

La promozione della qualità di sistema

a cura di Carlo Favaretti¹ e Paolo De Pieri²

LA QUALITÀ

Qualità è oggi una parola sulla bocca di tutti: i prodotti di qualità, la qualità dei servizi, le certificazioni di qualità. Nel campo dell'assistenza sanitaria il termine assume poi un valore del tutto particolare, perché è legato alla necessità di affrontare nel miglior modo possibile alcuni momenti importanti della nostra vita: la nascita, la malattia, la sofferenza e la morte.

Tra le tante definizioni di qualità che si possono trovare in letteratura, particolarmente accattivante è quella che si desume dalle attuali norme ISO 9000 (Organizzazione Internazionale per la Standardizzazione - International Organization for Standardization): la qualità di un prodotto, di un servizio, di un processo o di una organizzazione è data dalla sua capacità di soddisfare le esigenze e le aspettative, esplicite e implicite, di tutte le parti interessate (stakeholder): i clienti, il personale, i finanziatori, i fornitori e i partner strategici, la società.

C'è un certo dibattito attorno all'utilizzo del termine cliente in sanità: per i clinici è svilente definire in questo modo i malati, chi si occupa di organizzazione a volte utilizza il termine di utenti, altri preferiscono il termine cittadini. Per evitare di alimentare una spirale di sterile discussione, è bene ricordare che l'attuale definizione di "cliente" proposta dall'ISO è molto ampia e definisce non solo la persona che paga per ottenere qualche cosa, ma tutte le persone o le organizzazioni che ricevono da un fornitore un bene materiale o un servizio. Nel caso quindi delle strutture sanitarie e socio-assistenziali classici esempi di clienti sono i pazienti visitati in ambulatorio e ricoverati in ospedale, gli ospiti di una residenza sanitaria assistenziale o di un alloggio protetto, i cittadini che si recano agli sportelli del distretto o i bambini che vengono vaccinati e i loro genitori. Ma anche all'interno delle aziende sanitarie esiste una fitta rete di relazioni cliente-fornitore lungo la quale vengono scambiati innumerevoli servizi tra le diverse componenti aziendali. Questa considerazione vale anche tra le organizzazioni che concorrono al funzionamento del sistema sanitario pubblico: per esempio, la aziende sanitarie sono clienti delle RSA o dei medici di medicina generale ricevendo da essi, sulla base di precisi accordi contrattuali, servizi assistenziali che contribuiscono a realizzare i livelli essenziali di assistenza che le aziende sanitarie devono assicurare ai cittadini.

È importante esplicitare che il cliente è solo una delle "parti interessate" al buon funzionamento dell'organizzazione e che accanto alle esigenze e aspettative dei malati che troviamo in reparto e in ambulatorio dobbiamo aggiungere anche le esigenze e le aspettative dei familiari, dei dipendenti, dei fornitori di beni e servizi, di chi finanzia il sistema (contribuenti), dei partner strategici, delle associazioni di volontariato e della comunità nel suo complesso.

La traduzione di questa impostazione nel contesto dell'assistenza sanitaria impone due considerazioni:

¹ Direttore Generale – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia autonoma di Trento

² Responsabile Unità per la qualità – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia autonoma di Trento

- a) le esigenze e le aspettative che un'azienda sanitaria deve soddisfare sono di tipo professionale, organizzativo e relazionale: anche se la dimensione professionale è la più ovvia (è la mission) spesso viene trascurata a favore delle dimensioni organizzativa e relazionale, più facili da aggredire perché meno dipendenti dai comportamenti dei professionisti sanitari;
- b) i diversi stakeholder dell'assistenza sanitaria hanno non solo esigenze e aspettative diverse tra di loro, a volte addirittura divergenti, ma hanno anche una diversa capacità di percezione delle stesse a causa delle asimmetrie informative esistenti.

La qualità non è quindi un qualche cosa di vago da aggiungere alle strutture sanitarie e ai servizi erogati, non è un "di più" rispetto al lavoro quotidiano, ma è la misura di come il lavoro soddisfa le esigenze e le aspettative dei clienti e degli altri soggetti interessati.

