

- 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

ooDirettore Ospedale di Trento – APSS, Agenzia per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

ooDirettore 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

hardware e software. In modo analogo al precedente, le richieste di nuovo software e hardware sono state raccolte in modo strutturato e un'apposita commissione (anche questa volta formata da professionisti clinici e professionisti organizzativi) le ha valutate in modo unitario, decidendo di dare priorità agli interventi di interesse generale e strategico piuttosto che alle innovazioni che aggiungono valore solo in specifici settori.

Un'altra serie di iniziative realizzate per aumentare la capacità del sistema aziendale di gestire la tecnologia sanitaria è stata la produzione di numerosi documenti di indirizzo clinico su condizioni rilevanti dal punto di vista epidemiologico, assistenziale e organizzativo. Alcuni di questi documenti sono stati riferiti a importanti interventi organizzativi (per esempio, l'acquisizione di un *Picture Archiving Computer System*⁸ o lo sviluppo di esperienze di telemedicina^{9,10}) o a specifiche procedure assistenziali (per esempio, gli interventi chirurgici per ernia inguinale, cataratta e varici degli arti inferiori, il trattamento del dolore toracico acuto in Pronto Soccorso). Altri documenti hanno disegnato percorsi assistenziali integrati tra i professionisti dell'ospedale, del territorio e delle strutture accreditate per patologie quali lo scompenso cardiaco, l'ipertensione, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, la cefalea, l'artrite reumatoide. Altri documenti ancora si sono occupati dei modelli organizzativi che sostengono l'erogazione delle prestazioni sanitarie come, per esempio, la produzione di nuovi nomenclatori o la continua manutenzione di quelli esistenti: le prestazioni specialistiche ambulatoriali, gli interventi in *day surgery*, le prestazioni infermieristiche domiciliari, le prestazioni di igiene pubblica, il prontuario farmaceutico.

L'insieme di queste iniziative ha portato a dei risultati molto interessanti. Dal punto di vista delle modifiche cliniche e organizzative, è stato documentato, in generale, un significativo miglioramento dell'appropriatezza (misurata con il PRUO, Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale) sia dei ricoveri ordinari sia di quelli in *day hospital* e *day surgery*. Nei percorsi assistenziali più documentati (ipertensione, scompenso cardiaco^{11,12} e dolore toracico acuto in Pronto Soccorso^{13,14}) è stato anche possibile evidenziare specifici e consolidati cambiamenti di comportamenti clinici nella prescrizione dei farmaci, nell'utilizzo della diagnostica, nella pianificazione degli interventi assistenziali che "attraversano" LEA diversi.

Le priorità cliniche per la specialistica ambulatoriale

A seguito delle disposizioni normative nazionali e provinciali degli ultimi anni, l'APSS ha sviluppato un complessivo programma di riordino dell'assistenza specialistica ambulatoriale che ha visto interventi su tutti i fronti del "decalogo" proposto nel 2001 dalla Commissione Ministeriale per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa¹⁵⁻¹⁷. Tra questi interventi, vanno segnalati l'introduzione sistematica della priorità clinica e della diretta responsabilizzazione dei prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti) per governare l'accesso alle prestazioni e la

realizzazione del nuovo "Sistema unico di prenotazione e gestione" delle prestazioni specialistiche ambulatoriali integrato con il meccanismo della priorità clinica. L'introduzione sistematica della priorità clinica è stata possibile grazie a due iniziative tra di loro coerenti, anche se inizialmente sviluppate in modo indipendente:

1. la progressiva applicazione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO (avviata nel 2000 in un distretto ed estesa progressivamente a tutti gli altri), che consiste nell'indicazione sulla prescrizione di codici di priorità clinica (A-B-C-E-P) precedentemente concordati tra prescrittori e specialisti e che danno accesso a liste di prenotazione con tempi di attesa differenziati¹⁸;
2. l'applicazione della Legge provinciale 1/2002 che prevede l'obbligo per l'Azienda di erogare entro 10 giorni una serie di prestazioni per le quali il medico prescrittore deve compilare una relazione clinica, specificare il sospetto diagnostico e la non differibilità della prestazione (prestazioni "urgenti-direttive APSS").

