni attraverso l'Atto



Aziendale ed il collegato Piano di Organizzazione Aziendale.

L'assegnazione di incarichi di responsabilità è basata sulla valorizzazione delle competenze e della professionalità, passando anche attraverso la valutazione dei programmi e delle proposte dei candidati alle posizioni più elevate.

L'ascolto di alcuni livelli dell'organizzazione (i responsabili dei servizi di *staff*, i responsabili di linea operativa ed i responsabili delle aree amministrative), per analizzare l'andamento dei processi, viene realizzato attraverso la disponibilità della Direzione a condividere con il personale giornate di studio, *workshop* e incontri fuori sede.

L'attività del Nucleo di Valutazione è oggetto di un'azione di miglioramento strategico con l'obiettivo di aumentarne l'efficacia oltre quanto richiesto in proposito dalla legislazione vigente ed in linea con il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie.

Per realizzare i suoi servizi ed i suoi prodotti al cittadino, l'Azienda ha stretto numerosi rapporti di *partnership* con diversi soggetti ed evidenzia una collabo-

razione attiva per lo sviluppo di progetti specifici e/o patologie, come per le patologie oncologiche, diabetiche, ecc. Si è riscontrata una particolare attenzione, da parte della Direzione, alla comunità locale con un impegno nello sviluppare e mantenere attive relazioni sia con il livello politico sia con le associazioni.

L'Azienda ha intrapreso numerose attività volte all'analisi delle esigenze dei clienti e tese alla soddisfazione del cittadino e delle parti interessate, quali ad esempio: indagini di *customer satisfaction*; gestione dei reclami; partecipazione al programma nazionale di "Audit Civico" in collaborazione con "Cittadinanza-Attiva" e con il Tribunale dei Diritti del Malato.

È stato redatto, per la prima volta relativamente al 2004, il Bilancio Sociale quale strumento di comunicazione e trasparenza tra l'ASL e cittadini ed istituzioni. L'ASL 1 Umbria risulta essere tra le prime Aziende Sanitarie Locali ad aver predisposto tale documento, che è stato segnalato sulla stampa, anche a livello nazionale (Il Sole 24 ORE).

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “ISTITUZIONI SCOLASTICHE”

L'AMMINISTRAZIONE: IV Direzione Didattica di Padova (PD)
RESPONSABILE: dott.ssa Nicoletta CIPOLLI (Dirigente Scolastico)
REFERENTE: prof.ssa Marina CASARIN (Docente)
tel: 049617932; e-mail:4dirdippd@tin.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

La Direzione Didattica è nata nel 1984, a seguito di una razionalizzazione delle scuole del territorio comunale di Padova. Le scuole da cui è costituita operano nella periferia est e nord di Padova, corrispondente ad un territorio ad alto rischio di devianza, con numerosi casi di disagio socio-culturale. Il territorio è altresì interessato da fenomeni di migrazione: si contano infatti 144 bambini stranieri. La popolazione scolastica è costituita da 840 studenti di cui 29 diversamente abili, 144 stranieri e 12 nomadi.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione comprende 5 plessi scolastici, oltre l'edificio principale:

- Scuola primaria “G. Rodari”
- Scuola primaria “E. Morante”
- Scuola primaria “C. Davila”
- Scuola primaria “N. Tommaseo”
- Scuola primaria “G. Deledda”

Il personale è costituito da 132 unità di cui 105 insegnanti e 27 ATA (Assistenti Tecnico Amministrativi).

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Nel 2003 la Direzione ha vinto il “Premio Qualità Scuola Veneto” a livello provinciale.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

La IV Direzione Didattica di Padova si distingue per una specifica attenzione, da un lato, agli aspetti legati all'organizza-

zione e all'efficienza, che costituiscono un punto forte della sua risposta alle attese dei clienti e del territorio, e dall'altro, agli aspetti inerenti il benessere di allievi e personale, in linea con *mission* e *vision* individuate dall'Ente, ovvero “star bene a scuola insieme”.

La crescita dell'Ente in autonomia decisionale nonché una sempre maggiore assunzione di responsabilità di tutto il personale, e in particolare delle figure di riferimento più significative, rappresentano il maggiore risultato raggiunto dalla *leadership*. Infatti, nel corso del tempo, la *leadership* ha lavorato per la creazione di un clima di lavoro impegnato e condiviso e ha propiziato lo sviluppo e l'implementazione di un solido sistema di gestione dell'organizzazione, favorendo la comunicazione interna e incoraggiando la responsabilizzazione del personale. In un'ottica di miglioramento continuo dell'organizzazione, viene inoltre utilizzato dalla scuola uno specifico strumento di autodiagnosi dei *leader*, denominato “capo a punto” consistente in un'autovalutazione della propria *leadership* e, più specificamente, in una valutazione della *leadership* del capo, attuata attraverso un questionario basato su indicatori di efficacia ed efficienza. Lo stesso sistema di gestione dell'organizzazione dei *leader* è utilizzato per vari ed importanti processi, ben integrati fra loro, e nello specifico: il sistema degli incarichi; il sistema di governo dei processi; il processo di sviluppo, diffusione ed aggiornamento delle



politiche; il sistema di misurazione (che include sia il progetto di miglioramento che il processo di autovalutazione); il piano annuale della comunicazione (PAC).

Il forte legame che il personale mostra di avere con l'organizzazione è indicativo di una comunanza di intenti e di progetti. L'organigramma della scuola è definito in base a criteri oggettivi di reclutamento e assegnazione di funzioni manageriali. L'approccio adottato è razionale, ampio e sistematico e comprende le seguenti fasi principali: il reperimento di organici adeguati alle esigenze della scuola, il piano d'impiego, la verifica dei bisogni, delle aspettative e della soddisfazione del personale (utilizzando vari metodi di indagi-

ne), l'istituzione della figura dello *sponsor* di criterio e la revisione periodica degli incarichi.

