

Clinical Governance o Integrated Governance? L'approccio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

<http://www.governoclinico.it>

Carlo Favaretti, Paolo De Pieri*, Fabrizio Fontana, Giovanni Maria Guarrera^o, Enrico Baldantoni^{oo}, Alberto Betta^{ooo}, Franco Debiasi[^], Giovanni Dossi^{^^}**

Direttore Generale – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

**Staff del Direttore Generale – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento*

***Direttore Cura e Riabilitazione – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento*

^oStaff del Direttore Cura e Riabilitazione – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{oo}Direttore Ospedale di Trento – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{ooo}Direttore Igiene e Sanità Pubblica – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

[^]Direttore Amministrazione, Controllo e Affari Generali – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{^^}Direttore Personale e Sistemi Informativi – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

La “governance”

«Quelli che s'innamora di pratica senza scienza, son come il nocchiere ch'entra in porto senza timone o senza bussola, che mai ha certezza dove si vada. Sempre la pratica deve essere edificata sopra la bona teoria».

Così Leonardo da Vinci sintetizza in poche parole la relazione che deve esistere tra la teoria e la pratica, tra le enunciazioni di principio e la realizzazione di cose concrete, tra il dire e il fare. Ed è per questo che, prima di

descrivere come l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) ha dato una forma al concetto teorico di governo di un'«organizzazione sanitaria pubblica finalizzata a garantire ai cittadini i livelli essenziali d'assistenza», è fatto un accenno ad alcuni elementi teorici che ne stanno alla base.

Il termine “governance” è recentemente entrato nel nostro linguaggio ma, come accade spesso per i termini che non sono prontamente tradotti, rimanda a significati non

sempre interpretati in modo condiviso; inoltre la specificità dei contesti nei quali il termine viene usato rischia a volte di oscurarne il significato generale. Su un punto però c'è accordo: «*governance is not government and is not management*».

Parafrasando la definizione proposta dal Programma UN-HABITAT delle Nazioni Unite¹, la *governance* è la somma dei molteplici modi con i quali gli *stakeholder* di un'organizzazione pianificano e gestiscono la vita dell'organizzazione stessa. La *governance* è il continuo processo attraverso il quale possono essere equilibrati gli interessi diversi e/o contrapposti degli *stakeholder* e possono essere sviluppate azioni cooperative; comprende sia i meccanismi decisionali formali e informali dell'organizzazione, sia il contributo individuale (capitale sociale) degli *stakeholder*. Il concetto generale di *governance* può essere applicato a più livelli: globale, nazionale, organizzativo (per esempio, imprese, ospedali, scuole) e comunitario/informale².

In altri termini, la *governance* è un insieme coordinato e condiviso di politiche, strategie, regole, accordi, processi e procedure che definiscono chi assume le decisioni in un'organizzazione (a qualsiasi livello), in quali ambiti, come queste decisioni vengono prese e il modo in cui chi decide rende conto al resto degli *stakeholder*. Il concetto riconosce che la gestione del "potere" in una struttura complessa avviene dentro e fuori lo schema decisionale formale e che le decisioni scaturiscono dalla interazione tra i diversi *stakeholder*, ciascuno portatore di specifiche esigenze e aspettative, scale di priorità e capacità di percezione dei risultati ottenuti.

La Clinical Governance

Il concetto di *Clinical Governance* è stato formalizzato nel decennio scorso nel contesto della normativa di riferimento del Servizio Sanitario inglese³, cioè quando è stato stabilito che la gestione della qualità dei servizi sanitari (pianificazione, controllo, assicurazione e miglioramento) diventava un "dovere" istituzionale e condiviso tra i professionisti clinici, i professionisti organizzativi e i decisori politici. Secondo la definizione più usata, la *Clinical Governance* è «un sistema, una struttura per mezzo della quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale rispondono del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza nell'assistenza clinica deve prosperare»⁴.

La *Clinical Governance* non è quindi "il governo sui clinici" e neppure il "governo da parte dei clinici", ma è uno dei terreni più importanti sui quali i diversi professionisti e le organizzazioni sanitarie devono mettere a frutto le loro competenze (*evidence-based*), possono sviluppare i rispettivi ambiti di autonomia e sono chiamati dagli altri *stakeholder* (i pazienti, i finanziatori, le comunità locali) a rispondere delle loro scelte. Essa richiede lo sviluppo di un sistema complessivo con le seguenti caratteristiche⁵:

- i bisogni di salute dei pazienti sono al centro dell'attenzione di tutti;
- le informazioni relative alla qualità dei servizi sono rese disponibili ai professionisti, ai pazienti e al pubblico;

- le differenze nell'accesso alle prestazioni, nei processi assistenziali e nei risultati clinici ottenuti vengono misurate e c'è il continuo impegno a ridurle;
- tutte le organizzazioni del sistema collaborano alla qualità dei servizi e al suo continuo miglioramento;
- i professionisti lavorano in team per erogare prestazioni sempre migliori sul piano dei risultati clinici e della sicurezza;
- i rischi e i pericoli per i pazienti sono portati al più basso livello possibile;
- l'assistenza sanitaria è basata su prove di efficacia e su buone pratiche cliniche.