In entrambi i casi, i criteri per stabilire la priorità clinica sono stati definiti dai professionisti delle diverse discipline, condivisi con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento e sono stati comunicati ai medici di Medicina Generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici dipendenti, agli specialisti convenzionati e delle strutture accreditate.

Per superare le perplessità di alcuni professionisti, che paventavano un possibile rifiuto dei cittadini del concetto stesso di priorità clinica, è stata posta una specifica domanda nel corso di un'indagine demoscopica su un campione randomizzato di cittadini realizzata nel 2002: il 94% dei cittadini ha dichiarato di essere d'accordo con tale meccanismo (con valori di accettazione analoghi al ben più consolidato triage in Pronto Soccorso) e tale risultato è stato comunicato ai professionisti.

La messa a regime del meccanismo di priorità clinica è stato possibile anche grazie al nuovo "Sistema unico di prenotazione e gestione" delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che, tra le altre funzioni, già consente sia la gestione di liste di prenotazione con tempi di attesa differenziati e sia la verifica della concordanza tra le prescrizioni prioritarie effettuate e i criteri predefiniti dai professionisti clinici: dopo una prima fase di indagini *ad hoc* e di rilevazioni settoriali, è in fase sperimentale un'attività sistematica di audit tra pari sulle modalità di applicazione delle priorità.

La sicurezza del personale

In aggiunta agli adempimenti previsti dalla legislazione vigente, è iniziata nel 2001 la progressiva formalizzazione di un sistema di gestione della sicurezza del personale, sulla base delle norme internazionali della serie OHSAS 18000 (*Occupation Health and Safety Assessment Series*), norme che applicano i concetti della qualità totale e del coinvolgimento attivo in materia di sistemi di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro¹⁹.

La rielaborazione progressiva del Documento di Valu-

tazione dei Rischi (DVR) è stata posta alla base del sistema di gestione della sicurezza. Nella parte generale del DVR, unica per tutta l'APSS, sono stati definiti la politica aziendale per la sicurezza, l'assetto organizzativo e la matrice delle responsabilità, i criteri adottati per la valutazione dei rischi, le metodologie per l'individuazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive, le modalità di tenuta e aggiornamento del documento. Nella seconda parte del DVR, rappresentata dai quasi 100 fascicoli di struttura (intesa come edificio in cui l'APSS svolge la propria attività), sono stati individuati e valutati i rischi di carattere ambientale, strettamente correlati al *lay-out* degli edifici, alle parti strutturali e impiantistiche e alle pertinenze esterne, ovvero agli aspetti contemplati dalle norme vigenti. Infine, nei circa 370 fascicoli di unità operativa sono stati individuati e valutati i rischi strettamente legati allo svolgimento delle specifiche attività, con esplicito riferimento ai processi lavorativi, alle sostanze e alle attrezzature utilizzate. Il processo di produzione e aggiornamento del DVR è stato inserito nei budget di tutte le unità operative: questo fatto ha portato a un documento dinamico e condiviso, dal momento che ogni anno più di 1000 persone vengono coinvolte nella sua stesura. Accanto alla rielaborazione del DVR, sono state realizzate altre iniziative dovute principalmente alla complessità del sistema organizzativo aziendale, tra le quali meritano un cenno: l'istituzione della Conferenza permanente dei datori di lavoro e della Conferenza di servizio (13 datori di lavoro); l'individuazione dei referenti dei datori di lavoro per la sicurezza (20 referenti); la definizione della procedura per la segnalazione delle situazioni di rischio da parte di dirigenti, preposti, lavoratori, RLS e per il successivo intervento; l'adeguamento continuo della procedura di effettuazione delle visite periodiche agli ambienti di lavoro; la definizione della procedura di cooperazione e coordinamento per gli appalti di lavori e servizi; la predisposizione del "Programma annuale degli interventi prioritari in materia di sicurezza" e la sua realizzazione. A completare la serie degli interventi per creare un ambiente di lavoro sicuro, sono stati sviluppati numerosi progetti relativi a situazioni trasversali (rumore, incendio, videoterminali, agenti chimici, gas anestetici, antiblastici, rischio biologico, movimentazione dei carichi, radiazioni) che hanno comportato specifiche analisi organizzative, campagne di misurazioni e interventi strutturali e/o organizzativi per ridurre al minimo i rischi.

