

## LA GOVERNANCE CLINICA NELL'ESPERIENZA DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO

Carlo Favaretti <sup>1</sup>, Paolo De Pieri <sup>2</sup>, Fabrizio Fontana <sup>3</sup>, Giovanni Maria Guarrera <sup>4</sup>, Franco Debiasi <sup>5</sup>, Alberto Betta <sup>6</sup>, Enrico Baldantoni <sup>7</sup>

Questo capitolo descrive le esperienze di governance clinica sviluppate presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della Provincia Autonoma di Trento. Contiene inoltre una riflessione sui concetti di governance clinica e di governance integrata.

### GOVERNANCE CLINICA O GOVERNANCE INTEGRATA?

#### La governance

Il termine "governance" è recentemente entrato nel linguaggio dei professionisti sanitari, dei professionisti organizzativi e dei decisori politici ma, come spesso accade per i termini che non vengono ben 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 Unite<sup>1</sup>, la governance è la somma dei molteplici modi con i quali le parti interessate di una organizzazione (stakeholder) pianificano e gestiscono la vita dell'organizzazione stessa. La governance è quindi il modo in cui le parti interessate attivano politiche, strategie, regole, accordi, processi, procedure e comportamenti individuali e collettivi per :

- a) partecipare/contribuire ai processi decisionali (cosa fare, come fare, quando fare, se fare, perché fare ...)
- b) rispondere reciprocamente di tali decisioni (accountability, il dover rendere conto).

Questo insieme di attività che richiamano la governance è basato su meccanismi formali e informali, avviene in un contesto più o meno strutturato, comporta gradi di consapevolezza differenziati tra le parti interessate e può essere applicata a più livelli: globale, nazionale, organizzativo (per esempio, imprese, ospedali, scuole) e comunitario<sup>2</sup>. Nel caso specifico delle organizzazioni, la governance interessa sia il livello macro (decisioni di lungo periodo e di grande impatto), sia quello intermedio della gestione operativa e sia quello micro (scelte quotidiane).

---

1 Direttore Generale - APSS - Trento

2 Staff del Direttore Generale - APSS - Trento

3 Direttore Cura e Riabilitazione - APSS - Trento

4 Staff del Direttore Cura e Riabilitazione - APSS - Trento

5 Direttore Amministrazione, Controllo e Affari Generali - APSS - Trento

6 Direttore Igiene e Sanità Pubblica - APSS - Trento

7 Direttore Ospedale di Trento - APSS - Trento

In altri termini, la governance è un insieme coordinato e condiviso (sistema) di politiche, strategie, regole, accordi, processi e procedure che definiscono chi assume le decisioni in una organizzazione (a qualsiasi livello), in quali ambiti, come queste decisioni vengono prese e il modo in cui chi decide rende conto agli altri. 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, differenti scale di priorità e diverse capacità di percezione dei risultati ottenuti.

Il termine italiano ‘governo’ e quelli inglesi ‘government’ e ‘governance’ rimandano tutti al latino ‘gubernare’ e, prima ancora, al greco ‘kybernán’ che significa reggere il timone di un’imbarcazione, indicare la rotta, condurre in porto salva la nave, tra gli scogli e le secche, le correnti e le maree, le tempeste e i venti contrari<sup>3</sup>. Sulla base dei concetti appena delineati, la semplice traduzione di ‘governance’ in ‘governo’ sembra una semplificazione che rischia di perdere una gamma di significati che il termine italiano non ha: per questo, nella traduzione del libro e in questo capitolo la parola “governance” non è stata tradotta.

## La governance clinica

Il concetto di governance clinica è stato formalizzato nel decennio scorso nel contesto della normativa di riferimento del servizio sanitario inglese<sup>4</sup>, 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 governance clinica è “un sistema, una cornice, una struttura (framework) per mezzo della quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale rendono conto 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”<sup>5</sup>.

La governance clinica è un ambizioso obiettivo che presuppone non solo un riassetto organizzativo ma anche, e soprattutto, un profondo cambiamento culturale da parte di tutti gli attori del servizio sanitario. Essa richiede lo sviluppo di un sistema complessivo con le seguenti caratteristiche<sup>6</sup>:

- i bisogni di salute dei pazienti sono al centro dell’attenzione dei clinici e degli amministratori, che ne assumono una responsabilità condivisa;
- 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 servizio 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.

La governance clinica non è quindi “il governo sui clinici” e neppure il “governo da parte dei clinici”, ma è il terreno sul quale i clinici e gli amministratori devono mettere a frutto le loro competenze professionali (possibilmente, evidence-based), sviluppare i rispettivi ambiti di autonomia e rendere conto delle loro scelte a tutte le altre parti interessate.

Alla luce di queste considerazioni, non appare di particolare interesse culturale il dibattito innescato da alcune recenti iniziative legislative orientate a introdurre nel

sistema sanitario italiano il concetto di governance, peraltro già presente nel decreto 229/98 quando si dice che il direttore generale si avvale del collegio di direzione “per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria”. Di fronte alla complessità del processo decisionale in ambito sanitario pubblico e dei conseguenti meccanismi di rendicontazione alle parti interessate (accountability), l'introduzione di alcuni aggiustamenti organizzativi per ridistribuire il potere tra i clinici e il direttore generale non sembra essere il punto essenziale da affrontare.

### **La governance integrata**

Nel contesto del servizio sanitario inglese è stato recentemente avviato un dibattito che punta direttamente al concetto di governance integrata. È interessante osservare che, appena stabilizzato il processo di governance clinica, il problema diventa la sua integrazione con 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”<sup>7</sup> 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 tra di loro 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 bisogna sviluppare uno strumento unificante che aiuti le organizzazioni a realizzare la propria missione<sup>8</sup>.

Il concetto di governance integrata va al di là di quello di governance aziendale (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 delle diverse parti interessate. L'obiettivo della governance aziendale 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”<sup>9</sup>.

### **La gestione delle organizzazioni complesse**

Perché è necessario avere sistemi di governance, per di più integrati tra di loro? Perché non possono bastare le leggi, le deliberazioni e gli ordini di servizio per far funzionare al meglio le aziende sanitarie italiane?

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, le aziende sanitarie pubbliche rappresentano solo una delle parti di un sistema complesso ancora più grande che comprende anche i professionisti convenzionati, le strutture accreditate e gli apparati 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, scientifiche), ma anche sviluppati in modo autonomo a partire dalle competenze dei suoi membri, in modo particolare dei professionisti clinici e tecnico-amministrativi.

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 di servizio), ma è necessario sviluppare meccanismi che valorizzino "l'intelligenza interna" del sistema, dando a tutti l'opportunità di dimostrare la propria competenza, autonomia e responsabilità <sup>10,11</sup>.

## Il Modello EFQM per l'eccellenza

Un importante strumento manageriale sviluppato in Europa per gestire in modo integrato le organizzazioni è il "Modello EFQM per l'eccellenza". Analogo al cugino statunitense (il Baldrige National Quality Program, del quale esiste anche una specifica versione per le strutture sanitarie <sup>12</sup>), il Modello per l'eccellenza è stato promosso dall'European Foundation for Quality Management, un'associazione di imprese private, amministrazioni pubbliche e istituzioni fondata nel 1988. Secondo l'EFQM, l'eccellenza è "l'eccezionale capacità di gestire una organizzazione e di conseguire dei risultati" ed è basata su 8 concetti fondamentali <sup>13</sup> (vedi riquadro 1).

Riquadro 1. I concetti fondamentali dell'eccellenza.