Data la complessità del tema affrontato, il servizio sanitario inglese ha messo in campo una ricca serie di strumenti (pubblicazioni, gruppi di lavoro, obiettivi, linee guida, organizzazioni dedicate, meccanismi di controllo, assetti organizzativi ecc.) destinati a supportare i professionisti, le organizzazioni e l'intera comunità nel perseguimento dell'ambizioso obiettivo che presuppone non solo un grande cambiamento organizzativo ma anche, e soprattutto, un profondo cambiamento culturale da parte di tutti gli attori del sistema.

L'Integrated Governance

Nel contesto del servizio sanitario inglese è stato recentemente avviato un dibattito che punta direttamente al concetto di *Integrated Governance*. Senza entrare in pericolose spirali linguistiche (che portano diritte alla Babele comunicativa e che, a volte, nascondono il vuoto sul versante del fare) è però interessante osservare che, appena stabilizzato il processo di *Clinical Governance*, si sta ponendo il problema di come integrare tra loro tutti gli altri elementi che costituiscono i diversi aspetti della gestione delle organizzazioni sanitarie.

L'espressione *Integrated Governance* è stata introdotta nel 2003 con il documento "*Governing the NHS: a guide for NHS Boards*"⁶ per descrivere la necessità di tenere insieme i diversi sistemi settoriali di *governance* (clinica, finanziaria, gestionale, della ricerca e dell'informazione) ed eliminare le sovrapposizioni esistenti, con l'obiettivo di riallineare i diversi processi che ne stanno alla base. La necessità di un approccio integrato parte dal riconoscimento che il lavoro svolto "a canne d'organo" è dispersivo e non più sufficiente: per questo motivo bisogna sviluppare uno strumento unificante che aiuti le organizzazioni a realizzare la propria missione⁷.

Il concetto di *Integrated Governance* è simile a quello di *Corporate Governance*, che è l'insieme di regole e strutture organizzative mediante il quale le imprese vengono gestite e controllate, anche se in questo secondo caso la sottolineatura è posta sul modo in cui vengono composti gli interessi dei diversi soggetti che hanno rapporti economici con le imprese stesse: obiettivo della *Corporate Governance* è la «massimizzazione del valore per gli azionisti, che comporta, in un'ottica di medio/lungo termine, elementi di positività anche per tutte le altre persone interessate alla vita dell'impresa, quali clienti, fornitori, dipendenti, creditori, consumatori e la comunità»⁸.

Di fronte a tanto zelo organizzativo, nascono alcune domande. Perché è proprio necessario avere sistemi di *governance*, per di più integrati tra di loro? Perché non bastano le leggi, le deliberazioni e gli ordini di servizio per far funzionare al meglio le aziende sanitarie italiane, incardinate in una rigida struttura gerarchica al cui vertice è posto un direttore generale, organo monocratico?

La teoria della complessità aiuta a dare una spiegazione. Le aziende sanitarie pubbliche possono essere considerate dei "sistemi adattativi complessi"; anzi, l'articolato assetto organizzativo e la dispersione geografica portano a dire che il più delle volte sono una costellazione di diversi sistemi adattativi complessi: c'è il sistema dell'assistenza ospedaliera e quello delle cure primarie, il sistema dei professionisti clinici e quello dei professionisti organizzativi, il sistema dei centri più importanti e quello delle periferie. Se poi consideriamo l'appartenenza al servizio sanitario pubblico, esse rappresentano solo una delle parti di un sistema complesso ancora più grande che comprende anche gli accreditati e le strutture regionali.

A volte utilizziamo l'immagine della macchina quale metafora utile a ridurre la complessità di queste organizzazioni, per cercare di descriverle con un numero finito di variabili (controllo di gestione) e per prevederne il comportamento attraverso algoritmi di calcolo. È necessario riconoscere invece che un'azienda sanitaria può e deve essere vista anche come un organismo vivente che costruisce i propri percorsi di evoluzione e di adattamento ai cambiamenti esterni con un mix di comportamenti non solo determinati da regole esterne (legislative, economiche, organizzative) ma anche sviluppati in modo autonomo a partire dalle competenze dei suoi membri, in modo particolare dei professionisti.