La sicurezza dei pazienti

Anche se nella pratica quotidiana l'aforisma classico "*primum, non nocere*" è senza dubbio presente nella mente e nelle azioni di tutti coloro che in qualche modo sono coinvolti nell'assistenza ai malati, è evidente l'attuale contrasto tra la "solidità" dell'apparato che supporta la sicurezza degli operatori e l'"informalità" di quello relativo alla sicurezza dei pazienti.

Per tentare di colmare questo gap, sono state sviluppate alcune iniziative anche nell'ambito specifico del *clinical risk management*²⁰. È stato innanzitutto istituito l'Osservatorio per il monitoraggio e la prevenzione dei rischi,

con il compito di effettuare non solo il monitoraggio degli eventi potenzialmente a rischio sotto il profilo della responsabilità civile verso terzi, ma anche di promuovere nel personale una maggiore conoscenza circa il problema del rischio clinico, di implementare e tenere sotto controllo procedure in grado di ridurre la quota di errori ritenuta evitabile.

Partendo dal presupposto che il "difetto di consenso" rappresenta una delle fattispecie di responsabilità medica che ha assunto maggiore rilievo nella giurisprudenza recente, l'Osservatorio si è impegnato nell'elaborazione di alcune linee guida sull'argomento dell'informazione all'assistito e sulle modalità di espressione del consenso al trattamento, predisponendo una modulistica aziendale.

Sono state inoltre realizzate da società specializzate in *risk management* due indagini per la valutazione sul campo dei rischi relativi agli aspetti strutturali (edifici, impianti, attrezzature elettromedicali), a quelli comportamentali (operatori, procedure, prassi organizzative e cliniche) e alla gestione dei dati (consenso informato, documentazione clinica).

Infine è stato fatto uno sforzo, tuttora in corso, per collegare tra di loro tutte le iniziative connesse con la sicurezza dei pazienti: comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere; gruppo per il controllo della legionellosi ospedaliera; gruppo per la gestione dei rifiuti sanitari; comitato per il buon uso del sangue; rilevazione delle cadute di pazienti ricoverati; misurazione degli eventi avversi connessi all'uso dei farmaci; applicazione dei requisiti previsti dai sistemi di accreditamento istituzionale e professionale; gestione delle apparecchiature e degli impianti; applicazione di linee guida cliniche e organizzative.

La valutazione della dirigenza

La valutazione periodica dei dirigenti medici e veterinari, sanitari non medici, tecnici professionali e amministrativi è stata arricchita dei nuovi contenuti contrattuali. Accanto alla tradizionale valutazione dei risultati conseguiti annualmente, organicamente integrata con i contenuti e gli strumenti del budget, è stato introdotto il nuovo processo di periodica valutazione di tutti gli incarichi dirigenziali. In accordo con le organizzazioni sindacali, è stato sviluppato un processo valutativo, comune ai diversi contratti collettivi e basato su quattro elementi (attività professionale, comportamenti organizzativi, risultati relativi al programma annuale di attività, eventuali aspetti disciplinari)^{21,22}, che consente ai colleghi tecnici, di volta in volta costituiti, di esprimere una valutazione sull'operato e sulle diverse competenze dei dirigenti (Figura 1). L'attività professionale specifica è innanzitutto autocertificata dal singolo dirigente, in modo da coinvolgere lo stesso soggetto nel processo di valutazione, e successivamente confermata dal diretto superiore che deve avere la competenza necessaria e la conoscenza dell'operato del dirigente stesso. I comportamenti organizzativi sono invece valutati sulla base di una scheda che sviluppa in criteri di valutazione i cinque fattori del "Modello EFQM per l'eccellenza" (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi). L'utilizzo del mo-



LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

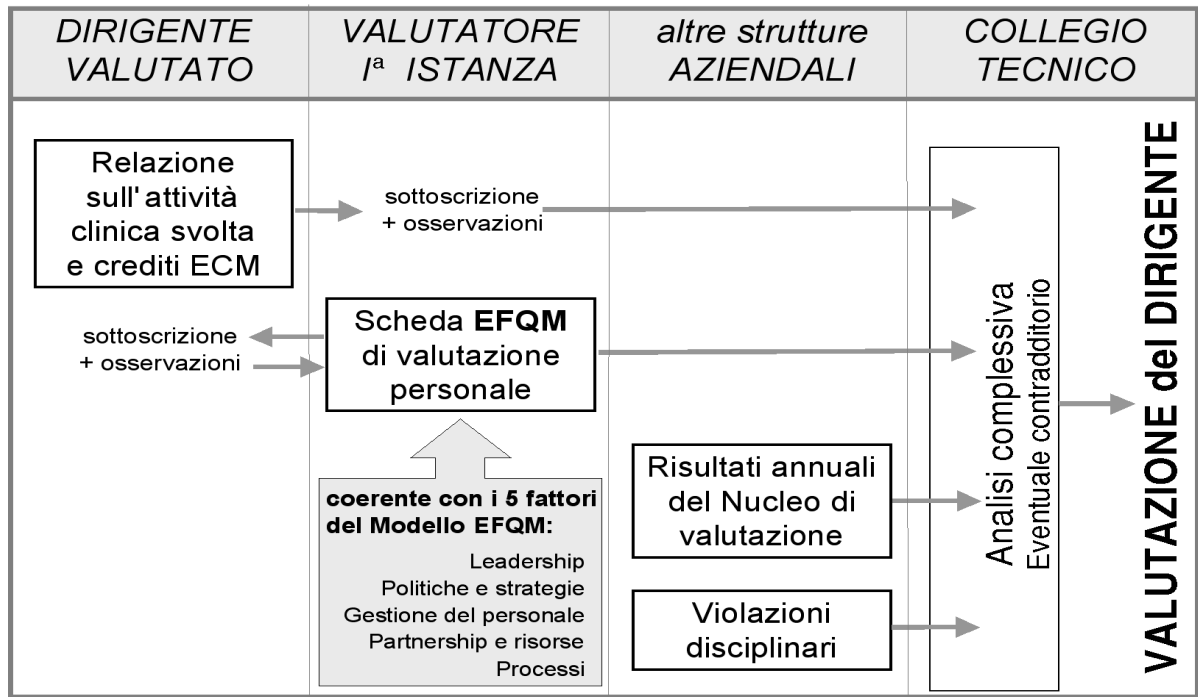


Figura 1. Fasi, attività e protagonisti del processo di valutazione pluriennale dei dirigenti.

dello EFQM nella valutazione dei dirigenti declina in modo operativo i comportamenti organizzativi che la direzione aziendale si attende da tutti coloro che svolgono un incarico dirigenziale, allo scopo di ottenere i migliori risultati di performance possibili per tutti gli *stakeholder*. Nel 2003 sono state realizzate le valutazioni periodiche di 727 dirigenti, che hanno portato anche alla riformulazione dei rispettivi contratti individuali in modo coerente con il meccanismo di valutazione; inoltre è stato predisposto un applicativo informatico che permette di ripercorrere la storia, in termini di valutazione e di risultati conseguiti, del singolo dirigente.

La Carta dei Servizi

Non poteva mancare un'attenzione particolare alla Carta dei Servizi, quale interfaccia tra le esigenze e le aspettative degli utenti e quelle, altrettanto legittime, dell'organizzazione.

In primo luogo è stato necessario fare un salto logico: da Carta intesa quale "documento" a Carta vista come "processo", cioè insieme coordinato di azioni che, aggiungendo valore a un input, producono un output che cerca di soddisfare le esigenze che hanno reso necessario il processo stesso²³.