- |    |   |
|----|---|
| 1. | orientamento ai risultati                           |
| 2. | attenzione rivolta al cliente                       |
| 3. | leadership e coerenza negli obiettivi               |
| 4. | gestione in termini di processi e fatti             |
| 5. | coinvolgimento e sviluppo delle persone             |
| 6. | apprendimento, innovazione e miglioramento continuo |
| 7. | sviluppo della partnership                          |
| 8. | responsabilità sociale dell'organizzazione          |

Il Modello EFQM è sintetizzato da un grafico che illustra i 9 criteri che devono essere considerati per migliorare le organizzazioni e i loro risultati. Tali criteri sono divisi in due gruppi: i fattori (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e i risultati (relativi ai clienti, risultati relativi al personale, risultati relativi alla società e risultati chiave di performance) <sup>14</sup>.

Anche se l'enfasi viene posta soprattutto sui nove criteri del Modello, particolarmente rilevante è il sottostante reticolo non deterministico che li lega tra di loro e che rappresenta, in un certo senso, la trama e l'ordito su cui lavorare. Nei sistemi adattativi

complessi è infatti questo il campo su cui si gioca la partita decisiva: facilitare lo stabilirsi di relazioni tra i diversi elementi che li costituiscono.

Ciascuno dei nove criteri del Modello deve essere affrontato con uno schema logico riassunto dall'acronimo RADAR (Results, Approach, Deployment, Assessment and Review). Ogni organizzazione deve individuare i risultati che vuole perseguire relativamente a ogni criterio, pianificare e sviluppare un insieme integrato di approcci per ottenere tali risultati, disseminarli in modo sistematico in tutte le aree dell'organizzazione, monitorare e analizzare quanto ottenuto (errori e successi, in modo da imparare e pianificare un ulteriore miglioramento).

Un elemento caratteristico previsto nell'applicazione del Modello EFQM è che le organizzazioni realizzino periodiche autovalutazioni del loro livello di eccellenza, per verificare il grado di adesione ai criteri proposti dal Modello e pianificare le conseguenti azioni di miglioramento <sup>15</sup>.

## **L'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO**

L'APSS ha più di 10 anni di vita, è l'unica struttura sanitaria pubblica della Provincia Autonoma di Trento (PAT) e la sua missione può essere così riassunta: "Quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari 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 serve circa 480.000 abitanti ed 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, 11 distretti sanitari e alcune decine di sedi ambulatoriali distribuiti in tutta la Provincia (le liste di attesa per la specialistica ambulatoriale sono più di 2.500, alle quali vanno aggiunte le sottoliste per le priorità cliniche). In tali strutture operano circa 7.000 dipendenti: 850 medici e circa 3.000 altri professionisti sanitari. 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 800 medici di medicina generale, pediatri e altri specialisti convenzionati. Il bilancio di esercizio 2004 dell'APSS è stato di 843 milioni di euro e, come gli anni precedenti, si è chiuso in equilibrio.

Lo strumento manageriale di riferimento che ha supportato nell'ultimo quinquennio l'implementazione del sistema integrato di gestione è stato il Modello EFQM, che è rivelato utile non solo perché ha orientato e supportato specifiche iniziative di miglioramento, ma soprattutto perché ha rappresentato 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.

Il 2004 si è concluso con un importante riconoscimento esterno per l'APSS. Al termine di un articolato percorso pluriennale di miglioramento, l'European Foundation for Quality Management ha riconosciuto all'APSS il primo livello di eccellenza: il "Committed to excellence in Europe" ("Impegno all'eccellenza in Europa"). In Italia, è la prima organizzazione sanitaria e la prima grande organizzazione della pubblica

amministrazione a raggiungere questo traguardo importante, anche se paragonabile solo a una vittoria di tappa nel cammino verso l'eccellenza.

Per giungere a questo risultato sono state realizzate due autovalutazioni aziendali basate sul Modello EFQM (nel 2001 e nel 2003) <sup>16</sup>, e sono state sviluppate le conseguenti azioni di miglioramento, che hanno riguardato temi importanti e hanno coinvolto l'Azienda nella sua interezza: la pianificazione integrata delle attività assistenziali e tecnico-amministrative attraverso il budget, la revisione partecipata della Carta dei servizi insieme alle 200 associazioni di volontariato presenti in provincia, la realizzazione di indagini di opinione integrate rivolte alla popolazione, al personale dipendente e a quello convenzionato, i meccanismi di valutazione dei dirigenti medici e amministrativi, l'utilizzo di tecniche di "project management" per la conduzione dei principali progetti aziendali di information technology, il processo complessivo di gestione del personale.

Di seguito verranno descritti alcuni elementi che costituiscono l'attuale sistema integrato di gestione dell'APSS, finalizzato a creare un contesto reale nel quale non solo *"l'assistenza clinica possa prosperare"* (governance clinica), ma possa anche farlo in modo equilibrato rispetto a tutte le altre legittime esigenze e aspettative che le parti interessate sottopongono quotidianamente all'attenzione delle organizzazioni sanitarie. La suddivisione dei successivi paragrafi ricalca i 5 fattori del Modello EFQM.

## **L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GOVERNANCE: la leadership**

Come in tutte le aziende sanitarie di grandi dimensioni, nell'APSS sono centinaia le persone che, a vari livelli, svolgono attività di guida, direzione e coordinamento: il direttore generale e i direttori delle articolazioni organizzative fondamentali (direzioni centrali, ospedali, distretti), i direttori dei dipartimenti e delle altre strutture complesse, i coordinatori dei dipartimenti funzionali, i dirigenti delle strutture semplici, le posizioni organizzative, i caposala, i capotecnici. A queste persone formalmente incaricate se ne aggiungono poi delle altre che, per prestigio individuale e professionale, ruoli in società scientifiche o associazioni e attività svolte nella società civile, possono svolgere un ruolo importante nella vita aziendale.

Guidare persone è un'arte difficile e il fatto di essere una organizzazione sanitaria e pubblica non agevola il compito. La notevole presenza di professionisti, dotati di elevata autonomia professionale e assunti proprio per questo, impedisce infatti l'uso di meccanismi basati solo sulla dimensione gerarchica; inoltre, l'attuale debolezza dei meccanismi incentivanti/sanzionatori ne restringe ulteriormente i margini di manovra.

È necessario quindi ricorrere ad altre strategie per governare la relazione con i collaboratori e far convergere lo sforzo del gruppo verso obiettivi comuni e sfidanti. Ciò presuppone che le persone con compiti di guida, direzione e coordinamento posseggano qualità personali, acquisiscano atteggiamenti e mettano in atto comportamenti che, anche nel mondo sanitario, sono stati ormai identificati <sup>17, 18</sup> (vedi riquadro 2).

### **Riquadro 2**

Le caratteristiche della leadership

**ESSERE:**

- fiducia in se stessi
- consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti
- autocontrollo
- tensione al cambiamento
- integrità personale

**GUARDARE AVANTI:**

- dare forma al futuro
- essere intellettualmente flessibili
- conoscere bene quello che fanno gli altri
- mediare tra le parti interessate
- puntare dritto ai risultati

**AGIRE:**

- guidare il cambiamento coinvolgendo le persone
- dare forza e motivare i collaboratori
- supportare e influenzare le parti interessate
- sviluppare un modello di lavoro collaborativo
- chiedere conto ai collaboratori ed essere responsabile di quanto fatto dal proprio gruppo di riferimento.

Tratto da: The NHS Leadership Centre - Modernisation Agency. NHS Leadership Qualities Framework. Department of Health, 2003

Queste caratteristiche sono state dettagliate nel Programma Aziendale di Sviluppo Strategico e tutti i più importanti documenti programmatici aziendali (per esempio, direttive di budget, regolamenti aziendali, documenti sul sistema per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, ecc.) richiamano continuamente il ruolo che deve svolgere direttamente in prima persona chiunque abbia un'attività di guida, direzione e coordinamento nella vita aziendale.