IL SISTEMA

Date queste premesse, per promuovere la qualità di sistema nel campo dell'assistenza sanitaria è necessario per ogni azienda sanitaria progettare, realizzare, mantenere, documentare e riesaminare periodicamente un sistema di gestione per la qualità. Tale sistema va inteso come un insieme coordinato, coerente e diffuso di comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi e risorse che consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate all'assistenza sanitaria.

Compito importante di questo sistema è di chiarire come i processi che concorrono all'assistenza sanitaria si interfacciano tra di loro, con gli altri processi organizzativi interni all'azienda sanitaria e con gli altri processi assistenziali presenti nella comunità di riferimento (ad esempio, il supporto offerto dagli enti locali, dalle case di riposo, dalle famiglie o dal volontariato), nella consapevolezza che i percorsi assistenziali utili ai pazienti risultano dalla concatenazione di più processi, lungo una sorta di "rete dei processi" che consente a ciascuno di costruire una catena assistenziale il più personalizzata possibile, composta da anelli clinici e organizzativi.

Le esperienze maturate negli ultimi decenni dentro e fuori la sanità mostrano come siano riconoscibili due grandi approcci alla qualità che, per comodità di illustrazione, possono essere separati ma che rappresentano gli estremi di uno spettro continuo. Da una parte abbiamo lo sviluppo di iniziative di miglioramento della qualità centrate su specifici aspetti e basate su iniziative individuali, isolate tra di loro e limitate nel tempo, con bassi livelli di coinvolgimento delle persone. Dall'altra parte, invece, il miglioramento della qualità passa attraverso un approccio unitario che tenta di rimodellare e trasformare le organizzazioni nella loro interezza, affinché migliorino la capacità complessiva di soddisfare esigenze e aspettative in modo sostenibile nel medio-lungo periodo: tale impostazione comporta il riorientamento di tutti i processi aziendali, sia clinici che amministrativi e un largo coinvolgimento delle parti interessate. C'è un consenso abbastanza diffuso che questo secondo l'approccio, che va sotto il nome di Total Quality Management (gestione totale per la qualità), rappresenti la strada che è preferibile percorrere. Nel panorama europeo, lo strumento di riferimento per il TQM è il Modello EFQM per l'eccellenza.

IL MODELLO EFQM

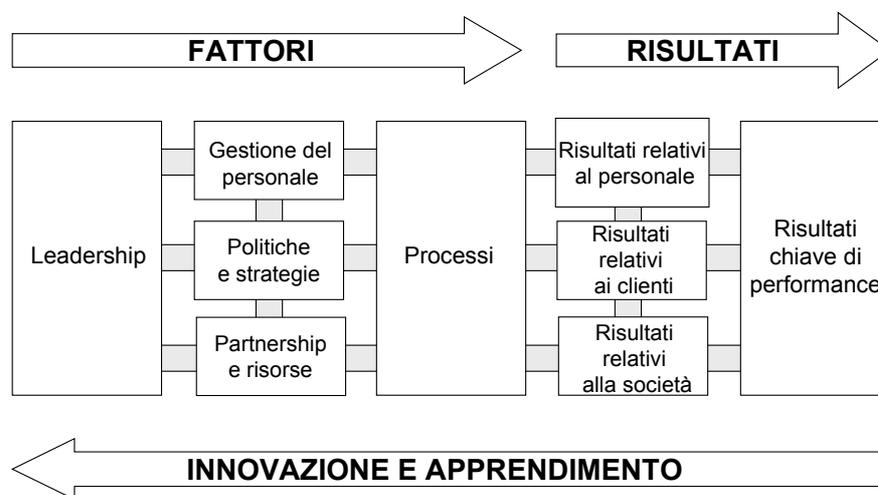
Il "Modello per l'eccellenza" proposto dall'EFQM (European Foundation for Quality Management) è uno strumento di gestione aziendale, articolato in nove criteri, che aiuta le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire l'organizzazione e di ottenere risultati, evidenziandone i punti di forza e di debolezza.