Tutto ciò necessita di una gestione aziendale non deterministica, dinamica, flessibile (adattativa) che governi le reazioni dell'organizzazione alle perturbazioni e consenta di far emergere in modo sostenibile, tra tutte quelle possibili, l'evoluzione organizzativa più adatta a soddisfare le esigenze e le aspettative di tutti gli *stakeholder*. Per fare ciò, non è più sufficiente utilizzare solo gli strumenti di governo eterodiretti (approccio *top-down*, budget, controllo di gestione, ordini), ma è necessario sviluppare meccanismi che valorizzino "l'intelligenza interna" del sistema, dando a tutti l'opportunità di dimostrare la propria competenza, autonomia e responsabilità⁹⁻¹⁰.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

L'APSS ha dieci anni di vita, è l'unica struttura sanitaria pubblica che opera nella Provincia Autonoma di Trento (480.000 abitanti) e la sua missione può essere così riassunta: «L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia autonoma di Trento, ha il compito di gestire 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'APSS eroga prestazioni su tutti e tre i versanti previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza: per fare ciò gestisce

direttamente 2 ospedali principali, 5 ospedali di distretto, 13 distretti sanitari e alcune decine di sedi ambulatoriali distribuiti in tutta la Provincia (le liste di attesa per la specialistica ambulatoriale sono più di 2500, alle quali vanno aggiunte le sottoliste per le priorità cliniche). In tali strutture operano circa 7000 dipendenti: circa 3000 infermieri e 850 medici. L'APSS garantisce l'erogazione delle prestazioni anche grazie a rapporti contrattuali e convenzionali con alcune strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con circa 50 Residenze Sanitarie Assistenziali e 650 medici di Medicina Generale, pediatri e altri specialisti. Il bilancio di esercizio 2003 dell'APSS è stato di 811 milioni di euro e si è chiuso in equilibrio.

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico

Nel 2000, al termine di un ciclo che aveva gestito il passaggio dalla frammentazione delle strutture sanitarie pubbliche trentine a un'azienda unica, l'APSS ha avviato un nuovo ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) di gestione aziendale. L'adozione del "Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004" (PASS 2004) è stato un processo di pianificazione condiviso (PLAN) che ha riconosciuto la necessità di dover bilanciare le esigenze e aspettative dei numerosi *stakeholder* aziendali e ha esplicitato le specifiche linee di sviluppo lungo cui orientare l'azione aziendale (promozione della salute, miglioramento della qualità, gestione aziendale)¹¹⁻¹².

In questi anni l'intera organizzazione si è sforzata di realizzare la missione affidata dalla Provincia Autonoma di Trento in coerenza con quanto pianificato (DO). Le annuali "Relazioni sulla gestione" presentate al Governo trentino hanno consentito di svolgere un'attività di CHECK (continua e di terza parte) e ora è in corso la stabilizzazione dei risultati raggiunti in certe aree e il miglioramento in altre (ACT), con l'obiettivo di creare le condizioni favorevoli alla fase di PLAN del successivo giro della "ruota di Deming" (cioè il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009).

Il PASS 2004 è stato un importante elemento di motivazione e integrazione, in quanto ha rappresentato il modo in cui la direzione aziendale ha condiviso, comunicato e sostenuto la direzione ideale verso cui andare, una sorta di "orologio interno" che ha facilitato il movimento sincrono dell'organizzazione.

In questi anni lo sforzo direzionale è stato quello di integrare le diverse "canne d'organo" rappresentate dai sistemi di gestione settoriali: la qualità, la sicurezza, la tecnologia, la clinica, il controllo di gestione, il budget e molti altri ancora. Continuando la metafora, si può dire che l'obiettivo non è stato solo quello di intonare al meglio il suono delle singole canne dello strumento, ma soprattutto di farle suonare insieme con il supporto di una buona meccanica, di una gradevole pagina musicale e di un'adeguata acustica ambientale.