La capacità di *leadership* viene sviluppata in tutto il personale facendo attenzione a che gli incarichi siano distribuiti il più ampiamente possibile, e che le competenze necessarie siano definite e conosciute. Già dal 2003 sono stati identificati, raccolti (tramite questionario), classificati e conservati, dati relativi a formazione, conoscenze e competenze del personale in servizio. Questi dati vengono periodicamente implementati. Al fine poi di migliorare le competenze professionali del personale la scuola realizza progetti di formazione interna ed esterna verificandone l'efficacia periodicamente.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA ISTITUZIONI SCOLASTICHE

L'AMMINISTRAZIONE: Istituto Statale di Istruzione Superiore "V. Gambara" (BS)

RESPONSABILE: dott. Graziano MELZANI (Dirigente Scolastico)

REFERENTE: dott.ssa Cecilia TRECCANI (Collaboratore del Dirigente Scolastico)

tel: 0303775004; e-mail: gambara@provincia.brescia.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'Istituto "Veronica Gambara" è un istituto di istruzione superiore della città di Brescia, una scuola secondaria di II grado che offre al territorio una varietà di proposte formative che si collocano principalmente nell'Area della Comunicazione, della Formazione e del Sociale, con la finalità di fornire agli studenti strumenti e competenze per gestire i nodi di una società complessa e per potersi orientare in un mondo che cambia. Nato nel 1860 con il nome di Scuola Normale, e conosciuto nell'ambiente cittadino come Istituto Magistrale, ossia "Scuola per maestri", è una delle scuole più antiche di Brescia e prende il nome da una delle più importanti poetesse legate al petrarchismo tra fine Quattrocento e inizi Cinquecento: Veronica Gambara (immagine raffigurata nel logo della scuola).

La popolazione scolastica è costituita da 2.575 studenti.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Scuola è organizzata in tre sedi:

- 1 Sede Centrale in cui si svolgono tutte le attività necessarie per la gestione didattica, finanziaria, amministrativa e dove sono situati anche gli Uffici di Direzione e di Segreteria;
- 2 Succursali nelle quali viene svolta la sola attività didattica per alcuni corsi.

Il personale è costituito da 277 unità di cui 227 docenti e 47 personale ATA.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Nell'anno scolastico 2003/2004 è avvenuta la definizione e l'implementazione del Sistema di Gestione per la Qualità e il conseguimento della certificazione ISO 9001. Nello stesso anno è stato conseguito il riconoscimento EFQM *Committed to Excellence*.

Nel 2005 la Scuola ha ricevuto la Menzione Speciale nell'ambito del Premio Qualità Scuola Veneto.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Istituto offre una varietà di proposte formative con la finalità di fornire ai giovani strumenti e competenze di gestione e di orientamento in una società complessa e mutevole, in coerenza con la propria *mission* riassunta nello *slogan* "Tradizione e rinnovamento – Una scuola per comprendere la società, inserirsi nella società, migliorare la società".

Nell'ambito degli obiettivi e dei valori dell'Istituto, il personale viene coinvolto nelle diverse iniziative attraverso un'ampia delega di compiti e di responsabilità. L'Istituto ha individuato, inoltre, una rete di processi, principali e di supporto, per il raggiungimento degli obiettivi, attraverso una coerente distribuzione delle risorse e un'attenzione al miglioramento continuo.

La *leadership* pone la massima attenzione al cambiamento, all'innovazione e alla modernizzazione. Dai riesami condotti dalla Direzione nasce il piano di miglio-



ramento che viene aggiornato e gestito per verificarne l'andamento. Le azioni correttive/preventive attivate ed i miglioramenti realizzati vengono sintetizzati in un indice che fa parte del cruscotto della Direzione e i diretti interessati al miglioramento partecipano al riesame, mentre i destinatari delle azioni vengono informati sui cambiamenti apportati.

Il confronto costante con altre scuole è realizzato attraverso metodi differenziati diretti e indiretti (materiale informativo, relazioni da congressi, internet, collaborazioni con altre realtà scolastiche).

La dirigenza promuove il dialogo e la comunicazione per il miglioramento del sistema e, inoltre, è attenta alle istanze del personale. La scuola si avvale di metodologie di lavoro innovative volte al miglioramento del lavoro stesso quali flessibilità dell'orario, automatizzazione della formazione dell'orario delle lezioni, degli scrutini, ecc. Realizza, inoltre, progetti innovativi (Flavio Gioia, Famiglia, Stage ecc..) nati da riunioni tra docenti e parti interessate.

La rete dei processi principali e quelli di supporto è chiaramente individuata e

progettata. Viene altrettanto chiaramente individuata la relazione tra processi e servizi nella realizzazione del servizio formativo in sintonia con le linee della Politica della Qualità e del POF (Piano di Offerta Formativa). Ciascun processo concorre al raggiungimento degli obiettivi della scuola e per ognuno sono definiti degli indicatori con i rispettivi *target*.

La Scuola, per erogare un servizio che tenga conto delle richieste dei clienti (studenti e famiglie), prevede specifiche attività di ascolto: colloqui degli studenti con i *tutor*, ricevimento studenti e genitori, riunioni dei consigli di classe, colloqui generali, attività di orientamento in ingresso e accoglienza, iscrizioni, procedura per la gestione dei reclami e rilevazione della *customer satisfaction*.