I nove criteri di eccellenza su cui è imperniato il Modello EFQM sono i seguenti: leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi, risultati relativi ai clienti, risultati relativi al personale, risultati relativi alla società e risultati chiave di performance; i primi cinque criteri sono classificati come “fattori” e gli altri quattro come “risultati”. La premessa che ne sta alla base è la seguente: eccellenti risultati relativi alla performance (finanziaria e operativa) e ai rapporti con i clienti, il personale e l’intera società si ottengono grazie a un’attenta azione di leadership sulle politiche e strategie, sul personale, sulle risorse e sui processi. L’analisi dei risultati consente poi di retroagire e di influenzare i fattori per migliorare (ciclo PDCA – Plan, Do, Check, Act).

È possibile una lettura tradizionale del modello “da sinistra a destra”, che consente alle organizzazioni di descrivere i fattori messi in campo e poi di misurare i risultati ottenuti. Un secondo punto di osservazione è invece quello “da destra a sinistra”, secondo il quale l’analisi dei risultati che si ottengono consente di rivedere e rimodellare l’organizzazione (cioè i fattori) in modo conseguente rispetto alle esigenze e alle aspettative degli stakeholder. L’integrazione di questi due punti di vista è probabilmente la più utile, perché abbina la dimensione pratica, concreta (“Come siamo oggi?”) con quella teorica (“Come dovremmo essere domani?”).

Particolarmente rilevante è il reticolo che lega tra di loro i 9 criteri e che rappresenta la vera sfida per chi vuole andare verso l’eccellenza, cioè verso l’eccezionale capacità di ottenere risultati (figura 1).

Figura 1: il Modello EFQM per l’eccellenza



Pur nella sua non specificità, la struttura del modello aiuta a “leggere” con chiarezza ed in modo sistemico alcuni elementi cruciali per le organizzazioni sanitarie quali, ad esempio, la scelta dei valori che ispirano la leadership, l’importanza strategica della gestione delle risorse umane, la necessità del governo dei processi clinici, la necessità di valutare i risultati clinici e la difficoltà a misurarli.

Il “Modello EFQM per l’eccellenza” è quindi uno strumento di gestione aziendale che promuove la qualità di sistema, evidenzia i punti di forza e di debolezza delle organizzazioni e suggerisce le aree sulle quali intervenire per migliorare continuamente

e per competere con i migliori, riconoscendo che esistono molti approcci diversificati per raggiungere la qualità sostenibile.

LA MISURA DELLA SODDISFAZIONE

Come detto in precedenza, gli stakeholder di un'organizzazione sono coloro "che scommettono su di essa, che sono portatori di interessi", sono cioè tutte quelle entità che hanno interessi legati al suo funzionamento. Trasferendo questo concetto alle aziende sanitarie, ci si rende presto conto che questo modo di procedere è sicuramente più completo e affascinante, anche se allarga notevolmente il ventaglio degli aspetti che la direzione deve considerare. Infatti le esigenze e aspettative delle parti interessate sono molte e diversificate: ad esempio, l'efficacia delle prestazioni, l'efficienza organizzativa, la limitazione nel consumo delle risorse, l'equità nell'erogazione del servizio, l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, la sicurezza, la riservatezza, il rispetto della dignità personale, il contenimento dei costi per gli utenti, le prospettive di carriera del personale, il bisogno delle famiglie di essere alleggerite del loro carico assistenziale e l'elenco potrebbe ancora continuare.

Risulta una semplificazione, a volte banale, isolare specifici processi assistenziali e tenere conto solo delle esigenze di una singola parte interessata: classico è l'esempio della visita specialistica ambulatoriale e della sua descrizione dal punto di vista del paziente, dalla prenotazione fino al pagamento del ticket. In questa nuova prospettiva è invece necessario considerare anche il processo di prescrizione della visita specialistica da parte del medico di medicina generale o di un altro specialista, il sistema dell'offerta delle prestazioni specialistiche, il livello di integrazione tra l'attività ambulatoriale e quella dei reparti, la collocazione della visita nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico complessivo, la considerazione dell'opinione pubblica sui tempi di attesa, la necessità di spendere del tempo per informare il paziente, il rapporto tra attività istituzionale e attività intra moenia, l'integrazione fra tutti i flussi informativi connessi a quella prestazione e, probabilmente, molti altri aspetti ancora.