È stato quindi avviato un processo di revisione lungo e articolato, che ha coinvolto un gran numero di *stakeholder*: i rappresentanti di circa 200 associazioni di volontariato, il

personale dipendente, l'Assessorato provinciale alla salute, gli ordini professionali, le diverse articolazioni aziendali, le organizzazioni sindacali ecc. La scelta di rivedere la Carta dei Servizi in modo partecipato ha, senza dubbio, aggiunto valore al prodotto finale che è stato "legittimato" da tutti gli *stakeholder* in qualche modo coinvolti.

Nel 2002 è stato distribuito a tutte le famiglie trentine la prima parte della Carta dei Servizi (190.000 copie): un fascicolo che presenta i principi generali dell'Azienda, illustra i meccanismi di tutela dei diritti dei cittadini e descrive sinteticamente le strutture aziendali, i principali servizi erogati e le relative modalità di accesso da parte dei cittadini. Nel 2003 è stata realizzata la seconda parte della Carta dei Servizi che contiene la descrizione dettagliata dei servizi erogati, le specifiche modalità di accesso, i fattori di qualità, gli indicatori e gli standard di qualità. Per mantenere un continuo e puntuale aggiornamento di questa sezione della Carta, non si è utilizzato il formato cartaceo e i dati sono stati caricati sul sito aziendale, che viene alimentato autonomamente da ogni unità operativa. La definizione nella Carta dei Servizi di numerosi standard di servizio, basati su elementi immediatamente percepibili da parte dei cittadini (il tempo di attesa, l'informazione ricevuta, la comunicazione, la cortesia, la pulizia, il consenso informato ecc.) ha rinforzato questo meccanismo, in quanto ha reso esplicito a tutti (ai cittadini e al personale) quali sono i comportamenti attesi.

Un elemento importante del processo Carta dei Servizi è stata la fase dell'ascolto. Per quanto riguarda il "circolo virtuoso del reclamo" il Servizio rapporti con il pubblico dell'APSS, inizialmente operante solo nella sede centrale di Trento, ha creato una rete di referenti nelle principali sedi di erogazione sparse nella provincia, coinvolgendo personale sanitario e amministrativo locale. Ha uniformato il percorso amministrativo della raccolta delle segnalazioni e delle conseguenti risposte ai cittadini e annualmente provvede a un'analisi dettagliata delle segnalazioni e dei reclami, che viene esaminata anche congiuntamente con le associazioni di volontariato. Il coinvolgimento delle associazioni nella formulazione degli standard e nell'esame delle segnalazioni ha aiutato l'Azienda ad avere anche un altro controllo, diffuso, condiviso e non autoreferente, che non si focalizza sul singolo caso ma si concentra su aspetti trasversali²⁴.

Dal momento poi che l'autovalutazione EFQM realizzata nel 2001 aveva evidenziato l'assenza di strumenti di misurazione della soddisfazione degli utenti e del personale, usati in modo sistematico e metodologicamente corretto, sono state realizzate le seguenti iniziative:

1. indagine "Qualità e salute" per la misurazione integrata dei livelli di soddisfazione dei cittadini trentini e del personale medico e infermieristico ospedaliero (2002)²⁵, integrata da un'indagine che nel 2003 ha coinvolto i medici di Medicina Generale e i pediatri di libera scelta di tutta la provincia;
2. progetto interaziendale "Confrontarsi per migliorare", promosso dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), per la misura in dieci aziende sanitarie italiane della soddisfazione di degenti e operatori e la determinazione sperimentale dei relativi indici di riferimento (2003);
3. questionari di soddisfazione destinati a gruppi mirati di utenti di alcune unità operative (per esempio, screening mammografico, neonatologia, cure palliative, riabilitazione) o riguardanti gli aspetti alberghieri.