Il riesame del sistema è pianificato tre volte l'anno ed il monitoraggio operativo dei singoli processi è a cura dei singoli responsabili, mentre quello gestionale viene realizzato dalla Direzione e rappresenta il momento per valutare i risultati di prestazione e di efficacia e per pianificare attività di miglioramento.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “COMUNI, UNIONI DI COMUNI, COMUNITÀ MONTANE E ALTRE FORME ASSOCIATIVE COMUNALI”

L'AMMINISTRAZIONE: Comune di Jesolo (VE)
RESPONSABILE: dott.ssa Daniela GIACOMIN (Direttore Generale)
REFERENTE: dott.ssa Maria Luisa GAZZOLA (Resp.le U.O. Programmazione e Controllo)
tel: 0421359222; e-mail: cdg@jesolo.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

Il Comune di Jesolo, situato nella provincia di Venezia, ha una superficie di 96,5 kmq di cui circa un quarto è costituito dalla laguna di Venezia, il cui litorale ha un'estensione di 13 km. Il Comune svolge le attività istituzionali proprie degli enti locali, ma essendo l'economia della località basata prevalentemente sul turismo, dedica particolare attenzione a quei servizi che direttamente o indirettamente sono collegati al turismo.

La popolazione residente al 31/12/04 era di 23.575 abitanti.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Amministrazione è organizzata in una Direzione Generale, quattro unità organizzative (Programmazione e Controllo, Sicurezza Aziendale, Demanio Marittimo, Sistemi Informativi) e sei settori (per i servizi alla persona, lavori pubblici, economico-finanziario, urbanistico, edilizia privata, sviluppo e innovazione).

Il personale è costituito da 305 dipendenti di cui 5 dirigenti.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

L'Amministrazione ha conseguito la certificazione ISO 9001 e ISO 14001 integrate per l'intera organizzazione. Nel 2004 il Comune di Jesolo ha ottenuto il riconoscimento per aver predisposto e realizzato il Piano Integrato di Cambiamento nell'ambito dell'iniziativa promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Foromez “I Successi di Cantieri”.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Amministrazione Comunale ha da tempo iniziato un percorso di innovazione volto al raggiungimento dell'eccellenza nei risultati sia in termini di efficienza che di efficacia con particolare riferimento alla soddisfazione dei portatori di interesse in generale ma soprattutto dei clienti/cittadini.

Sono stati definiti sia gli indirizzi, i principi ed i valori comportamentali che l'Ente deve tenere con i cittadini/clienti, che le regole fondamentali da seguire nelle attività, nello sviluppo sostenibile, nella protezione e nella valorizzazione dell'ambiente.

Il Comune di Jesolo nella sua specificità di città per i residenti e contemporaneamente di località turistica di notevole pregio ed interesse a livello internazionale, si deve porre obiettivi sfidanti in termini assoluti e relativi, nel continuo miglioramento dei servizi offerti e contemporaneamente nell'innovazione degli stessi. L'Amministrazione si trova pertanto, congiuntamente con tutti gli operatori economici interessati, a dover costantemente migliorare la propria competitività e la propria immagine, e, al fine di ottimizzare la qualità dei servizi offerti in modo particolare nel periodo turistico, ha attivato molteplici *partnership* a partire dal 1985.

Il *Master Plan* 2005 è stato concertato con la cittadinanza e con le varie categorie economiche, attraverso 200 incontri men-



tre i confronti con i comitati dei cittadini continuano anche nella fase esecutiva delle opere più importanti.

Il passaggio dalla cultura dell'utente amministrato a quella del cliente/cittadino ha comportato un nuovo approccio culturale diffuso e interiorizzato a tutti i

livelli, grazie anche ad un sistema di formazione sia per i dirigenti sia per la rimanente struttura, volto alla valorizzazione delle potenzialità personali e all'introduzione dei principi alla base del lavoro di gruppo e della Qualità Totale.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “COMUNI, UNIONI DI COMUNI, COMUNITÀ MONTANE E ALTRE FORME ASSOCIATIVE COMUNALI”

L'AMMINISTRAZIONE: Comune di Schio (VI)
RESPONSABILE: dott. Antonio LOBBIA (Direttore Generale)
REFERENTE: dott.ssa Valentina BROCCARDO (Resp.le Servizio Qualità Integrata e Ufficio Pianificazione)
tel: 0445691405; e-mail: valentina.broccardo@comune.schio.vi.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

Il Comune di Schio è situato allo sbocco della Val Leogra, in provincia di Vicenza, e serve un territorio che ha una estensione di 66 kmq con una popolazione residente di 38.702 abitanti. La percentuale di popolazione extracomunitaria si aggira attorno al 9%. Le attività economiche prevalenti sono quella manifatturiera e quella edile.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Amministrazione è diretta da una Direzione Generale che usufruisce di 6 uffici e 2 servizi di *staff* (Personale e URP) ed è organizzata in 4 Direzioni (amministrazione finanziaria, lavori pubblici, servizi al cittadino, urbanistica) e 3 servizi (biblioteca, politiche giovanili e politiche abitative e statistiche).

Il personale è costituito da 276 unità di cui 5 dirigenti e 1 Direttore Generale.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

A fine ottobre 2004 l'Ente ha conseguito la certificazione ISO 14001 e a marzo 2005 la registrazione EMAS.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Amministrazione Comunale di Schio utilizza il *Total Quality Management* come modello di gestione, come attesta la stessa *vision e mission*: “Per trasformare in realtà questa nostra idea di città ci sforzeremo a perseguire una politica della qualità totale: nei servizi, nella vita e

nella partecipazione, nella sostenibilità dello sviluppo, nell'innovazione e nelle tecnologie”.

Il Comune ha sviluppato in questi anni piani di miglioramento e cambiamento individuati sulla base delle autovalutazioni condotte mediante lo strumento VIC (Valutazione Integrata del Cambiamento) e CAF, e quindi sulla scorta dei principi del TQM.