L'obiettivo *ideale* di soddisfare completamente tutte le parti interessate è molto impegnativo e forse impossibile, dato che è difficile stabilire delle priorità tra le diverse parti interessate, che in molti casi le esigenze e le aspettative citate sono contrastanti tra di loro e che alcuni soggetti appartengono contemporaneamente a più categorie: tipico è l'esempio del cittadino "proprietario" del servizio pubblico le cui esigenze e aspettative divergono da quelle del cittadino "utente" del servizio stesso. L'obiettivo *reale* è quindi quello di conciliare le legittime esigenze e aspettative di tutte le parti interessate, garantendo comunque ai cittadini i livelli essenziali di assistenza e facendo in modo che le prestazioni erogate per garantire tali livelli abbiano un esito positivo sulla salute dei singoli, delle famiglie e della comunità.

In questa complessità, la direzione aziendale è chiamata non solo a identificare le esigenze e le aspettative di tutti i suoi stakeholder, ma anche a stabilire quale sarà il mix delle caratteristiche aziendali che dovranno soddisfare queste esigenze e aspettative. Per le aziende sanitarie pubbliche, ma anche per quelle private che operano in regime di concessione, si pone anche il problema di come stabilire le priorità e, dato l'obbligo di operare secondo il principio della trasparenza e dell'equità, di definire i criteri utilizzati. Infatti la maggior parte degli stakeholder di tali aziende è titolare di un diritto soggettivo o di un'attesa legittima e queste aziende non possono privilegiare un target di mercato e trascurarne un altro, né possono limitare la propria offerta ad alcuni servizi.

Accanto a ciò, appare di non poco conto e attualmente non ancora del tutto risolta la questione della misurazione dei livelli di soddisfazione delle esigenze e delle

aspettative degli stakeholder. Il dibattito nazionale sugli indicatori clinici di performance è appena all'inizio e le esperienze internazionali suggeriscono che non sarà un lavoro né facile né breve. Qualcosa in più è stato fatto sul tema degli indicatori di tipo organizzativo (efficienza), ma siamo ancora lontani da una effettiva rappresentazione della realtà e da una standardizzazione che consenta un confronto proficuo. Anche la misura della percezione della qualità ottenuta da parte dei diversi stakeholder rappresenta un campo ancora da dissodare, con notevoli difficoltà teoriche di tipo metodologico e con la difficoltà di collegare i risultati ottenuti dalle indagini svolte con i conseguenti cambiamenti di tipo organizzativo.

LE SCELTE APSS

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) è l'unica struttura sanitaria pubblica che serve i quasi 480.000 abitanti della provincia di Trento. È un ente strumentale della Provincia autonoma, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale. Opera con circa 7.000 collaboratori diretti e più di 500 tra MMG, PLS e altri professionisti convenzionati. Gestisce direttamente 11 presidi ospedalieri, 13 distretti sanitari e molte strutture ambulatoriali, grandi e piccole. Intrattiene rapporti contrattuali con 50 RSA private e con qualche decina di strutture private accreditate che operano sul versante dell'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e territoriale. Per svolgere le attività connesse all'erogazione dei LEA l'APSS impiega circa 750 milioni di euro all'anno e il bilancio di esercizio del 2002 si è chiuso in equilibrio.

Negli ultimi tre anni, l'Azienda ha adottato e realizzato un Programma di sviluppo strategico finalizzato alla promozione della salute, al miglioramento continuo della qualità e ad una gestione aziendale coerente con la propria missione dichiarata, con la visione e i valori aziendali esplicitati a tutte le parti interessate.