Una caratteristica importante dell'indagine "Qualità e salute" è stata quella di aver progettato gli strumenti di rilevazione (le interviste telefoniche per i cittadini e i tre questionari per il personale dipendente e convenzionato) in modo integrato tra di loro, per consentire una lettura trasversale che mettesse in luce non solo i livelli di soddisfazione di ciascuna parte interessata ma anche le relazioni esistenti tra di esse, incrociando le analisi delle opinioni, delle conoscenze e degli atteggiamenti²⁶. L'ultimo elemento del processo Carta dei Servizi è stata la realizzazione di un nuovo sito aziendale (<http://www.aps.tn.it>), arricchito dagli standard di ogni unità operativa e integrato con il "Sistema unico di prenotazione e gestione" delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Queste due caratteristiche del sito hanno, da un lato, aumentato l'autonomia e la responsabilità diretta delle unità operative nella scelta, comunicazione e gestione degli standard di servizio (professionisti, orari, prestazioni, attese, informazioni particolari) e, dall'altro, consentono di avere un set di informazioni sempre

aggiornate e "intelligibili" in modo trasparente da tutti gli *stakeholder*, dentro e fuori l'Azienda.

La formazione continua

A sostegno del Programma Aziendale di Sviluppo Strategico è stato realizzato annualmente un Piano della formazione che è stato sviluppato a partire dalla raccolta e analisi dei fabbisogni formativi espressi da tutte le unità operative e in modo coerente con gli obiettivi di budget. L'intensa attività di formazione continua ha coinvolto un grande numero di operatori e si è realizzata secondo le seguenti modalità:

- partecipazione a corsi di formazione e seminari clinici interni organizzati dal servizio-formazione dell'APSS;
- partecipazione a iniziative formative esterne organizzate da altri *provider* (corsi, convegni, seminari, congressi ecc.);
- partecipazione a *stage* clinici in Italia e all'estero;
- partecipazione a iniziative formative organizzate all'interno delle unità operative;
- progettazione, sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca;
- utilizzo delle ore-studio previste dai contratti di lavoro;
- sperimentazione di un corso di formazione a distanza sviluppato internamente.

A titolo di esempio, il "Piano per la formazione 2003" si è articolato lungo i macrotemi del *management*, dei contenuti specialistici, dell'informatica, della relazione e della sicurezza. Si è concretizzato con l'organizzazione interna di 270 eventi formativi (258 corsi di formazione e 12 seminari), che hanno coinvolto 8862 operatori e hanno comportato 4.050 ore di docenza. Altri 2948 operatori (1.232 dirigenti e 1.716 operatori del comparto) sono stati autorizzati dalle Commissioni per la Formazione Continua locali (CFC) a partecipare ad attività formative realizzate all'esterno dell'APSS. Nel complesso, queste due modalità di formazione hanno coinvolto 11.810 operatori dipendenti e convenzionati (ovviamente, qualcuno ha partecipato a più eventi formativi).

La comunicazione

L'APSS ha posto in questi anni una particolare attenzione alla comunicazione all'interno e all'esterno dell'Azienda, dal momento che questa è un'attività ritenuta molto importante nella strategia delle organizzazioni. Oltre alle iniziative connesse alla Carta dei Servizi, sul versante della comunicazione esterna sono state curate, in collaborazione con le emittenti locali, numerose trasmissioni televisive e radiofoniche sui temi della prevenzione, della promozione della salute, dell'utilizzo dei servizi e dell'organizzazione aziendale. L'ufficio-stampa aziendale ha attivato un'ampia rete di collaborazioni con testate provinciali e nazionali, ha gestito i comunicati stampa aziendali e organizzato numerose conferenze stampa per presentare specifiche iniziative di interesse generale. È stata inoltre avviata un'attività di decorazione delle autovetture aziendali con slogan finalizzati alla pro-

mozione della salute e di sani stili di vita che interessa 34 mezzi facenti parte del parco-auto aziendale circolante sul territorio provinciale (scelti tra quelli di più recente acquisizione e di maggiore utilizzo).