Inoltre, tutti i contratti individuali con i direttori di struttura contengono espliciti richiami al ruolo di guida che essi devono personalmente svolgere nella loro attività quotidiana e le schede di valutazione periodica degli incarichi contengono specifici punti al riguardo (vedi oltre).

**L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GOVERNANCE: le politiche e le strategie**

Questo paragrafo descrive le principali attività aziendali svolte per impostare le politiche e le strategie aziendali:

- il sistema di gestione per la qualità;
- la pianificazione quinquennale: il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico;
- la pianificazione annuale: il processo di budget;
- la pianificazione continua: la Carta dei servizi;
- il controllo dall'interno;

- il controllo dall'esterno;
- il controllo condiviso con i cittadini
- la comunicazione.

## **Il sistema di gestione per la qualità**

Un elemento centrale per sostenere l'approccio integrato dell'APSS è stata la scelta di innestare il sistema di gestione per la qualità (professionale, organizzativa e relazionale) nel lavoro quotidiano di ciascuno e di orientare alla qualità tutti i processi aziendali. Le attività a favore della qualità non sono state limitate a piccoli gruppi e/o concentrate su specifici processi aziendali (magari non clinici), ma si è ritenuto di dover applicare le classiche funzioni di un sistema di gestione per la qualità (pianificazione, controllo, assicurazione e miglioramento della qualità) <sup>19</sup> a tutti gli ambiti aziendali.

Data la nostra appartenenza al servizio sanitario pubblico, il sistema di gestione per la qualità si è modellato innanzitutto attorno ai requisiti minimi per l'autorizzazione e a quelli ulteriori per l'accreditamento istituzionale previsti dalla Provincia Autonoma di Trento. Altre attività quali, per esempio, la certificazione ISO di alcuni specifici settori aziendali, l'accreditamento Joint Commission International per il maggior ospedale aziendale, il "Committed to excellence" dell'EFQM, l'Audit civico in collaborazione con CittadinanzAttiva o il progetto FIASO "Confrontarsi per migliorare" sono state sviluppate successivamente e in modo coerente.

Piuttosto che strutturare uno specifico gruppo di professionisti dedicato a tempo pieno alla qualità (per esempio, un ufficio qualità, un servizio qualità, ecc.), è stata realizzata una specifica attività formativa, gestita tutta internamente, che ha portato alla costituzione della "rete aziendale per la qualità" cioè di un gruppo multiprofessionale di oltre 300 operatori distribuiti nelle strutture aziendali che hanno il compito di:

- supportare i direttori centrali, di ospedale, di distretto e di dipartimento strutturale nella 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.

## **La pianificazione quinquennale: il PASS**

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico (PASS) si è rivelato un buon strumento di pianificazione pluriennale. Il PASS 2001-2004 è stato utile per definire la missione, la visione, i principi di riferimento e le tre linee strategiche dell'azienda: promozione della salute, miglioramento della qualità e gestione aziendale; inoltre ha rappresentato la base per costruire un linguaggio comune che potesse tenere insieme i diversi "gerghi" dei professionisti clinici e tecnico-amministrativi.

Il recente PASS 2005-2009, voluto esplicitamente dalla Giunta Provinciale della PAT, è stato adottato al termine di un lungo processo di consultazione che ha coinvolto tutte le parti interessate dell'azienda: l'Assessorato provinciale alle politiche sanitarie, il personale dipendente e convenzionato con le loro organizzazioni di rappresentanza, le oltre 200 associazioni di volontariato della Carta dei servizi, gli ordini e i collegi professionali. Per predisporre il PASS 2009 nel modo più partecipato possibile sono



state realizzate le seguenti attività: incontri di presentazione, attivazione di una casella di posta dedicata, elaborazione di tre bozze del documento per considerare progressivamente i contributi di tutti.

Il PASS 2005-2009 ha il seguente titolo: “COSTRUIRE LA RETE. Dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo”<sup>20</sup>. Rispetto al documento precedente, mantiene inalterata la missione aziendale, ridefinisce la visione aziendale, ristruttura i principi e i valori di riferimento e conferma le tre linee strategiche della promozione della salute, del miglioramento continuo della qualità e della gestione aziendale. Nella consapevolezza che in una organizzazione professionale e complessa come l’APSS non è possibile dettare a priori i comportamenti di ciascuno, il PASS 2009 introduce inoltre il concetto di “azioni guida” cioè di comportamenti generali che devono guidare le persone nello sviluppo di tutti i processi aziendali (vedi riquadro 3).

Riquadro 3. Le azioni guida del Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009

Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005 - 2009	
LE AZIONI GUIDA	
per lo sviluppo dei <b>PROCESSI ASSISTENZIALI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. adottare un approccio assistenziale complessivo</li> <li>2. erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure</li> <li>3. valutare l’impatto delle tecnologie sanitarie</li> <li>4. misurare gli esiti sulla salute delle attività svolte</li> </ol>
per lo sviluppo dei <b>PROCESSI TECNICO- AMMINISTRATIVI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. semplificare la vita delle parti interessate</li> <li>2. favorire l’omogeneità dei comportamenti</li> <li>3. decentrare i livelli decisionali</li> <li>4. misurare gli esiti sulla organizzazione delle attività svolte</li> </ol>
per lo sviluppo di <b>TUTTI I PROCESSI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. collegare le parti del sistema</li> <li>2. analizzare i bisogni e definire le priorità</li> <li>3. promuovere l’autonomia delle parti interessate</li> <li>4. confrontare le attività e i risultati</li> </ol>

### La pianificazione annuale: il processo di budget

Pur avendo avviato una attività di budgeting fin dalla sua nascita, dal 2000 è stata data un’ampia enfasi al budget dell’APSS quale strumento annuale che mette in relazione le attività da svolgere con le risorse disponibili, cercando di superare l’equivoco che esso sia solo la descrizione delle risorse che possono essere impegnate o, peggio ancora, che il budget coincida con il sistema incentivante dei medici. Il budget è quindi il “programma di attività” che consente di pianificare, gestire e verificare le attività da svolgere nell’anno e l’utilizzo delle risorse.

Il processo di budget è stato descritto in modo esplicito e dettagliato con uno schema delle attività, un diagramma di Gantt e una matrice delle responsabilità. Inoltre, è stato stabilito un legame organico tra i documenti di bilancio, le schede di budget e i piani operativi settoriali: formazione, edilizia, sicurezza del personale e dei pazienti, informatica, attrezzature sanitarie, personale<sup>21</sup> (vedi riquadro 4).

Riquadro 4. La struttura del budget dell'APSS



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, obiettivi specifici assegnati annualmente dalla PAT); una piccola parte delle schede è dedicata anche alle risorse da utilizzare. Progressivamente le schede di budget sono state inoltre integrate con i piani operativi settoriali e con i meccanismi incentivanti.

Il coinvolgimento del personale in tutte le fasi del budget è una condizione essenziale per raggiungere gli obiettivi generali di efficacia, efficienza e appropriatezza dell'APSS ed è una strategia aziendale continuamente ribadita. Nel contesto delle azioni di miglioramento connesse al riconoscimento del "Committed to Excellence" di EFQM, sono state realizzate specifiche iniziative per rinforzare tale coinvolgimento; incontri dei responsabili delle unità operative e dei servizi con il proprio personale per illustrare le schede di budget, incontri di presentazione del direttore generale, riunioni con i dirigenti, questionario di monitoraggio del processo, ecc..

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 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

single prestazioni sono importanti, ma non devono catturare tutta l'attenzione (vedi riquadro 5).