Il Modello EFQM per l'eccellenza

Lo strumento manageriale di riferimento che ha supportato lo sviluppo di esperienze di "Integrated Governance"



LE AUTOVALUTAZIONI EFQM

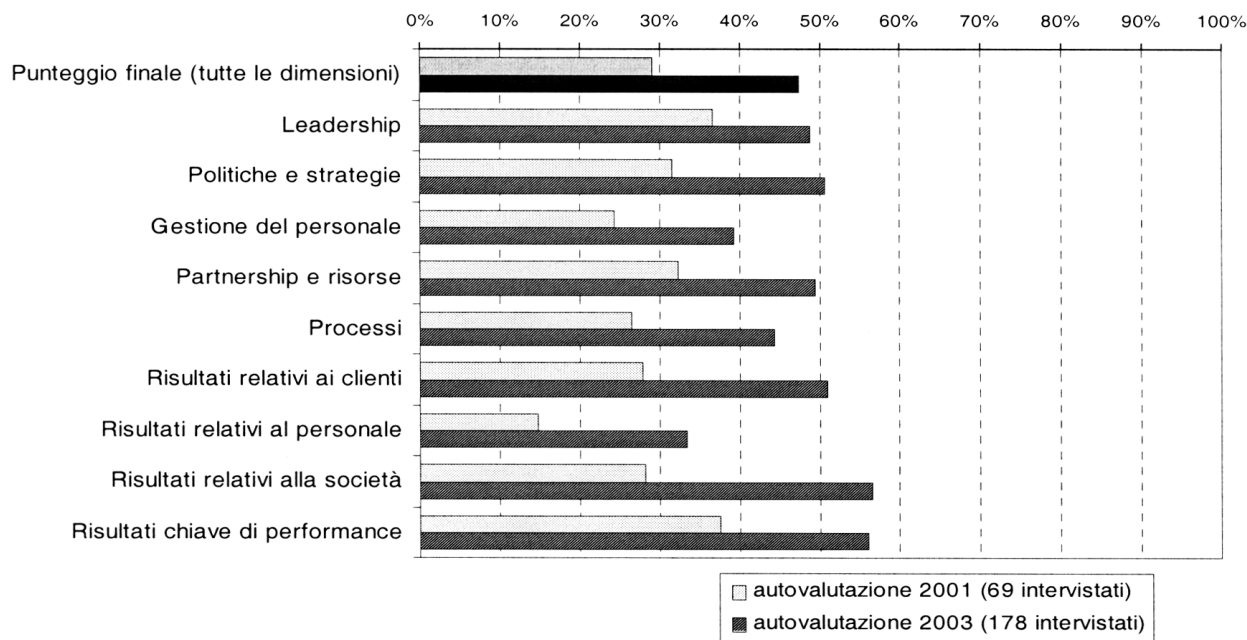


Figura 1. Risultati delle due autovalutazioni aziendali secondo il “Modello EFQM per l’eccellenza” realizzate nel 2001 e nel 2003.

nell'APSS è stato il “Modello per l’eccellenza” proposto dalla *European Foundation for Quality Management* (EFQM)¹³⁻¹⁶. È uno strumento articolato in nove criteri, che aiuta le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire e di ottenere risultati.

Anche se nato nel contesto della grande impresa europea, il Modello si è affermato come lo strumento di riferimento in Europa per la “gestione totale della qualità”. La Commissione Europea ha più volte manifestato il suo interesse per sostenere con questo strumento l’evoluzione della pubblica amministrazione e sono ormai molte le strutture sanitarie europee che lo adottano per governare le strategie globali di miglioramento. I nove criteri su cui è imperniato il “Modello EFQM” sono divisi in due gruppi: i fattori (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e i risultati (relativi ai clienti, relativi al personale, relativi alla società e risultati chiave di performance).

Lo strumento EFQM è stato utile non solo perché ha orientato e supportato specifiche iniziative di miglioramento, ma soprattutto perché è stata la trama unitaria che ha contribuito a collegare sempre di più i diversi processi aziendali, l’analisi dei fattori con la misurazione dei risultati, le diverse professionalità tra di loro, la pianificazione con il controllo, le esigenze degli *stakeholder* e la loro soddisfazione. Particolarmente utili sono state le due autovalutazioni aziendali condotte nel 2001 e nel 2003^{17,18}: la Figura 1 mostra come tra le due autovalu-

zioni sia stato registrato un netto miglioramento in tutti gli elementi considerati dal Modello.

L’*European Foundation for Quality Management*, al termine di un procedimento formale di controllo esterno, alla fine del 2004 ha concesso all’intera APSS il primo dei tre livelli previsti dallo schema di riconoscimento: “l’impegno all’eccellenza” (“*Committed to excellence*”). In Italia, è la prima organizzazione sanitaria e la prima organizzazione della pubblica amministrazione a ottenere questo importante riconoscimento.