Sul versante interno, per facilitare la circolazione verticale e orizzontale delle informazioni, è stato in primo luogo enfatizzata la responsabilità dei dirigenti nel garantire un'ampia circolazione delle informazioni organizzative. Sono stati quindi attivati alcuni strumenti operativi quali le "Fast news" (mail quindicinale inviata a tutti i dipendenti) e il trimestrale "APSS notizie" (tirato in 9000 copie e spedito a tutti i dipendenti, ai professionisti convenzionati e accreditati, alle associazioni e alle farmacie). Sono state distribuite inoltre alcune newsletter dedicate a specifici ambiti di competenza e interesse (Pap test, screening mammografico, sicurezza sul posto di lavoro, rischio incendio). È stato infine attivato il "Laboratorio sulla comunicazione", specifico gruppo di lavoro composto da sette direttori di unità operativa, rappresentativi delle diverse realtà assistenziali e territoriali, che ha il compito di identificare possibili nuove attività di comunicazione e di dare indicazioni per migliorare quelle già esistenti.

Conclusione

L'esperienza condotta in questi anni dall'APSS di Trento mostra come sia stato possibile attivare un processo virtuoso che, a partire dalla competenza, autonomia e responsabilità dei professionisti clinici e dei professionisti organizzativi, ha tenuto insieme, in una visione integrata, i molti aspetti della vita aziendale quotidiana. È stata una strada obbligata e difficile, ma che si è dimostrata percorribile.

È stata una strada obbligata, perché i macrotrend che si possono già intravedere sui versanti dello sviluppo scientifico e della tipologia di assistenza da erogare, della scienza dell'organizzazione, del rapporto con gli stakeholder (insieme con una robusta dose di buon senso) indicano nella visione sistemica l'unica possibilità di gestire un sistema altrimenti destinato alla disintegrazione.

È stata anche una strada difficile, perché richiede importanti cambiamenti (tuttora in corso) dei comportamenti professionali, organizzativi e relazionali di tutto il personale dell'Azienda e del sistema circostante, e non soltanto di alcuni aspetti specifici interni all'organizzazione aziendale. Ma è stata comunque una strada che l'intera organizzazione ha iniziato a percorrere e i risultati fin qui ottenuti, le potenzialità del sistema trentino e le ulteriori richieste di autonomia e responsabilità dei professionisti consentono di guardare con ottimismo al cammino che ancora resta da percorrere per "raggiungere" la visione aziendale: «Vogliamo diventare una rete coordinata di processi che punta all'eccellenza di sistema, nella quale i processi assistenziali sono semplici, sicuri ed efficaci e sono supportati da processi tecnico-amministrativi altrettanto semplici, efficienti e sostenibili».

Bibliografia

1. NHS Appointment Commission. *Governing the NHS. A guide for Boards*. June 2003; <http://dh.gov.uk>
2. Deighan M, Cullen R, Moore R. The Development of

Integrated Governance. *Debate* N. 3, May 2004. The NHS confederation;