Riquadro 5. Esempio di indicatore clinico: tempo di attesa in radioterapia oncologica

OSPEDALE DI TRENTO – RADIOTERAPIA ONCOLOGICA			
nome dell'indicatore	TEMPO DI ATTESA PER PRIORITÀ CLINICA		
significato	la gestione dei tempi di attesa in accordo con le priorità cliniche consente di rispondere in modo appropriato e tempestivo		
ambito di applicazione	tutti i pazienti sottoposti a radioterapia		
parametro misurato	pazienti per i quali è rispettato il tempo limite di attesa / pazienti trattati		
periodo di riferimento	marzo – giugno 2004		
valori	casi urgenti (1-4 gg)	100%	9/9 casi
	casi prioritari (5-14 gg)	97%	37/38 casi
	casi standard (15-30 gg)	89%	186/209 casi
	casi differibili (> 30 gg)	100%	37/37 casi
referente	equipe Radioterapia		

### La pianificazione continua: la Carta dei servizi

Fin dal suo nascere, l'APSS ha avuto una propria Carta dei servizi ma nel 2001, al termine della prima autovalutazione aziendale con lo strumento EFQM, è iniziato un processo di revisione della Carta aziendale lungo e articolato, che ha coinvolto un gran numero di parti interessate: i rappresentanti di circa 200 associazioni di volontariato, il personale dipendente, l'Assessorato provinciale alle politiche alla salute, gli ordini professionali, le diverse articolazioni aziendali, le organizzazioni sindacali, ecc..

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. Per mantenere un continuo e puntuale aggiornamento di questa sezione della Carta, non è stato utilizzato il formato cartaceo e i dati sono stati caricati sul sito aziendale, che viene costantemente alimentato dalle unità operative.

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. Anzi, alla fine non si è ottenuto un semplice "prodotto" (documenti cartacei o informatizzati che danno alcune informazioni), ma è stato costruito un "processo", cioè un insieme coordinato di attività che danno informazioni, pianificano standard, offrono tutela e propongono servizi. Infatti, 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 la funzione di pianificazione continua della Carta, in quanto è il modo continuo nel tempo con il quale le strutture aziendali rendono esplicito quali sono i comportamenti organizzativi che i cittadini e il personale possono aspettarsi dalla strutture stessa<sup>22</sup>.

L'ultimo elemento del processo Carta dei servizi è stata la caratterizzazione data al nuovo sito aziendale ([www.apss.tn.it](http://www.apss.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 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 "intelleggibili" in modo trasparente da tutte le parti interessate, dentro e fuori l'Azienda.

## Il controllo dall'interno

Il controllo dei processi è l'elemento che, dopo lo svolgimento delle attività, chiude il cerchio iniziato con la pianificazione. Il concetto di "controllo" ha un duplice significato e comprende non solo le attività di ispezione e di verifica su quanto viene svolto, ma anche le attività che consentono di governare e di guidare i processi stessi.

Sono stati attivati meccanismi di controllo sia dall'interno dell'APSS che dall'esterno; una forma del tutto particolare è stata il controllo condiviso con i cittadini che l'APSS ha sperimentato in questi anni. In tutti e tre i casi, sono stati attivati sia i meccanismi imposti dalla normativa e altri scelti dall'APSS per aumentare la sua capacità di "rendere conto" (accountability) a tutte le parti interessate dell'andamento dei processi (vedi riquadro 6)

Riquadro 6. I meccanismi di controllo per "rendere conto" alle parti interessate.

Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005 - 2009			
I MECCANISMI DI CONTROLLO			
	Controllo INTERNO	Controllo ESTERNO	Controllo CONDIVISO con i cittadini
meccanismi OBBLIGATORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>collegio dei revisori</li> <li>controllo di gestione ordinario</li> <li>controllo delle procedure amministrative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>controllo PAT obiettivi generali e specifici</li> <li>autorizzazione PAT sulle strutture sanitarie</li> <li>accreditamento istituzionale della PAT</li> <li>controllo da parte della Corte dei conti</li> <li>certificazione ISS per il Lab. Igiene Pubblica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il circolo virtuoso delle segnalazioni</li> </ul>
meccanismi VOLONTARI	<ul style="list-style-type: none"> <li>autocontrollo</li> <li>audit clinico e organizzativo</li> <li>controllo di gestione progettuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>certificazioni EFQM, ISO, OHSAS</li> <li>accreditamenti professionali (es. JCI, società scientifiche)</li> <li>campagna "Ospedale sicuro" di CittadinanzAttiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audit Civico con CittadinanzAttiva</li> <li>esperienze locali di audit con le associazioni di volontariato (es. sull'UVM)</li> </ul>

La prima forma di controllo interno attivata è stata ovviamente il controllo della gestione, cioè di tutti quei fatti della vita aziendale rilevanti per le attività svolte e per il

consumo delle risorse. Grazie a un accurato sistema di rilevazione delle attività e dei consumi basato su centri di costo e centri di responsabilità, il servizio Controllo di gestione produce report trimestrali che vengono inviati alle direzioni e ai responsabili dei centri di costo nella prima settimana del mese successivo al periodo di riferimento. Gli stessi report sono inoltre visibili in una applicazione della rete intranet e i report sintetici dei consumi e del personale vengono inviati mensilmente ai direttori. Tutti i report sono di supporto anche al Nucleo di valutazione per le verifiche periodiche sui risultati conseguiti dalle diverse strutture aziendali in quanto, come detto in precedenza, il sistema incentivante è fortemente integrato con il budget.

Dal momento che nelle schede di budget i temi dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica sono fortemente presenti, il controllo della gestione non è stato limitato agli ambiti tradizionalmente coperti dal Servizio controllo di gestione, ma si è allargato anche a questi aspetti clinici e la direzione sanitaria aziendale ha periodicamente valutato sia gli indicatori clinici che l'appropriatezza delle prestazioni. Per esempio, nel 2000, nel 2002 e nel 2004 è stata effettuata una rilevazione sull'appropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale con metodologia PRUO (Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale) relativa ai ricoveri nelle strutture dell'APSS e delle strutture accreditate nella provincia; la rilevazione ha valutato la "giornata di ammissione" e i "ricoveri senza alcuna giornata appropriata". I risultati delle indagini sono stati a loro volta utilizzati per orientare la definizione dei budget delle unità operative dell'APSS e per negoziare gli accordi contrattuali con le strutture accreditate, in una visione di sistema.

Il secondo ambito di controllo dall'interno, previsto dalla normativa, è quello della verifica sulle procedure amministrative, per il quale l'APSS ha previsto un'apposita struttura. Il Servizio di verifica sulle procedure amministrative ha espletato la propria attività nell'ambito del "Piano di Audit" approvato annualmente dal Direttore Generale e ha svolto anche verifiche di carattere straordinario. Esempi di processi verificati sono l'applicazione del ticket su talune prestazioni, la procedura per i dispositivi medici, i capitolati di alcuni servizi informatici appaltati, l'applicazione della normativa in materia di autorizzazioni all'espletamento di attività esterne al rapporto di lavoro.

Il terzo ambito in cui è stato sviluppato il controllo dall'interno, questa volta sulla base di una precisa scelta aziendale volontaria è quello della gestione dei progetti. Fin dal suo avvio, l'APSS è stata impegnata in decine di progetti anche di grandi dimensioni, sia derivanti dalla programmazione provinciale e sia di innovazione continua, con particolare attenzione alle soluzioni informatiche. Nel 2004 è stata quindi inserita nello staff del direttore generale una funzione denominata Project Management Office (PMO) con lo scopo di governare in modo rigoroso queste iniziative e completare così il controllo strategico. Sulla base di espliciti criteri, sono stati individuati i progetti da seguire (portafoglio progetti) e per ciascuno di essi è stato realizzato quanto indicato dal Manuale delle procedure di project management appositamente predisposto. Fin dal suo esordio, il livello di copertura del PMO è stato elevato e nel 2004 sono stati seguiti con tecniche di project management progetti di information technology per un valore finanziario pari al 75% di tutti i progetti aziendali in corso.