L'Amministrazione si avvale di sistemi di pianificazione strategica (PGS) ed operativa (PEG), a medio e lungo termine, che sono sottoposti a verifica ed aggiornamento sistematici e periodici. Vi sono esempi di coinvolgimento di alcuni portatori di interesse nel processo di sviluppo dei piani operativi: in particolare si evince un coinvolgimento sempre più diffuso dei responsabili dell'organizzazione nello sviluppo del PEG e dei cittadini nella formulazione di attività e progetti specifici. Per migliorare l'utilizzo e la distribuzione delle risorse disponibili vengono apportate periodiche variazioni al bilancio ed al PEG, grazie al continuo monitoraggio sia dei flussi di cassa che delle spese a cura dell'Amministrazione Finanziaria. La valutazione dei risultati conseguiti, relativamente agli obiettivi del PEG, è affidata ad un nucleo di valutazione indipendente, con componenti esterni all'organizzazione.

L'Amministrazione dimostra una forte attenzione al cittadino, vero e proprio punto focale e motore di tutte le iniziative di miglioramento, attraverso la realiz-



zazione di numerose e ragguardevoli iniziative, prima fra tutte, quella denominata “Il comune scrive chiaro”.

L’Ente promuove una comunicazione istituzionale basata su una vera e propria politica dell’informazione, sviluppata utilizzando molti mezzi tradizionali ma anche innovativi, con la conseguente diffusione e condivisione delle scelte dell’organizzazione. L’istituzione del Difensore Civico e lo studio degli orari più appropriati per l’apertura degli uffici al

pubblico testimoniano la sensibilità nel rispondere alle esigenze dei cittadini stessi.

I Consigli di Quartiere (non obbligatori per legge) hanno un effettivo ruolo nella gestione dell’Ente (per es. nel raccogliere i bisogni dei cittadini) e peso adeguato almeno in alcune decisioni.

L’Ente promuove, attraverso le carte dei servizi e le guide ai servizi, l’utilizzo dei servizi comunali indagando sistematicamente la soddisfazione degli utenti.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “COMUNI, UNIONI DI COMUNI, COMUNITÀ MONTANE E ALTRE FORME ASSOCIATIVE COMUNALI”

L'AMMINISTRAZIONE: Comune di Trento (TN)
RESPONSABILE: dott. Pietro PATTON (Direttore Generale)
REFERENTE: dott.ssa Sara CALIARI (Resp.le Ufficio Qualità)
tel: 0461220168; e-mail: sara_caliari@comune.trento.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

Il Comune di Trento si trova in una situazione particolare rispetto agli altri capoluoghi di regione italiani, non solo perché inserito in una Regione a Statuto Speciale, ma anche, e soprattutto, per il fatto di essere Comune capoluogo di Provincia Autonoma. Nel territorio della Provincia di Trento vi sono in tutto 223 Comuni e una popolazione di 110.000 abitanti.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Amministrazione è organizzata in una Direzione Generale e otto aree (economia e territorio, finanziaria e patrimoniale, giuridico-istituzionale, polizia municipale, risorse umane e informatica, servizi alla persona, servizi culturali, tecnica). Il personale è costituito da 1.629 dipendenti di cui 32 dirigenti e 1 Direttore Generale.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Il Comune non ha ricevuto nessun riconoscimento precedente.

LE GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

Il Comune di Trento promuove approcci strategici e in generale di sviluppo della propria organizzazione, perseguendo le seguenti *mission* e *vision*: “Mettiamo al centro del nostro impegno la comunità, le persone, i loro diritti, le loro esigenze, per costruire una città migliore. La città, luogo dell'incontro e della convivenza,

dello scambio e delle relazioni, tutela i diritti delle persone, facilita un responsabile adempimento dei doveri e garantisce uguali opportunità. Amministriamo le risorse della comunità. Nell'utilizzo di queste risorse, dobbiamo concretezza, qualità e sobrietà”.

Il rapporto fra *governance* interna ed esterna è strutturato attraverso l'adozione di strumenti di programmazione innovativi. Una particolare attenzione viene inoltre posta alle dinamiche partecipative, con il coinvolgimento di *partner* pubblici e privati attraverso il metodo del negoziato che risulta essere la modalità principale dell'azione amministrativa di pianificazione strategica dell'Ente.

In questi anni il Comune di Trento ha sviluppato varie *partnership* con accordi o protocolli d'intesa in diversi settori, e a vari livelli. I rapporti con i *partner* chiave sono chiariti in un'apposita sezione della Relazione Previsionale e Programmatica (RPP) specificando e definendo le reciproche responsabilità di obiettivo. Nell'ambito di ogni relazione vengono definite le rispettive responsabilità e i rapporti vengono strutturati in modo specifico, attraverso modalità aventi sia funzioni di misurazione dell'efficacia delle azioni intraprese che, in alcuni ambiti, di apprendimento. Il Comune ha, inoltre, definito un approccio strutturato per la definizione della rilevazione delle necessità e dei bisogni dei propri clienti, come dimostra l'adozione del manuale operativo per la



gestione dell'ascolto del cittadino. Particolare attenzione, infine, è posta dall'organizzazione ad una corretta gestione finanziaria. I responsabili delle strutture organizzative sono a conoscenza del quadro di prospettive di entrata ed uscita del triennio attraverso il documento "Indirizzi operativi di programmazione economico-finanziaria e di governo", collegato alle finalità del piano strategico. Le circoscrizioni partecipano alla formazione (e rendicontazione) dei bilanci. Il controllo di gestione è una prassi consolidata, introdotta dal 1998, e permette il controllo dei parametri finanziari e di attività per la conoscenza del grado di efficienza ed efficacia dei servizi erogati. Il Comune

ha introdotto la contabilità analitica al fine di conoscere, oltre ai risultati finanziari, i costi sostenuti. L'ottima qualità del controllo di gestione attivato all'interno del Comune è stata riconosciuta nella relazione per l'anno 2005 della *Fitch Ratings*, nella quale si rileva che l'efficienza della struttura organizzativa dei sistemi di controllo di gestione consente uno stretto monitoraggio delle finanze comunali ed una tempestiva rilevazione e prevenzione di potenziali problemi.