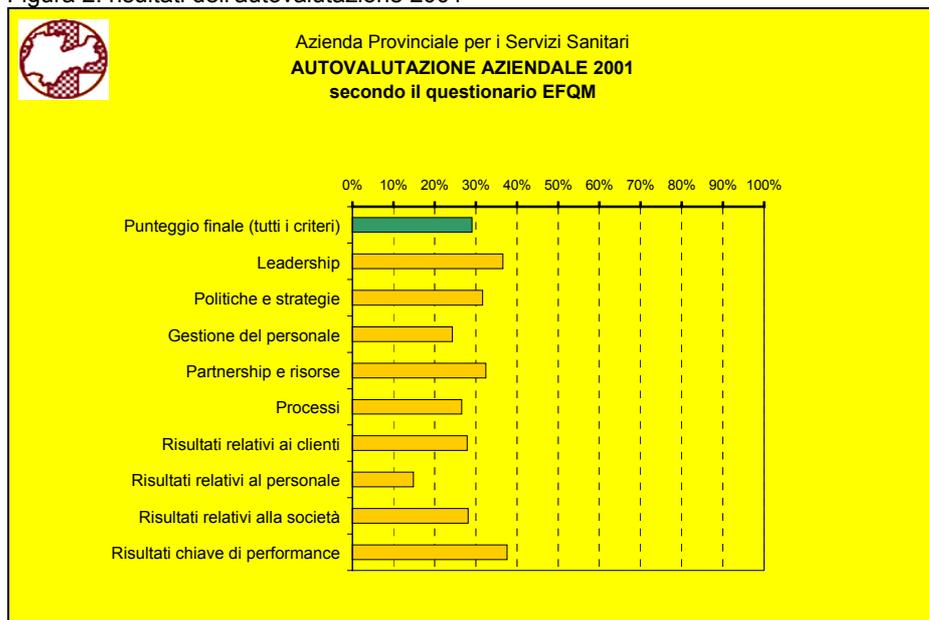
Utilizzando come strumento di supporto il Modello EFQM per l'eccellenza, si è scelto di innestare il sistema di gestione per la qualità nel lavoro e nei processi quotidiani, orientando alla qualità tutti gli aspetti della vita aziendale, piuttosto che riservare le attività di miglioramento della qualità a un gruppo limitato di persone, libere da compiti assistenziali, che operano trasversalmente alle unità operative e che rischiano di passare sopra le teste di chi garantisce il funzionamento ordinario.

Anche la costituzione di una Unità per la qualità, prevista da uno specifico obiettivo provinciale, si è integrata con questa scelta. Questa logica "reticolare" di gestione totale per la qualità non ha delegittimato, ma anzi valorizzato, il ruolo svolto da tutti i dipendenti dell'APSS e dai professionisti convenzionati che negli ambulatori, nei reparti, negli uffici, agli sportelli e in tutte le altre strutture hanno "nelle proprie mani" la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Tra le molte attività svolte nell'ambito del Programma di sviluppo strategico, nel corso del 2001 è stata realizzata la prima autovalutazione aziendale utilizzando l'apposito questionario proposto dal Modello EFQM. È stato coinvolto un panel, segmentato in 5 sottogruppi: direttore generale e direttori delle direzioni centrali, degli ospedali, dei distretti e dei dipartimenti strutturali; coordinatori dei dipartimenti funzionali; componenti del gruppo di lavoro "Il governo clinico dei livelli essenziali di assistenza"; componenti del gruppo di lavoro "L'integrazione dei processi tecnico-amministrativi"; componenti del gruppo di lavoro "L'assistenza infermieristica".

Pur con tutti i limiti metodologici legati al meccanismo di autovalutazione, la somministrazione del questionario e la successiva analisi dei risultati ha consentito di iniziare a tratteggiare quello che può essere definito come una sorta di profilo di eccellenza dell'APSS (figura 2).

Figura 2: risultati dell'autovalutazione 2001



Tra le numerose opportunità di miglioramento emerse dal confronto con i professionisti che avevano partecipato all'autovalutazione, è stata data priorità a due aree particolarmente critiche:

- a) lo scarso livello di coinvolgimento del personale, in particolare di quello infermieristico, nella declinazione operativa del programma di sviluppo strategico.
- b) la quasi totale assenza di strumenti di misurazione della soddisfazione degli utenti e del personale, usati in modo sistematico e metodologicamente corretto.