La gestione aziendale per la qualità

Un punto centrale del PASS 2004 è stata la scelta di innestare il sistema di gestione per la qualità (professionale, organizzativa e relazionale) nel lavoro quotidiano e di orientare alla qualità tutti i processi aziendali, piuttosto che coinvolgere nelle attività di miglioramento della qualità solo gruppi limitati di persone, riservare tali attività a specifici processi aziendali (magari non clinici) e applicare in modo acritico strumenti sviluppati in altri contesti.

Data la nostra appartenenza al servizio sanitario pubblico, il sistema di gestione per la qualità si è innanzitutto modellato attorno ai requisiti minimi per l’autorizzazione e a quelli ulteriori per l’accreditamento istituzionale previsti dalla PAT. Altre attività quali, per esempio, la certificazione di alcuni specifici settori aziendali, l’accreditamento *Joint Commission International* per il maggior ospedale aziendale, il “*Comittment to excellence*” dell’EF-

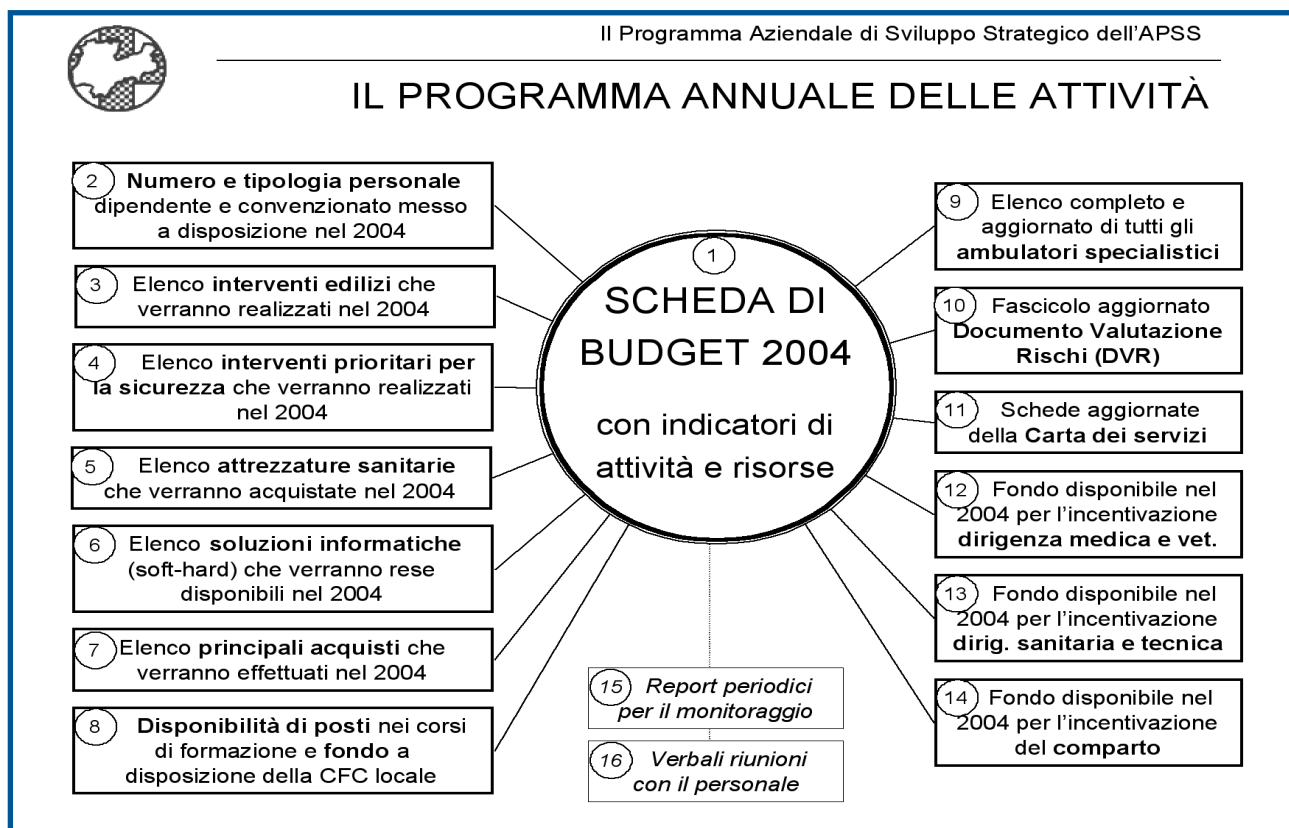


Figura 2. Elementi che compongono i fascicoli di budget delle direzioni centrali, degli ospedali, dei distretti e dei dipartimenti strutturali interospedalieri.