## **Il controllo dall'esterno**

Il principale controllore esterno dell'APSS è ovviamente la Provincia Autonoma di Trento che, da una parte, assegna annualmente all'azienda attività generali, obiettivi specifici e risorse e, dall'altra, gestisce i programmi di autorizzazione e accreditamento. Di conseguenza, in questi anni sono state realizzate le attività aziendali previste dai piani di adeguamento ai requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, con iniziative di tipo strutturale, impiantistico, tecnologico e organizzativo.

Sempre sul versante dei controlli obbligatori esterni, è stato ottenuto e mantenuto il riconoscimento di conformità alla norma ISO/IEC 17025 del Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica, rilasciato dall'Istituto Superiore di Sanità e necessario per il suo funzionamento.

Sul versante dei meccanismi di controllo esterno attivati volontariamente dall'APSS per aumentare la sua "accountability" e per sfruttare la connessa spinta al miglioramento sono invece da segnalare tre importanti gruppi di iniziative.

Il primo è il programma di miglioramento basato sugli standard ospedalieri della Joint Commission International: questo modello di accreditamento internazionale è stato applicato al maggiore ospedale aziendale (il S. Chiara di Trento) sia per creare una specifica opportunità di miglioramento locale e sia per acquisire informazioni generali da trasferire all'intero programma di accreditamento istituzionale della Provincia. Sono state sviluppate e applicate numerose procedure assistenziali e organizzative finalizzate al soddisfacimento degli standard di accreditamento, con il coinvolgimento attivo di un grande numero di professionisti, specifiche attività formative e la continua attività di supporto e coordinamento da parte della direzione della struttura ospedaliera. La visita ispettiva da parte degli ispettori della Joint Commission International è stata svolta nel mese di giugno 2005 e si è conclusa con l'accREDITAMENTO della struttura  
**PRIMA DELLA STAMPA DEL LIBRO SAPREMO L'ESITO UFFICIALE DELLA VISITA ISPETTIVA?**

Il secondo meccanismo di controllo esterno scelto volontariamente dall'APSS è il già citato programma promosso dall'European Foundation for Quality Management che nel 2004 ha portato al riconoscimento del livello "Committed to Excellence in Europe" ("Impegno all'eccellenza"). A seguito di questo riconoscimento, l'APSS è stata anche selezionata tra i finalisti della prima edizione del Premio europeo "EFQM Local and Regional Government Prize 2004", finalizzato a valutare il grado di "maturità" delle organizzazioni nell'utilizzo delle soluzioni informatiche. Al Premio hanno partecipato 27 amministrazioni pubbliche europee provenienti da 12 Paesi e l'APSS era l'unica pubblica amministrazione italiana.

Il terzo filone dei meccanismi di controllo esterno attivati volontariamente dall'APSS riguarda le certificazioni dei sistemi di gestione per la qualità di alcune strutture aziendali. È stata ottenuta la certificazione ISO 9001 del servizio formazione e sono in corso le attività propedeutiche alla certificazione del dipartimento di laboratorio (ISO 15189), del servizio aziendale di prevenzione e protezione (ISO 9001 - OHSAS 18001), del servizio veterinario (ISO 9001): analisi ed eventuale riprogettazione dei processi, definizione di procedure gestionali e operative, formalizzazione di istruzioni operative, sistematizzazione della documentazione, rivisitazione della modulistica, ecc.. In tutti i casi, la certificazione è sempre stata considerata strumentale allo sviluppo del sistema aziendale di gestione per la qualità e mai considerata fine a se stessa.

### **Il controllo condiviso con i cittadini**

Questa particolare forma di controllo, derivata dal processo di gestione della Carta dei servizi e basata sulla collaborazione tra l'azienda e i cittadini singoli e associati, si è svolta sia realizzando quanto previsto dalla normativa vigente (gestione delle segnalazioni e attivazione della Commissione Mista Conciliativa) e sia sviluppando attività innovative e volontarie come gli audit congiunti con le associazioni di cittadini.

Restando sul piano dei meccanismi di controllo imposti dalla normativa, è stato messo a punto un sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini che ha due obiettivi principali: migliorare le modalità e tempi di risposta alle segnalazioni dei cittadini e

umentare la capacità di analisi e le conseguenti azioni correttive per evitare il ripetersi di segnalazioni analoghe (circolo virtuoso del reclamo).

Il Servizio rapporti con 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.

L'APSS ha inoltre scelto volontariamente di sperimentare forme innovative di controllo condiviso come gli audit civici. Dopo aver partecipato alla sperimentazione nazionale dell'Audit Civico condotta in collaborazione con CittadinanzAttiva, è iniziata un'attività locale ed è stato attivato il controllo condiviso di uno specifico processo assistenziale: la valutazione multidisciplinare, curata dall'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) e finalizzata allo sviluppo di piani assistenziali complessi in ambito territoriale (inserimento in RSA, assistenza domiciliare integrata, ecc.).

È stato creato un gruppo di lavoro misto composto da professionisti operanti nelle UVM e alcune associazioni di riferimento che potessero fungere da interlocutori competenti: il processo assistenziale è stato descritto nelle diverse fasi e ognuna di queste è stata sottoposta al controllo condiviso attraverso incontri e con l'ausilio di una griglia di aiuto alla valutazione appositamente predisposta. L'esperienza è stata particolarmente positiva, si è svolta in un clima di collaborazione e le informazioni raccolte hanno consentito di individuare possibili occasioni di miglioramento.

## **La comunicazione**

L'APSS ha posto in questi anni una particolare attenzione alla comunicazione interna ed esterna. La comunicazione è un evento interattivo e bidirezionale, nel quale due o più interlocutori si mettono in relazione per scambiarsi informazioni: per questo sono state realizzate sia iniziative di "informazione" e sia attività di "ascolto".

Per quanto riguarda il primo gruppo di iniziative, oltre alle iniziative comunicative connesse con la diffusione della Carta dei servizi, sono state curate numerose campagne informative e 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 promozione 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 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 9 mila copie e spedito a tutti i dipendenti, ai professionisti convenzionati e accreditati, alle associazioni e alle farmacie). Sono state inoltre distribuite numerose newsletter dedicate a specifici ambiti di interesse quali il Pap test, lo screening mammografico, la sicurezza sul posto di lavoro, il 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 avuto il compito di identificare

possibili nuove attività di comunicazione e di dare indicazioni per migliorare quelle già esistenti.

Comunicare è però anche ascoltare. Per questo sono state attivate alcune iniziative di ascolto delle parti interessate e di misura della loro soddisfazione:

- a. indagine “Qualità e salute” per la misurazione integrata dei livelli di soddisfazione dei cittadini trentini e del personale medico e infermieristico ospedaliero (2002), integrata da una indagine che l’anno successivo ha coinvolto i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di tutta la provincia;
- b. progetto interaziendale “Confrontarsi per migliorare”, promosso dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), per la misura in 10 aziende sanitarie italiane della soddisfazione di degenti e operatori e la determinazione sperimentale dei relativi indici di riferimento (2003);
- c. 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;
- d. questionario per valutare annualmente l’andamento del processo di budget.

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 atteggiamenti <sup>23</sup>.