Sono state quindi pianificate alcune iniziative che hanno consentito di migliorare la performance dell'intera azienda sui seguenti punti:

1. evoluzione del processo di budget;
2. revisione della Carta dei servizi;
3. misura della soddisfazione di utenti e operatori.

Evoluzione del processo di budget. Il budget APSS si è progressivamente trasformato da strumento di contrattazione dei volumi produttivi e degli incentivi dei medici a reale processo di definizione, sviluppo e monitoraggio dei programmi di attività delle unità operative e dei servizi, che valorizza la dimensione clinica e il contributo dato da tutte le figure professionali.

Il processo di budget 2003 terminato nel mese di marzo è ruotato attorno al "fascicolo di budget", composto per ogni unità operativa e servizio dai seguenti documenti:

- direttiva di budget del direttore generale;
- obiettivi di attività quali/quantitativi, anche con indicatori di tipo clinico;
- Carta dei servizi, con standard di servizio;
- indicazioni sulle risorse disponibili;
- scheda incentivazioni dirigenza (retribuzione di risultato);
- scheda incentivazioni personale di comparto (produttività individuale e collettiva);
- piano di acquisizione delle attrezzature;
- documento di valutazione dei rischi.

Revisione della Carta dei servizi. La Carta dei servizi è un importante elemento nel quadro del Programma di sviluppo strategico aziendale, in quanto non solo costituisce

uno strumento di informazione dei cittadini ma, soprattutto, identifica degli standard di servizio che impegnano l'azienda nel suo complesso. È stato scelto di rivedere la Carta dei servizi in modo partecipato, coinvolgendo l'Assessorato, gli ordini professionali, tutte le unità operative aziendali e tutte le 190 associazioni di volontariato trentine che operano nel settore sanitario e sociosanitario. Questo modo di procedere ha senza dubbio aggiunto valore al documento, in quanto esso è stato fatto proprio da tutti gli stakeholder che sono stati in qualche modo coinvolti nella sua definizione.

Dopo un articolato processo di revisione incrociata tra gli stakeholder coinvolti, la prima parte della Carta dei servizi è stata approvata formalmente ed è stata recapitata per posta a tutte le 190.000 famiglie trentine: essa contiene i principi generali, i meccanismi di tutela e una descrizione sintetica delle strutture aziendali, dei principali servizi erogati e delle relative modalità di accesso.

Con un meccanismo di coinvolgimento analogo è stata definita anche la seconda parte della Carta dei servizi, che contiene la descrizione dettagliata dei servizi disponibili per disciplina e per unità operativa, le modalità di accesso, i fattori di qualità, gli indicatori e gli standard di qualità. A causa della necessità di mantenere un elevato livello di aggiornamento dei dati contenuti in questa sezione della Carta, si è abbandonato il formato cartaceo e i dati sono stati caricati sul sito web aziendale: tutte le unità operative e i servizi sono stati messi in grado di caricare autonomamente i propri dati e di stampare le diverse schede.

La soddisfazione degli stakeholder. Nel corso del 2002 sono state condotte alcune iniziative di misurazione dei livelli di soddisfazione degli utenti e del personale:

- realizzazione dell'indagine "Qualità e salute" per la misurazione integrata dei livelli di soddisfazione dei cittadini trentini, dei medici e degli infermieri ospedalieri (dettagliatamente descritta nel presente volume);
- partecipazione dell'APSS al progetto interaziendale promosso dalla FIASO denominato "Confrontarsi per migliorare";
- questionario sul gradimento del vitto presso l'ospedale S. Chiara;
- questionari di soddisfazione destinati a gruppi mirati di utenti di alcune unità operative e servizi.

CONCLUSIONE

La gestione totale per la qualità rappresenta oggi la modalità organizzativa che gode del maggior consenso internazionale per promuovere la qualità di sistema.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari si è da tempo incamminata lungo questo faticoso cammino e, grazie al lavoro integrato di tutti coloro che hanno "nelle proprie mani" la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti sono stati più che soddisfacenti.