<http://wwcgsupport.nhs.uk/PDFs/debate3.pdf>

3. Favaretti C, De Pieri P, Fontana F *et al.* Clinical Governance o Integrated Governance? L'approccio dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. *Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità* 2005; 2: 29-35.
4. Fontana F, Guarrera GM, Camin E *et al.* Esempi applicativi di Health Technology Assessment nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. *QA* 2003; 14(2): 25-30.
5. Guarrera GM, Fontana F, Camin E *et al.* *La valutazione della tecnologia sanitaria nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento*. Atti del XXI Convegno Nazionale AICQ: "Qualità oggi: cosa cambia, contributi per capire". Roma, 2003; <http://www.aicq.it/Convegno/>
6. *Atti del Workshop di Castel Ivano. Valutazione della Tecnologia Sanitaria: La chiave per l'introduzione dell'innovazione in medicina*. Castel Ivano 11-12 ottobre 2002; <http://www.hcta.it/Workshop/castel%20ivano.html>
7. *Atti del Workshop di Castel Ivano. Valutazione della tecnologia sanitaria: la stesura di un rapporto di Technology Assessment*. Castel Ivano 10-11 ottobre 2003; <http://www.hcta.it/wk2003/download.htm>
8. Peterlongo P, Guarrera GM, Meneghelo A *et al.* Proposta di acquisizione di un PACS per l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. *QA* 2003; 14(2).
9. Larcher B, Berloffo F, Demichelis F *et al.* An evaluation of the use of and user satisfaction with a teleconsultation system in oncology practice. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2002; 8(2): 28-30.
10. Guarrera GM. La telemedicina in Trentino. *A&A Informa* 2003; 1(2): 13-16.
11. Mattarei M. *Disease management e scopenso cardiaco: l'esperienza trentina*. In: Atti del Workshop di Castel Ivano. Valutazione della tecnologia sanitaria: la stesura di un rapporto di Technology Assessment. Castel Ivano 10-11 ottobre 2003; <http://www.hcta.it/wk2003/mattarei.htm>
12. Mattarei M. *Integrazione ospedale e territorio nel trattamento del paziente scompensato: il progetto TRIPSS*. In: Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003". Trento 29-31 gennaio 2003.
13. Bettini R, Guarrera GM, Iseppi P, Torboli P, Accardi R, Vergara G, Disertori M. *Protocolli per la diagnostica del dolore toracico: il progetto TRIPSS. Parte I: razionale del progetto e realizzazione delle linee guida*. Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003". Trento 29-31 gennaio 2003; 35-40.
14. Iseppi P, Accardi R, Pallaver P *et al.* *Protocolli per la diagnostica del dolore toracico: il progetto TRIPSS. Parte II: implementazione del progetto e risultati a un anno presso l'Ospedale di Rovereto*. In: Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003". Trento 29-31 gennaio 2003; 41-43.
15. Mariotti G. *Tempi d'attesa e priorità in sanità*. Franco Angeli, Milano, 1999.
16. Ministero della Salute – Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa. *Relazione finale: analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN*. Roma, maggio 2001. http://www.ministerosalute.it/programmazione/Liste/documenti/Relazione_finale.PDF
17. Favaretti C. *Tempi d'attesa e priorità cliniche: l'esperienza in Trentino*. In: Mariotti G (Ed). *Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Esseditrice, Roma, 2003.

18. Mariotti G. *Modelli di gestione: i raggruppamenti di attesa omogenei e il coinvolgimento partecipativo*. In: Mariotti G (Ed). *Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. In: Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003.
19. Favaretti C, Murer G, Zeni A *et al.* Il coinvolgimento attivo del personale come filo conduttore della strategia aziendale nella gestione della sicurezza sul lavoro: dall'analisi partecipata dei processi lavorativi al sistema di gestione per la sicurezza. *Lavoro e salute* 2003; 4 (suppl.)
20. Favaretti C. Dalla gestione degli errori alla cultura della sicurezza. In: Izzo U, Pascuzzi G (Eds.). *La responsabilità medica nella Provincia Autonoma di Trento: il fenomeno, i problemi, le possibili soluzioni*. *Documenti per la salute* 2003; 11: 19-22.
21. Baldantoni E, De Pieri P, Fontana F *et al.* La valutazione dei dirigenti medici nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza. *Tendenze nuove* 2003; 3: 263-280.
22. De Pieri P, Baldantoni E, Fontana F *et al.* Il modello EFQM per l'eccellenza e la valutazione dei dirigenti medici. L'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento. *Qualità* 2004; 3: 69-75.
23. Corposanto C, Passerini A (Eds). *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento*. Franco Angeli, Milano, 2004.
24. Favaretti C. Ruolo strategico dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico nell'organizzazione delle aziende sanitarie. *Rapporti ISTISAN* 2003; 3(26): 5-14.
25. Delai N. (Ed). *APSS – Qualità e salute: utenti, medici e infermieri giudicano il sistema sanitario locale*. Franco Angeli, Milano, 2003.
26. De Pieri P, Favaretti C, Delai N. *Cittadini e operatori sanitari in provincia di Trento: analisi integrata dei livelli di soddisfazione*. In: Atti del XXI Convegno Nazionale AICQ: "Qualità oggi: cosa cambia, contributi per capire". Roma, 2003; <http://www.aicq.it/Convegno>