I risultati relativi alle *performance* ambientali coprono le principali aree di intervento e mostrano un'attenzione particolare dell'Amministrazione all'ambiente.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI E GCIAA”

L'AMMINISTRAZIONE: ACI – Automobile Club Italia
RESPONSABILE: dott. Ascanio ROZERA (Segretario Generale)
REFERENTE: dott. Vincenzo PENSA (Direttore Sistemi Informativi)
tel: 0649983451 e-mail: v.pensa@aci.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

L'Automobile Club d'Italia è un ente pubblico non economico senza scopo di lucro, che istituzionalmente rappresenta e tutela gli interessi generali dell'automobilismo italiano del quale promuove e favorisce lo sviluppo (come previsto dallo Statuto dell'ACI). La prima funzione in particolare è dedicata alla gestione dei servizi PRA (Pubblico Registro Automobilistico) e Tasse. Oltre che della gestione del PRA e della riscossione e controllo delle tasse automobilistiche per conto di oltre metà delle Regioni, l'ACI si occupa di: servizi di assistenza; pianificazione del territorio e della mobilità; attività di progettazione; gestione della mobilità; turismo; prodotti assicurativi; eventi e studi; servizi di formazione; servizi di sicurezza stradale; servizi di assistenza, sicurezza e informazione; valutazione prestazioni di sicurezza; servizi di promozione dell'attività sportiva automobilistica italiana; servizi associativi.

Le prime origini dell'ACI risalgono alla istituzione, nel 1898, dell'Automobile Club di Torino. Il D.P.R. 8 settembre 1950 n. 881, che approva il nuovo Statuto, sancisce la natura di ente pubblico e ripristina l'originale denominazione ACI.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'ACI è costituita da una Federazione che associa 107 Automobile Club Federati, a loro volta enti autonomi, oltre ad altri Enti ed Associazioni aderenti volontariamente. Per l'esercizio complessivo delle

proprie attività, l'ACI si avvale inoltre di 11 società controllate operanti nel settore della mobilità, 2 fondazioni oltre che di 1.500 punti di servizio, 495 agenzie di viaggi, 380 agenzie assicurative. La Sede Centrale è situata a Roma. Le Direzioni Regionali hanno sede generalmente in ciascun capoluogo di regione. Gli Uffici Provinciali sono collocati presso ogni capoluogo di provincia.

Sono in servizio 3.416 dipendenti.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

L'ACI ha conseguito la certificazione ISO 9001:2000 per Ufficio Riscossione Tasse.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Ente ha individuato la propria *vision* nel “migliorare la circolazione di persone, beni e idee” e ha scelto come propria *mission* di “presidiare i molteplici versanti della mobilità, diffondendo una nuova cultura dell'auto”.

L'approccio al miglioramento appare strutturato e diffuso e il coinvolgimento di tutti i livelli della struttura è proteso a migliorare sia l'organizzazione interna sia la capacità di sviluppare e progettare prodotti e servizi nuovi e funzionali. L'organizzazione si distingue per l'innovazione e l'utilizzo di nuove tecnologie attraverso cui punta a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi gestiti e a snellire e rendere più funzionali procedure e modalità di accesso ai servizi stessi.

Rilevante è l'attenzione e l'ascolto del



cliente/cittadino per migliorare ed integrare i bisogni espressi ed il coinvolgimento diretto del personale nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e del miglioramento complessivo dell'organizzazione. L'Ente ha identificato i *partner* strategici e la tipologia di relazioni appropriate: numerose sono le attività di *partnership* e collaborazione (collaborazioni con banche per progetti speciali, *joint venture* con Mondadori, *partnership* con Associazioni per la sicurezza stradale). L'organizzazione ha inoltre creato nuove alleanze promuovendo la costituzione di società apposite, per migliorare l'erogazione dei servizi e/o prodotti (ad esempio, la citata Fondazione per la Sicurezza Stradale, costituita in *partnership* con UNRAE, ANFIA, ANCMA). Nelle realtà locali risulta avviato, da parte dei Direttori, un processo di monitoraggio costante del rapporto con i propri *partner*. Si evidenzia una capacità di ascolto dei clienti/cittadini attraverso soprattutto progetti mirati e indagini di *customer*. In alcune realtà locali sono stati realizzati dei *forum on line* dove i clienti possono interagire con l'Amministrazione.

La nuova organizzazione è basata sulla gestione per processi. La mappatura dei processi è in fase di realizzazione (implementazione Sistema Qualità secondo ISO 9000:2000) e sono stati definiti alcuni flussi e impianti procedurali.

È stato avviato un *benchmarking* interno, presso la Direzione Centrale Sistemi Informativi per i servizi *on line* e con gli URP di altre amministrazioni.

Viene inoltre attuato un *benchmarking* esterno attraverso la partecipazione al progetto sui sistemi di valutazione, il confronto europeo con i servizi erogati da altri registri automobilistici (partecipazione agli *Awards*) e attraverso le funzioni di acquisizione di beni e servizi di altre amministrazioni, da parte del Servizio Patrimonio e Approvvigionamenti. La procedura di pianificazione strategica consente di gestire i processi di cambiamento con criteri di gradualità, monitorando adeguatamente la costante aderenza agli obiettivi ed il rispetto dell'efficienza allo scopo di assicurare che vi sia coerenza tra le attività in piano e le risorse necessarie per garantirne l'attuazione.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI E CCIAA”

L'AMMINISTRAZIONE: CCIAA di Verbano Cusio Ossola (VB)
RESPONSABILE: dott.ssa Roberta COSTI (Resp.le Servizio Studi e Statistica)
REFERENTE: dott.ssa Roberta Costi
tel: 0323912807; e-mail: roberta.costi@vb.camcom.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