QM, l'audit civico in collaborazione con CittadinanzAttiva o il progetto FIASO "Confrontarsi per migliorare" sono state sviluppate successivamente e in modo coerente. Tale impostazione è stata sostenuta da una specifica attività formativa, gestita internamente, che ha portato alla costituzione della "rete aziendale per la qualità", cioè di un gruppo di quasi 300 operatori che hanno il compito di:

- supportare i direttori centrali, di ospedale, di distretto e di dipartimento strutturale nell'impostazione, definizione, realizzazione, monitoraggio e verifica dei programmi di attività (budget);
- facilitare la diffusione "reticolare" del sistema di gestione per la qualità, connettendo tra di loro le iniziative per la qualità realizzate dalle diverse strutture aziendali;
- fornire indicazioni di ritorno alla direzione aziendale che consentano di affinare sempre più il sistema.

Il programma annuale di attività (budget)

Un'occasione importante utilizzata per integrare i processi aziendali è stata la continua revisione del processo di budgeting. Come nella gran parte delle Aziende sanitarie italiane, anche nell'APSS il budget aveva un ruolo settoriale, limitato per lo più agli aspetti finanziari e amministrativi del consumo delle risorse; i medici lo consideravano importante solo perché in esso venivano esplicitate le loro incentivazioni economiche; mentre il resto del personale non era quasi mai coinvolto nella sua definizione e gestione.

Dal 2001 al budget è stato assegnato il nuovo significato di "programma di attività" che consente di pianificare, gestire e verificare le risorse disponibili e le attività da svolgere nell'anno. Le schede di budget degli ospedali, dei distretti, dei dipartimenti strutturali e delle unità operative sono state strutturate secondo i Livelli Essenziali di Assistenza, indicando le attività ordinarie, le azioni innovative e le attività comuni: governo delle interfacce organizzative, adeguamento ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, gestione dei flussi informativi, Carta dei servizi, gestione delle risorse umane e controllo dei costi di produzione, obiettivi specifici assegnati annualmente dalla PAT. Progressivamente le schede di budget sono inoltre integrate con i piani operativi settoriali¹⁹ (per esempio, edilizia, attrezzature, informatica, formazione, personale, beni e servizi) e con i meccanismi incentivanti (Figura 2). Nelle schede di budget sono stati inseriti alcuni indicatori clinici: tale novità, a lungo attesa e invocata dai clinici, ha rappresentato indubbiamente un forte elemento di motivazione, anche se ha creato qualche incertezza soprattutto per quanto riguarda la scelta degli indicatori, la loro appropriatezza rispetto al processo assistenziale da valutare e la ricerca di standard di riferimento per l'interpretazione dei risultati ottenuti. L'obiettivo finale non è stato tanto quello di legare i risultati clinici agli aspetti economici (per esempio, ai consumi e alle incentivazioni), quanto rendere esplicito che la performance aziendale si gioca in prima battuta sulla capacità di affrontare la malattia e tutelare la salute, in un quadro complessivo in cui il consumo delle

risorse messe a disposizione dalla comunità e la capacità di produrre le singole prestazioni sono importanti, ma non devono catturare tutta l'attenzione.

L'accountability (il dover rendere conto)

Data la natura pubblica dell'Azienda e la conseguente necessità di rendere conto dell'attività svolta, un ruolo importante nella gestione integrata è stato assegnato ai meccanismi di verifica esterna, che consentono di dare assicurazione agli *stakeholder* sul reale funzionamento di aspetti che, a volte, gli *stakeholder* stessi non riescono pienamente a percepire.

Il primo meccanismo utilizzato è stato quello dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale. Il personale dell'Azienda ha collaborato allo sviluppo complessivo del sistema provinciale di autorizzazione e accreditamento istituzionale ed è stato coinvolto nell'organizzazione del nucleo di valutazione istituito presso l'Assessorato per lo svolgimento delle visite ispettive in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della provincia.

Per adempiere agli obblighi connessi all'autorizzazione sanitaria, sono state realizzate le seguenti attività:

- a. autovalutazione del possesso dei requisiti previsti da parte di tutte le strutture aziendali;
- b. elaborazione e approvazione degli eventuali programmi di adeguamento;
- c. ribaltamento nei budget delle attività descritte nei programmi di adeguamento.