## **L’INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GOVERNANCE: la gestione del personale**

Questo paragrafo descrive le principali attività aziendali svolte per gestire il personale e, in particolare:

- l’approccio complessivo al processo
- la gestione della sicurezza dei lavoratori
- la gestione della formazione continua
- la gestione degli incarichi dirigenziali

### **L’approccio complessivo al processo**

Nel contesto delle azioni di miglioramento connesse al programma “EFQM - Committed to Excellence” sviluppato nel 2004, è stata realizzata una lista di autovalutazione per aiutare tutte le componenti aziendali (sanitarie e tecnico-amministrative, centrali e periferiche) a considerare la “gestione del personale” come un unico macro-processo aziendale composto da numerosi processi diversi e integrati tra di loro, gestiti da strutture diverse, il cui coordinamento sta alla base del buon funzionamento complessivo.

L’idea di una visione complessiva, che comprendesse tutte le fasi del macro-processo, era nata all’interno del gruppo di lavoro interaziendale che la “Rete Italiana EFQM in Sanità” ha avviato all’inizio del 2004 per affrontare in modo congiunto il tema della gestione del personale, rivelatosi il punto debole in tutte le autovalutazioni aziendali realizzate dalle aziende sanitarie della Rete stessa.



La lista di autovalutazione è stata testata presso due strutture aziendali (un ospedale e un distretto): la sperimentazione si è mostrata utile per analizzare l'intero processo di gestione, connettendo le diverse fasi gestite da componenti aziendali diverse: i servizi specifici di amministrazione del personale, le direzioni mediche e infermieristiche delle strutture, il servizio formazione, il servizio prevenzione e protezione, le unità operative e i servizi. Si è inoltre rivelata utile per evidenziare i comportamenti delle strutture connesse alle diverse fasi di gestione del personale. Attualmente è in corso un'ulteriore evoluzione dello strumento, finalizzato alla mappatura dettagliata dell'intero processo di gestione del personale.

## **La gestione della sicurezza dei lavoratori**

A integrazione dei numerosi adempimenti previsti dalla legislazione vigente, è iniziata nel 2001 la progressiva formalizzazione di un sistema aziendale di gestione della sicurezza del personale, sulla base delle norme ISO 9001 e OHSAS 18000 (Occupation Health and Safety Assessment Series): quest'ultima descrive in particolare il sistema di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro ed è basata sui principi della gestione totale per la qualità e del coinvolgimento attivo in materia di sicurezza<sup>24</sup>.

La rielaborazione progressiva del Documento di Valutazione 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 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 fascicoli di unità operativa (circa 370) 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 stesura e nell'aggiornamento continui.

Accanto al DVR, sono state realizzate altre iniziative di integrazione del sistema, tra le quali meritano un cenno: l'istituzione della Conferenza permanente dei datori di lavoro e della Conferenza di servizio (il regolamento e l'articolazione aziendali prevedono la presenza di 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, rappresentanti dei lavoratori 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 specifici progetti relativi a situazioni trasversali (rumore, incendio, videoterminali, agenti chimici, gas anestetici, antiblastici, rischio biologico, movimentazione dei carichi, radiazioni) che hanno comportato analisi organizzative,

campagne di misurazioni e interventi strutturali e/o organizzativi per ridurre al minimo i rischi.

## **La gestione della formazione**

La sanità trentina è sempre stata in prima linea per quanto riguarda la formazione continua del personale. Il Servizio aziendale per la formazione predispone e realizza annualmente il Piano della formazione, partendo 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 coinvolge un grande numero di operatori e si realizza secondo le seguenti modalità:

- iniziative formative residenziali interne (corsi di formazione e seminari clinici) organizzate dal servizio formazione dell'APSS;
- corsi di formazione a distanza, sviluppati internamente e/o acquisiti da terzi.
- iniziative formative organizzate all'interno delle unità operative;
- iniziative residenziali esterne organizzate da altri provider (corsi, convegni, seminari, congressi, ecc.);
- stages clinici in Italia e all'estero;
- progettazione, sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca;
- utilizzo delle ore studio previste dai contratti di lavoro;

A titolo di esempio, il "Piano per la formazione 2004" 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 259 eventi formativi (246 edizioni di corsi di formazione e 13 seminari), che hanno coinvolto 9.527 operatori e hanno comportato 4134 ore di docenza. Due corsi di formazione a distanza (FAD): "Privacy e terminologia di riferimento" e "Segreto, riservatezza e privacy" hanno coinvolto in totale 354 operatori. Infine, circa 3.500 operatori sono stati autorizzati a partecipare a eventi formativi realizzate all'esterno dell'APSS.

## **La gestione degli incarichi dirigenziali**

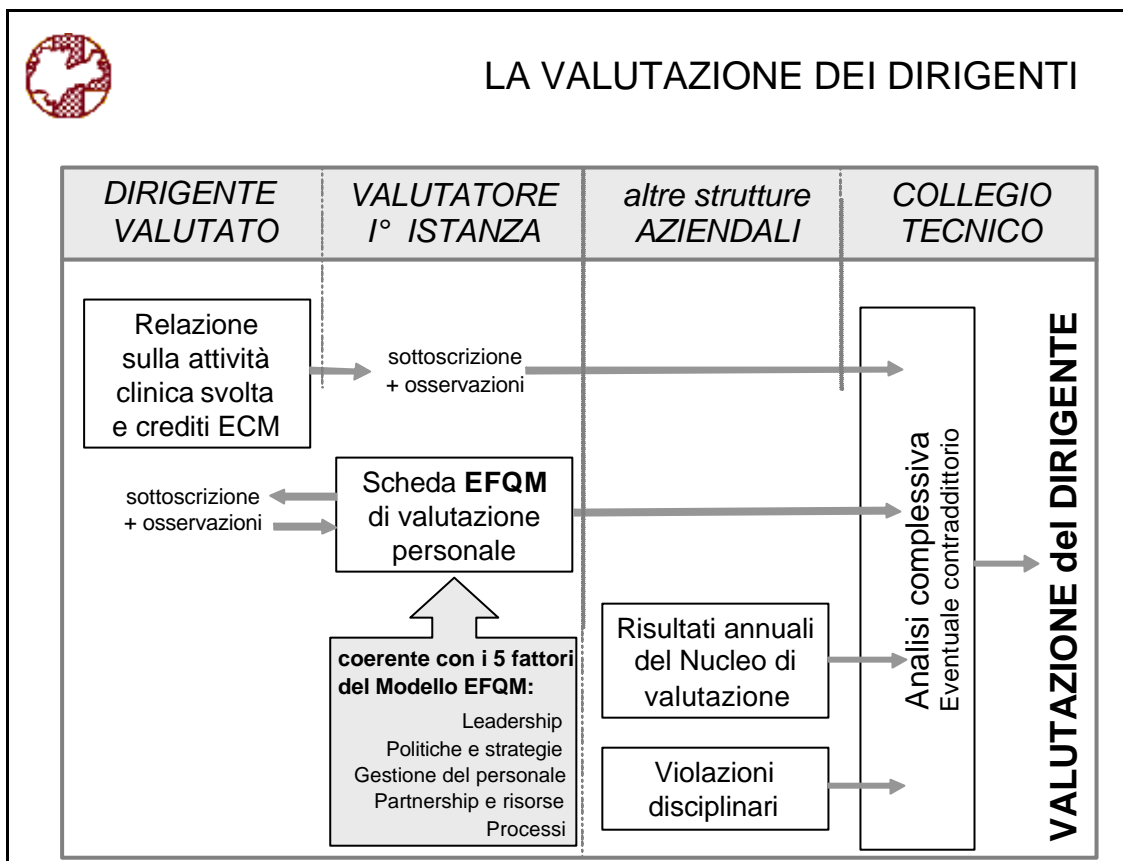
Nel 2004 la direzione strategica aziendale ha avviato il processo di revisione delle strutture e degli incarichi in ambito aziendale, che sono state individuati e successivamente graduati; terminate questa fasi, si è provveduto alla attribuzione degli incarichi ai dirigenti secondo le modalità previste dai contratti. L'individuazione delle strutture e degli incarichi è stata oggetto di discussione nel corso di numerosi contatti con le organizzazioni sindacali firmatarie degli accordi decentrati aziendali.