La CCIAA di Verbano Cusio Ossola è nata nel 1993 a seguito dell'istituzione della provincia del Verbano Cusio Ossola. È un ente di diritto pubblico dotato di autonomia statutaria, organizzativa, finanziaria e funzionale, e svolge compiti di interesse generale a favore del sistema delle imprese e dell'economia provinciale. Nata da soli 12 anni, come tutte le camere di nuova costituzione, pur avendo modelli ai quali ispirarsi (le consorelle più vicine territorialmente e dimensionalmente), non possiede un patrimonio proprio di tradizioni, abitudini, procedure e atteggiamenti al quale attingere. Le sue caratteristiche si sono quindi formate in una storia recente e sono state costruite grazie soprattutto alla cultura e alle capacità delle singole persone che vi lavorano, amministratori, vertici e personale. Questa nuova realtà intende assicurare al territorio più a nord del Piemonte, caratterizzato da specifiche quanto particolari vocazioni produttive, i presupposti – in termini di proposte, progetti e finanziamenti – per un costante sviluppo della propria economia.

Oltre alle attività istituzionali, la Camera partecipa alla gestione condivisa di un Ufficio Intercamerale presso l'aeroporto internazionale di Malpensa – *Business Info Point (BIP)* – che fornisce agli operatori italiani e stranieri informazioni di carattere economico sull'area territoriale di interesse, con specifica attenzione al sistema delle imprese ubicate nei territori di rispettiva competenza degli enti camerali.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Ente, divenuta operativamente autonoma nel 1996 e originariamente costituita da soli tre servizi (Amministrazione, Anagrafe e Commercio interno ed estero, Statistica e informazione economica), si è andata articolando nel tempo, fino alla definizione dell'attuale organigramma, ispirato a criteri di flessibilità e intercambiabilità di funzioni, dettato dalle mutevoli esigenze del contesto e dalla continua evoluzione della normativa e mirato al raggiungimento di un'azione amministrativa più efficace ed economica.

La struttura si compone di sei servizi, di cui tre di linea: Anagrafe delle Imprese, Promozione e Sviluppo del territorio, Trasparenza e Regolazione del mercato e tre di staff: Segreteria di Direzione, Risorse e Patrimonio, Personale.

Il personale è costituito da 35 unità.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

La Camera non ha avuto nessun riconoscimento precedente.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

La Camera di Commercio di Verbano Cusio Ossola ispira tutta la sua azione alla *mission* enunciata nel proprio statuto: "far crescere il sistema delle imprese e sviluppare il territorio in modo equilibrato e sostenibile".

La Camera si avvale di una *leadership* molto forte e consapevole che ha intra-



preso di propria volontà il percorso verso l'Eccellenza, impegnando e coinvolgendo in modo diretto tutti i responsabili di ufficio nello sviluppo ed applicazione dei principi della qualità. Il Segretario Generale e tutti gli altri *leader* hanno dichiarato in modo esplicito il principio secondo il quale “la qualità non può essere concentrata in un ufficio ma deve permeare tutta l’organizzazione”. Il cliente/utente è posto al centro di ogni attività e coinvolto in varie forme nelle attività della Camera. La Camera si avvale dello strumento del bilancio sociale, uno stru-

mento importantissimo di comunicazione e dialogo con i clienti non solo perché li pone nelle migliori condizioni per leggere e quindi valutare l’operato dell’Ente, ma anche perché li coinvolge direttamente nel processo di costruzione del documento.

È evidente inoltre notevole apertura verso l’esterno attraverso l’attivazione di numerose iniziative con i *partner* e di tipo sociale. Il sistema del controllo di gestione consente inoltre attività di *benchmarking* con altre camere di commercio piemontesi.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “REGIONI, PROVINCE E CITTÀ METROPOLITANE”

L'AMMINISTRAZIONE: Regione Campania – Area Generale di Coordinamento Sviluppo Attività Settore Primario (AGC 11)

RESPONSABILE: dott. Antonio FALESSI (Coordinatore dell'Area)

REFERENTE: dott. Giuseppe Rosario Mazzeo (Responsabile Misura POR 4.10)

tel: 0817967319; e-mail: g.mazzeo@regione.campania.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

La Regione Campania è suddivisa in 20 aree articolate in settori centrali e periferici. In particolare, l'Area Generale di Coordinamento Sviluppo Attività Settore Primario opera prevalentemente in 4 macro-aree di attività che possono essere raggruppate in: Interventi sulla produzione agricola e sviluppo rurale; Territorio e Bonifica; Formazione, consulenza e promozione; Difesa del patrimonio forestale e Sviluppo della pesca. Un'attività fondamentale è rappresentata dalla gestione dei programmi cofinanziati dai Fondi Strutturali e, nello specifico di questi ultimi anni, dal POR FEOGA/SFOP 2000-2006 che costituisce lo strumento di programmazione più importante gestito dall'AGC 11 (in termini di risorse finanziarie complessive, somma a circa il 60% del valore aggiunto annuale generato dall'intero settore agricolo campano).

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'AGC 11 è articolata in 6 settori centrali, con compiti di programmazione pianificazione, coordinamento e controllo, e in 16 settori provinciali cui è demandato il compito di attuare, sulla base delle indicazioni provenienti dai settori centrali, gli interventi di competenza diretta dell'Amministrazione Regionale e di fornire supporto tecnico agli enti delegati. Nell'Area operano più di 1.452 unità pari a circa il 20% del personale regionale. Le risorse impegnate a vario titolo nella gestione delle attività POR FEOGA/SFOP

sono 273 pari al 18,8% dell'organico dell'Area.