Sulla base di uno specifico obiettivo assegnato dalla PAT è stato inoltre avviato presso l'ospedale Santa Chiara di Trento un progetto di miglioramento basato sui criteri di accreditamento professionale proposti dalla *Joint Commission International* (JCI). La sperimentazione ha avuto un duplice obiettivo: sul versante interno, rendere più agevole il cammino del Santa Chiara verso il soddisfacimento dei requisiti richiesti per l'autorizzazione sanitaria e per l'accreditamento istituzionale da parte della PAT, mentre sul versante esterno ha consentito di acquisire elementi preziosi per lo sviluppo del programma provinciale di accreditamento istituzionale. Come per tutte le altre iniziative di miglioramento, anche questa è stata collegata ai programmi annuali di attività (budget) delle unità operative e dei servizi coinvolti.

Accanto a questo meccanismo istituzionale (obbligatorio), sono stati utilizzati altri strumenti (volontari) di garanzia/assicurazione della qualità. Sul piano professionale sono state avviate iniziative di accreditamento professionale di alcune unità operative, basate essenzialmente su programmi e manuali di accreditamento promossi da alcune società scientifiche (per esempio, laboratorio, pronto soccorso, diabetologia, senologia). Su quello organizzativo sono in corso attività per il raggiungimento della certificazione ISO 9001 del servizio formazione, del servizio veterinario e del servizio prevenzione e protezione; sulla stessa linea si colloca anche l'attività preparatoria del dipartimento di laboratorio per la certificazione ISO 15189. Il laboratorio di igiene e sanità pubblica è

stato invece accreditato dall'Istituto Superiore di Sanità. È stata attivata la revisione da parte di società iscritta all'apposito albo Consob di alcune poste del bilancio e delle sottostanti procedure amministrative per il conseguimento della "certificazione" del bilancio. Per quanto riguarda il rapporto diretto con i cittadini, l'Azienda ha partecipato alla prima sperimentazione dell'audit civico promosso da CittadinanzAttiva che si è tradotta in una serie di visite ispettive effettuate dai cittadini nelle strutture e in una valutazione congiunta Azienda-Associazione che hanno dato origine ad alcune delle iniziative sopra descritte.

Infine l'Azienda ha completato lo specifico piano di miglioramento approvato e validato dall'*European Foundation for Quality Management* per ottenere il primo livello di eccellenza ("*Commitment to excellence*") previsto dagli schemi di riconoscimento dell'EFQM.

Conclusione

«La pratica deve essere edificata sopra la buona teoria» ricordavamo all'inizio con Leonardo da Vinci.

La visione integrata è stata resa possibile dallo sviluppo di un'"infrastruttura" gestionale (*framework*) che ha migliorato la saldatura e il dialogo tra i mondi dei professionisti appena citati, protagonisti entrambi (come indica una recente immagine di copertina del *British Medical Journal*) di una gara di corsa a ostacoli nella quale, legati tra di loro, "concorrono" alla vittoria finale e non sono "in competizione" per la stessa.

Bibliografia

1. United Nation Human Settlements Programme. Principles of Good Urban Governance. <http://www.unhabitat.org/campaigns/governance>
2. Institute On Governance. *Principles for Good Governance in the 21st Century. Policy Brief N. 15 - 2003.* <http://www.iog.ca/publications/policybrief15.pdf>
3. Department of Health. *A First Class Service. Quality in the new NHS.* 1998.
4. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317: 61-65.
5. NHS Clinical Governance Support Team. *A Vision of High Quality Care 2004.* http://www.cgsupport.nhs.uk/About_CGST/A_vision_of_high_quality_healthcare.asp
6. NHS Appointment Commission. *Governing the NHS. A guide for NHS Boards. June 2003* (<http://www.dh.gov.uk>)
7. Deighan M, Cullen R, Moore R. The Development of Integrated Governance. *Debate* N. 3, May 2004. The NHS Confederation (<http://www.cgsupport.nhs.uk/PDFs/debate3.pdf>)
8. Il sole24ore. *Glossario.* <http://www.ilsole24ore.com/>
9. Plsek P. *Redesigning health care with insights from complex adaptive systems.* In: Crossing the quality chasm. National Academic Press, Washington, 2001: pp. 322-335.
10. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making Clinical Governance work. *BMJ* 2004; 329: 679-681.
11. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento. *Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004.* <http://www.apss.tn.it>
12. Favaretti C, De Pieri P. *Il sistema di gestione per la qualità*

- nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. In: Arena G e Marcantoni M. (Eds.). La certificazione del sistema qualità nella pubblica amministrazione: utopia o percorso possibile? Quaderni di Castel Ivano 2001; pp. 65-74.
13. European Foundation for Quality Management. *The Fundamental Concepts of Excellence*, 2003. ISBN 90-5236-077-4
 14. European Foundation for Quality Management. *Il Modello EFQM per l'Eccellenza*, 1999. <http://www.efqm.org/>
 15. European Foundation for Quality Management. *EFQM Excellence Model*. http://www.efqm.org/model_awards/model/excellence_model.htm
 16. European Foundation for Quality Management. *Valutare il proprio grado di Eccellenza: un approccio basato su questionario*, 1999. <http://www.efqm.org/>
 17. De Pieri P, Favaretti C, Fontana F *et al.* Autovalutazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento secondo il Modello EFQM per l'eccellenza: risultati preliminari. *QA* 2002; 13(2): 79-86.
 18. Favaretti C, De Pieri P, Fontana F *et al.* *La gestione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e il Modello EFQM*. In: Atti del XXI Convegno Nazionale AICQ: "Qualità oggi: cosa cambia, contributi per capire". Roma, 2003. <http://www.aicq.it/Convegno/>
 19. APSS. *Direttive di budget 2004*. http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_268744_0.doc

Integrated Governance: esempi applicativi nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

<http://www.governoclinico.it>

Carlo Favaretti, Paolo De Pieri*, Fabrizio Fontana, Giovanni Maria Guarrera°, Enrico Baldantoni^{oo}, Alberto Betta^{oo}, Franco Debiassi[^], Giovanni Dossi^{^^}**

Direttore Generale – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

*Staff del Direttore Generale – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

**Direttore Cura e Riabilitazione – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

°Staff del Direttore Cura e Riabilitazione – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{oo}Direttore Ospedale di Trento – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{oo}Direttore Igiene e Sanità Pubblica – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

[^]Direttore Amministrazione, Controllo e Affari Generali – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

^{^^}Direttore Personale e Sistemi Informativi – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

In questi anni lo sforzo congiunto tra la direzione e i diversi livelli operativi è stato quello di integrare le diverse "canne d'organo" della gestione aziendale. Di seguito vengono descritti alcuni specifici interventi che hanno coinvolto l'intera organizzazione e che sono stati realizzati in un contesto fortemente contraddistinto dal Programma Aziendale di Sviluppo Strategico, dal Modello EFQM per l'eccellenza, dall'approccio reticolare alla gestione per la qualità, dalla continua evoluzione del processo di *budgeting* e dai meccanismi di *accountability*³.

La valutazione della tecnologia sanitaria

Sul versante della tecnologia sanitaria, il primo passo è stato quello di "allargare" gli orizzonti dell'organizzazione. A partire dalla definizione di tecnologia sanitaria proposta dall'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment* («insieme delle attività di prevenzione e di riabilitazione, i vaccini, i farmaci, i dispositivi, le procedure mediche e chirurgiche, e i sistemi all'interno dei quali la salute è protetta e mantenuta»), i concetti di valutazione e gestione della stessa sono stati applicati non solo alle componenti "hard" dell'assistenza come, per esempio, le attrezzature elettromedicali, ma anche alla parte "soft" come i processi assistenziali che rappresentano, senza ombra di dubbio, la componente più importante dell'agire aziendale⁴⁻⁷. Alla fine del 2003 è stato consolidato l'intero processo

integrato di gestione delle attrezzature elettromedicali avviato nell'APSS negli anni precedenti: ora può essere considerato, a buon diritto, come un macroprocesso unitario e armonico che inizia con la proposta dell'acquisizione (supportata da elementi propri della HTA) e prosegue con l'individuazione del livello di priorità, l'assegnazione del finanziamento, la definizione del piano operativo delle acquisizioni, lo svolgimento delle specifiche procedure di acquisto, collaudo e messa in uso, i controlli di qualità e sicurezza, le segnalazioni sulla sicurezza emanate dagli enti nazionali e internazionali, la manutenzione ordinaria e straordinaria, la gestione della documentazione e dei manuali d'uso, la messa fuori uso e il conseguente smaltimento. Il punto di partenza di questo macroprocesso è costituito dalla scheda con la quale ogni unità operativa, a partire da espliciti bisogni di salute e con il supporto di adeguata letteratura, può presentare le proprie richieste di nuove attrezzature (sostituzioni e innovazioni): tali richieste vengono vagliate e ordinate, secondo criteri espliciti di priorità, dalle direzioni di ospedale e di distretto e, al termine, una commissione aziendale (composta da professionisti clinici e professionisti organizzativi) propone al direttore generale il Piano operativo degli investimenti compatibile con le richieste espresse, con le priorità identificate e con le risorse attivabili. Nel 2003 altre attività di valutazione della tecnologia sono state adottate per migliorare l'utilizzo dei presidi assistenziali e per governare l'introduzione delle soluzioni