Nel corso del 2004 ai dirigenti aziendali sono stati quindi assegnati 159 incarichi di struttura complessa, 184 incarichi di struttura semplice, 392 incarichi di alta professionalità e 305 incarichi di natura professionale. Ciascun incarico è stato accompagnato dalla stipula di uno specifico contratto individuale tra il dirigente e l'APSS, nel quale è stata specificata la natura dell'incarico, i comportamenti attesi e le responsabilità connesse.

La revisione delle strutture aziendali ha completato il processo di gestione degli incarichi, iniziato negli anni precedenti con l'avvio del sistema di valutazione del personale dirigente (annuale, triennale, quinquennale). In accordo con le organizzazioni sindacali, era stato sviluppato e applicato un processo valutativo della dirigenza, comune ai diversi contratti collettivi e basato su quattro elementi (attività professionale, comportamenti organizzativi, risultati relativi al programma annuale di

attività, eventuali aspetti disciplinari) <sup>25, 26</sup>, che consente ai collegi tecnici di volta in volta costituiti di esprimere una valutazione sull'operato e sulle diverse competenze dei dirigenti (vedi riquadro 7).

Riquadro 7. Fasi, attività e protagonisti del processo di valutazione pluriennale dei dirigenti.



Nel processo valutativo che è stato adottato, l'attività professionale specifica viene prima autocertificata dal singolo dirigente, in modo da coinvolgere lo stesso soggetto nel processo di valutazione, e successivamente confermata dal suo diretto superiore. I comportamenti organizzativi sono invece valutati sulla base di una scheda che traduce in specifici criteri di valutazione i cinque fattori del "Modello EFQM per l'eccellenza" (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi): in questo modo vengono esplicitati i comportamenti organizzativi che la direzione aziendale si attende da tutti coloro che svolgono un incarico dirigenziale. I risultati ottenuti rispetto agli obiettivi di budget negli anni nella gestione precedenti e le eventuali violazioni disciplinari completano il quadro degli elementi che i collegi tecnici prendono in esame per giungere al giudizio finale. Alla fine della prima tornata di valutazione, gli incarichi di alcuni dirigenti non sono stati riconfermati.

## **L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GOVERNANCE: le partnership e le risorse**

Questo paragrafo descrive il modo in cui sono stati gestiti alcuni importanti fattori economici, mettendo in evidenza l'integrazione realizzata tra processi assistenziali e tecnico-amministrativi:

- la gestione delle tecnologie sanitarie
- la gestione dei dispositivi medici
- la gestione delle soluzioni informatiche
- la gestione dei rapporti con le strutture accreditate

### **La gestione delle attrezzature sanitarie**

Già da qualche anno è stato consolidato l'intero processo integrato di gestione delle attrezzature sanitarie, che può essere considerato come un macro-processo unitario che integra gli aspetti assistenziali con quelli tecnico-amministrativi.

Il macro-processo è articolato in numerosi processi: la valutazione della proposta dell'acquisizione (vedi il paragrafo sulla valutazione delle tecnologie sanitarie), l'individuazione del livello di priorità, l'attribuzione del finanziamento, la definizione del piano operativo delle acquisizioni, le procedure di acquisto, collaudo e messa in uso, i controlli di qualità e sicurezza, la gestione delle segnalazioni sulla sicurezza emanate dagli enti nazionali ed internazionali, il piano della 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 macro-processo 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 annualmente presentare le richieste di nuove attrezzature (sostituzioni e innovazioni). Tali richieste vengono prima vagliate e ordinate secondo criteri espliciti di priorità dalle direzioni di ospedale e di distretto; successivamente una commissione aziendale (composta da professionisti clinici e professionisti organizzativi) esamina le richieste e propone al direttore generale il Piano operativo degli investimenti compatibile con le richieste espresse, con le priorità identificate e con le risorse attivabili.

### **La gestione dei dispositivi medici**

Sulla scorta della positiva esperienza realizzata per governare il processo di gestione delle attrezzature sanitarie, è stata strutturata anche una attività analoga per la gestione dei dispositivi medici; si tratta di un settore particolarmente rilevante, composto da una anagrafica aziendale di oltre 20.000 prodotti e che vale da solo circa un terzo della spesa per prodotti sanitari.

È stato costituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare (medici di direzione, farmacisti, infermieri, medici clinici, ingegnere clinico, professionisti degli approvvigionamenti e della logistica) con i seguenti obiettivi: integrazione dell'intero processo di gestione, ridefinizione dei criteri per la valutazione dei fabbisogni assistenziali e per la scelta critica delle proposte del mercato attraverso conoscenze e metodologie condivise (proprietà tecniche, sicurezza, efficacia teorica e pratica, costi, impatto sull'organizzazione e sulla formazione, volumi di attività, necessità di

smaltimento), sviluppo della vigilanza nell'utilizzo dei dispositivi, produzione di una reportistica ragionata, razionalizzazione della logistica dei dispositivi medici.

In modo analogo a quanto fatto per le attrezzature sanitarie, è stata quindi introdotta una nuova scheda per la valutazione dei dispositivi medici di nuova introduzione (vedi il paragrafo sulla valutazione delle tecnologie sanitarie) e sono state meglio collegate tra di loro le altre attività che compongono il macro-processo di gestione dei dispositivi: aggiornamento del repertorio aziendale e revisione dei dispositivi per categoria, archiviazione delle schede tecniche e delle dichiarazioni di conformità per i prodotti latex free, rinegoziazione dei contratti esistenti per alcuni dispositivi medici particolarmente costosi; revisione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) in uso, miglioramento del sito intranet e dei collegamenti con le banche dati per aumentare la circolazione delle informazioni, acquisti, logistica. A seguito delle attività di valutazione, il numero dei dispositivi di nuova introduzione è diminuito nel 2003 di circa il 25% e nel 2004 di quasi il 50% in confronto con quanto avvenuto nel 2002.

### **La gestione delle soluzioni informatiche**

Con l'obiettivo di conseguire un migliore allineamento tra la direzione strategica dell'azienda, la gestione operativa e l'infrastruttura dei sistemi informativi, l'APSS ha messo in atto nel corso degli ultimi anni una serie di iniziative, di programmi e di investimenti rivolti ad ottimizzare i processi, le tecnologie e l'organizzazione.

In tale ambito, è stata definita una nuova struttura del Servizio sistemi informativi ed è stato avviato un piano di cambiamento, sviluppato a partire dal 2003, incentrato soprattutto sulla necessità di dare risposta alle esigenze e alle aspettative degli utilizzatori dei servizi informatici piuttosto che sulla architettura organizzativa del servizio stesso.

È stato progressivamente messo a punto il processo di definizione del Piano aziendale delle soluzioni informatiche, a partire da una sempre più dettagliata analisi dei fabbisogni. In modo coerente con la definizione di altri piani settoriali (edilizia, attrezzature, formazione, personale), le unità operative e i servizi devono compilare una scheda di esplicitazione dei rispettivi fabbisogni di soluzioni informatiche software e hardware. Un'apposita commissione, composta da clinici e personale tecnico-amministrativo, le esamina e, utilizzando criteri omogenei ed espliciti, definisce in modo operativo e sostenibile con le risorse disponibili il Piano dettagliato, dando priorità agli interventi di interesse generale e strategico piuttosto che alle innovazioni che aggiungono valore solo in specifici e limitati settori.