L'AGC 11 si avvale anche di personale esterno (dipendenti distaccati dell'ERSAC e tecnici convenzionati). Presso l'AGC 11 è operativo, inoltre, un Gruppo di Assistenza Tecnica per l'attuazione del POR FEOGA e SFOP.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

L'AGC 11 ha ricevuto il Premio Cento Progetti al servizio dei cittadini, V edizione, per il progetto “Miglioramento e ringegenerizzazione per la gestione di un POR”.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELL'AMMINISTRAZIONE

L'Area Generale di Coordinamento Settore Primario della Regione Campania si contraddistingue per l'elevata capacità di innovazione e di coinvolgimento delle diverse parti interessate nell'attuazione delle attività cui è preposta. Grazie ad un significativo cambiamento strutturale e all'impiego diffuso di strumenti per favorire i collegamenti, la comunicazione, il controllo, il rilievo e la gestione dei *feedback*, l'Area appare aver assunto un ruolo di guida per la sperimentazione di nuovi strumenti e strutture organizzative per i diversi settori di gestione del Programma Operativo Regionale (POR Campania).

L'organizzazione ha definito la propria *mission* – basata sulla programmazione, il coordinamento, la gestione e il control-



lo delle politiche di sviluppo del settore agricolo in ottica di efficacia, efficienza e qualità dei servizi erogati – nell’ambito delle linee dell’ordinamento regionale, e la propria *vision* – basata sulla volontà di essere al servizio degli *stakeholders* e dei cittadini, per migliorare lo sviluppo e la posizione competitiva delle attività agricole della regione.

I valori dell’organizzazione fanno riferimento all’efficienza, alla qualità del servizio, all’apertura verso l’esterno, alla capacità di ascolto delle parti interessate, al miglioramento organizzativo, all’innovazione tecnologica, alla crescita della competenza delle risorse adeguatamente supportate dal vertice.

La revisione organizzativa attuata negli ultimi anni ha introdotto nuove figure con responsabilità di coordinamento (responsabili di misura) per il collegamento con le organizzazioni provinciali e il governo delle attività nel loro complesso. Il cambiamento organizzativo è stato avviato tenendo conto delle esperienze del POP 1994-99 e attraverso il *benchmarking* con altri enti attuatori. Nel processo di cambiamento sono stati coinvolti i responsabili regionali attraverso *focus group*. Il vertice ha assunto come riferimento per l’implementazione e lo sviluppo del proprio sistema organizzativo il

CAF generando un primo report di autovalutazione e definendo un piano di miglioramento (basato su 8 azioni). Inoltre, con l’introduzione del controllo di gestione, l’organizzazione ha costituito uno strumento strutturato di controllo e miglioramento, sia a livello strategico che operativo, grazie anche ad un sistema di monitoraggio informatizzato.

La comunicazione verso l’esterno delle strategie è effettuata sistematicamente attraverso la “Conferenza dei Soggetti Attuatori delle Misure” (Co.S.A.M.), con frequenza bimestrale. L’istituzione di una modalità sistematica di gestione condivisa delle strategie ha portato ad un netto miglioramento dei rapporti. Attraverso la Co.S.A.M vengono sistematicamente verificate politiche ed obiettivi. Attraverso il Comitato di Concertazione, a livello provinciale, si ottiene la partecipazione di rappresentanti di tutte le parti interessate per avere il massimo coinvolgimento diretto nella definizione degli interventi.

Per la definizione degli obiettivi ed il riesame dei risultati, sono state stabilite *partnership* con le amministrazioni provinciali, mediante apposite convenzioni che prevedono il loro diretto coinvolgimento nelle strutture di governo.

PREMIO QUALITÀ PPA 2006 PER LA CATEGORIA “REGIONI, PROVINCE E CITTÀ METROPOLITANE”

L'AMMINISTRAZIONE: Provincia di Crotone (KR)
RESPONSABILE: dott. Dionigi CAIAZZA (Direttore Generale)
REFERENTE: dott. Beniamino CAPARRA (Resp.le Servizio Controllo di Gestione)
tel: 0962905418; e-mail: b.caparra@provincia.crotone.it

LE CARATTERISTICHE GENERALI

La Provincia di Crotone è stata istituita nel 1992 con la tripartizione della Provincia di Catanzaro.

Nello specifico l'Ente, direttamente e/o attraverso partecipazioni in società a prevalente capitale pubblico, realizza i seguenti servizi: promozione e coordinamento dello sviluppo economico e culturale; erogazione di agevolazioni alle imprese; incontro tra domanda ed offerta di lavoro; promozione dell'innovazione tecnologica; organizzazione e gestione servizi scolastici; determinazione degli indirizzi generali di assetto del territorio; raccolta e coordinamento delle proposte progettuali dei comuni per la redazione del piano di sviluppo provinciale attraverso la Cabina di Regia; sostegno economico per realizzare iniziative nel settore delle attività culturali.

La Provincia di Crotone opera in un territorio di 170.030 Km² che comprende 27 comuni con una popolazione complessiva di 172.970 abitanti.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Ente è caratterizzato da una dotazione organica composta da 12 settori, da 5 servizi con dirigenza di seconda fascia, da 3 servizi senza dirigenza, e da 48 servizi inseriti nei vari settori. Il personale in totale ammonta a 479 unità, di cui 16 Dirigenti e 19 posizioni organizzative.

GLI ALTRI PREMI/RICONOSCIMENTI

Nel 2004 la Provincia di Crotone ha otte-

nuto il riconoscimento per aver predisposto e realizzato un Piano Integrato di Cambiamento nell'ambito dell'iniziativa promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Foromez “I Successi di Cantieri”.

LA GESTIONE DELLA QUALITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE

Negli ultimi anni, sostenuta da una *leadership* attenta, la Provincia ha predisposto piani di miglioramento e cambiamento, individuati sulla base delle autovalutazioni condotte mediante il VIC (Valutazione Integrata del Cambiamento) e il CAF, che hanno consentito di perseguire la propria *vision* e *mission* che punta ad avvicinare l'Ente ai cittadini attraverso il trasparente espletamento della funzione di regia e attraverso l'integrazione ed il governo della complessità territoriale.

L'Ente si distingue per il sistema di costruzione del bilancio, che si basa su un approccio di direzione per obiettivi, secondo uno schema dettagliatamente definito. Nel 2003 è stato avviato il sistema di “*budget a base zero*” con l'obiettivo di tenere sotto controllo i costi, mettendoli in discussione anche quando relazionati ad attività passate.

L'Ente è impegnato attivamente nella costruzione di una serie di *partnership*, rapporti e relazioni con organizzazioni locali, regionali, nazionali ed europee. Attraverso il Servizio Politiche Comunitarie, partecipa, in particolare fin dal



1999, ad iniziative miranti ad attrarre e utilizzare risorse dell'Unione Europea per il finanziamento di diversi progetti. Nello sforzo di interfacciarsi in modo vario e trasparente con i cittadini, l'Ente dedica molta attenzione agli strumenti di comunicazione. In particolare, è molto curato il sito *web* (che ha ottenuto riconoscimenti in varie occasioni), del quale vengono concretamente sfruttate le versa-

tili potenzialità tecnologiche (es. *web TV*). Da alcuni anni (dal 2003 nella maggior parte dei casi) l'Ente utilizza diversi strumenti di indagine per la rilevazione della soddisfazione sia dei propri dipendenti che dei cittadini.

L'Ente si è altresì dotato di una serie di indicatori interni, derivanti per lo più dal proprio sistema di controllo di gestione.



L'ELENCO
DELLE 40
AMMINISTRAZIONI
FINALISTE

Amministrazioni	Località	Regione	Ambito di applicazione del CAF
Amministrazioni Centrali e Periferiche dello Stato			
Agenzia delle Dogane	Roma	Lazio	Tutta l'organizzazione
CSA di Belluno	Belluno	Veneto	Tutta l'organizzazione
Prefettura di L'Aquila	L'Aquila	Abruzzo	Tutta l'organizzazione
Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere ed altre Amministrazioni che operano nel campo sanitario			
AO San Martino	Genova	Liguria	Tutta l'organizzazione
APSS Trento	Trento	Trentino Alto Adige	Tutta l'organizzazione
ASL 10 Firenze	Firenze	Toscana	Sanità Pubblica Veterinaria
ASL 1 Umbria	Perugia	Umbria	Tutta l'organizzazione
Comuni, Unioni di Comuni, Comunità Montane e altre forme associative comunali			
Azienda Servizi Sociali di Bolzano	Bolzano	Trentino Alto Adige	Tutta l'organizzazione
Comune di Correggio	Reggio Emilia	Emilia Romagna	Tutta l'organizzazione
Comune di Jesolo	Venezia	Veneto	Tutta l'organizzazione
Comune di Milano	Milano	Lombardia	Direz. Centrale Educazione
Comune di Montebelluna	Treviso	Veneto	Museo Civico di Storia Naturale ed Archeologia
Comune di Roma	Roma	Lazio	Unità Organizzativa Comunicazione
Comune di Schio	Vicenza	Veneto	Tutta l'organizzazione
Comune di Trento	Trento	Trentino Alto Adige	Tutta l'organizzazione
Comune di Valderice	Trapani	Sicilia	Tutta l'organizzazione

Comune di Vimercate	Milano	Lombardia	Biblioteca Civica e Sistema Bibliotecario Intercomunale del Vimercatese Spazio città
Unione Comunità Montana Appennino Parma Est	Langhirano	Emilia Romagna	Tutta l'organizzazione
Enti Pubblici non economici e CCIAA			
ACI Roma	Roma	Lazio	Tutta l'organizzazione
ISTAT	Roma	Lazio	Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane
CCIAA Crotone	Crotone	Calabria	Tutta l'organizzazione
CCIAA Treviso	Treviso	Veneto	Tutta l'organizzazione
CCIAA Verbano Cusio Ossola	Verbania	Piemonte	Tutta l'organizzazione
Centro di Riferimento Oncologico di Aviano	Aviano	Friuli Venezia Giulia	Tutta l'organizzazione
Istituzioni Scolastiche			
Istituto di Istruzione Secondaria Superiore "Foscari-Massari"	Venezia-Mestre	Veneto	Tutta l'organizzazione
4° Direzione Didattica di Padova	Padova	Veneto	Tutta l'organizzazione
Circolo Didattico di Conselve	Conselve	Veneto	Tutta l'organizzazione
Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"	Altavilla Vicentina	Veneto	Tutta l'organizzazione
Istituto Comprensivo NR. 1 Montecchio Maggiore	Montecchio Maggiore	Veneto	Tutta l'organizzazione
Istituto di Istruzione Superiore "L. Einaudi"	Badia Polesine	Veneto	Tutta l'organizzazione
Istituto Istruzione Superiore "Veronica Gamba"	Brescia	Lombardia	Tutta l'organizzazione

ITI- IPIA "Leonardo Da Vinci"	Firenze	Toscana	Tutta l'organizzazione
Istituto Principale Scuola Media "B. Croce"	Mantova	Lombardia	Tutta l'organizzazione
IPSIA "Galileo Galilei"	Castelfranco Veneto	Veneto	Tutta l'organizzazione
Istituto Tecnico Industriale Statale "G. Segato"	Belluno	Veneto	Tutta l'organizzazione
Regioni, Province e Città Metropolitane			
Regione Campania	Napoli	Campania	Area Generale di Coordinamento Sviluppo Attività Settore Primario
Regione Emilia Romagna	Bologna	Emilia Romagna	Servizio Comunicazione e Stampa
Provincia di Crotone	Crotone	Calabria	Tutta l'organizzazione
Università			
Università degli Studi di Sassari	Sassari	Sardegna	Divisione Studenti
Università degli Studi di Trento	Trento	Trentino Alto Adige	Direzione Risorse Umane e Organizzazione