### **La gestione dei rapporti con le strutture accreditate**

I rapporti con le strutture accreditate hanno rappresentato un punto molto importante della governance clinica dell'APSS. L'approccio seguito in questi anni è stato quello di utilizzare gli accordi contrattuali non solo per integrare in termini quantitativi l'offerta di prestazioni assicurata dalle strutture aziendale, ma anche per favorire lo sviluppo di un servizio sanitario "in rete".

Per dare una visione unitaria dell'offerta di prestazioni a disposizione dei pazienti, è stato favorito il progressivo inserimento delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture accreditate nel sistema aziendale di prenotazione.

Nella definizione degli accordi contrattuali non si è fatto riferimento solo agli aspetti meramente contabili (giornate di ricovero, prestazioni, peso del DRG, ecc.) ma sono

state negoziate prestazioni (ambulatoriali, interventi in day surgery, ricoveri ordinari e day hospital, attività di lungodegenza e riabilitazione) coerenti con i processi assistenziali integrando, anche in questo caso, il punto di vista dei professionisti sanitari con quello dei professionisti tecnico-amministrativi.

Particolare attenzione è stata posta al tema della appropriatezza delle prestazioni. Coerentemente con lo sforzo fatto dalle strutture aziendali sull'argomento, alle strutture accreditate è stato richiesto negli accordi contrattuali di ridurre ulteriormente i ricoveri relativi ai DRG "ad alto rischio di inappropriately" compresi nell'elenco allegato al decreto sui LEA. Sono stati stabiliti specifici protocolli riabilitativi per "governare" i percorsi assistenziali effettuati dai pazienti tra le diverse strutture sanitarie e anche le strutture ospedaliere accreditate sono state coinvolte nelle rilevazioni di appropriatezza con il PRUO.

## **L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI GOVERNANCE: la gestione dei processi assistenziali**

Questo paragrafo descrive alcune attività generali svolte per supportare e migliorare la erogazione delle prestazioni connesse ai Livelli Essenziali di Assistenza:

- la valutazione delle tecnologie sanitarie
- la gestione della sicurezza dei pazienti
- la gestione delle priorità cliniche nell'assistenza specialistica ambulatoriale

### **La valutazione delle tecnologie sanitarie**

Secondo l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment, la tecnologia sanitaria è l'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<sup>27</sup>. Il concetto di tecnologia non si applica quindi solo alle componenti "hard" (per esempio, le attrezzature elettromedicali) ma anche alla parte "soft" dell'assistenza sanitaria che rappresenta, senza ombra di dubbio, la componente più importante. La valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment - HTA) è invece rappresentata da una serie di attività multidisciplinari finalizzate a studiare le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria.

La scelta delle tecnologie sanitarie rappresenta il primo punto della pianificazione dei processi assistenziali. Per questo, fin dal 2000, sono state realizzate, in proprio o in collaborazione con altre aziende sanitarie, con università e istituti di ricerca, una serie di attività di HTA finalizzate non tanto alla produzione dei classici rapporti di technology assessment, quanto piuttosto alla pianificazione dei servizi e delle prestazioni necessarie a soddisfare la mission aziendale: gestire in modo efficace, efficiente, appropriato e coordinato le strutture sanitarie pubbliche trentine e garantire ai cittadini i LEA<sup>28, 29</sup>.

Oltre alle già citate attività di valutazione delle attrezzature sanitarie, dei dispositivi medici e delle soluzioni informatiche, è stata posta attenzione alla valutazione dei percorsi e delle singole prestazioni assistenziali, con la produzione di numerosi documenti di indirizzo 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 <sup>30</sup> o lo sviluppo di esperienze di telemedicina <sup>31, 32</sup>) o a specifiche procedure assistenziali come, per esempio, la lotta al dolore, gli interventi chirurgici per ernia inguinale, cataratta e varici degli arti inferiori, il trattamento del dolore toracico acuto in pronto soccorso <sup>33, 34</sup>. 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 <sup>35, 36</sup>, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, la cefalea, l'artrite reumatoide. Altri documenti infine 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 riferiti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, agli interventi in day surgery, alle prestazioni infermieristiche domiciliari, alle prestazioni di igiene pubblica, ai farmaci utilizzabili in ospedale.

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 della appropriatezza (misurata con il PRUO - Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale) sia dei ricoveri ordinari che di quelli in day hospital e day surgery. Nei percorsi assistenziali più documentati (ipertensione, scompenso cardiaco) è stato anche possibile evidenziare specifici e consolidati cambiamenti comportamentali nella prescrizione dei farmaci, nell'utilizzo della diagnostica, nella pianificazione degli interventi assistenziali che "attraversano" LEA diversi.

La relazione annuale 2004 sulla concreta implementazione, valutazione di efficacia e revisione delle linee guida e dei protocolli assistenziali annoverava oltre 130 documenti di indirizzo e supporto alla attività clinica ed organizzativa, afferenti a 11 dipartimenti e ad altre realtà come il Programma Joint Commission International, il Comitato per il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali o il Comitato Ospedale Senza Dolore.

In questo contesto, la valutazione della efficacia delle iniziative adottate rappresenta un elemento estremamente complesso, che richiede una notevole mole di informazioni per costruire gli indicatori necessari e, al momento, tale obiettivo è stato inserito in via sperimentale nelle schede di budget delle unità operative.

## **La gestione della sicurezza dei pazienti**

Anche se nella pratica quotidiana l'aforisma ippocratico "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 differenza tra la "solidità" dell'apparato che supporta la sicurezza degli operatori e la "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. 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 nella 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).

Per meglio tutelare la sicurezza dei pazienti, nel corso del 2004 si è proceduto alla istituzione del “Comitato aziendale per la sicurezza dei pazienti”, strumento multidisciplinare che svolge un ruolo di indirizzo generale delle attività collegate alla sicurezza dei pazienti, affidando la gestione operativa alle articolazioni fondamentali della azienda sanitaria, cioè i distretti e gli ospedali, e specificamente alle direzioni mediche degli ospedali, ai servizi infermieristici, alle direzioni delle unità operative di assistenza territoriale, cioè le direzioni a valenza organizzativa. Alla fine del 2004 il Comitato ha prodotto il primo “Piano aziendale della sicurezza” che pianifica alcune azioni concrete da svolgere nell'anno in corso, integrate con le schede di budget delle unità operative e dei servizi.

Una delle caratteristiche del sistema di gestione per la sicurezza dei pazienti è rappresentata dallo sforzo, tuttora in corso, di 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 ed organizzative.

## **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 attesa<sup>37,38,39,40,41</sup>. 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:

a) l'introduzione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO (avviata nel 2000 ed estesa progressivamente a tutte le strutture aziendali), che consiste nella indicazione sulla prescrizione di codici di priorità clinica precedentemente concordati tra prescrittori e specialisti e che danno accesso a liste di prenotazione con tempi di attesa differenziati (3 giorni, 10 giorni, 30 giorni, senza limitazioni);



b) 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, con il coinvolgimento di medici specialisti, di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento. Nel 2004 è stata effettuata una revisione del Manuale operativo RAO e sono state inserite nel Manuale ulteriori prestazioni per un totale di 81 (il precedente manuale ne conteneva circa 40); inoltre sono state definite le parole chiave per alcune prestazioni di pertinenza pediatrica. Il manuale è visualizzabile sul sito aziendale e ne è stata data comunicazione ai MMG, ai PLS ai medici specialisti ambulatoriali e a tutti i medici dipendenti.

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 una 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.

Il Sistema unico di prenotazione e gestione ha assunto le caratteristiche di un vero e proprio sistema multicanale, che integra in un'unica piattaforma le prenotazioni provenienti dal call center aziendale, dagli sportelli aziendali, dalle singole postazioni nei reparti e dalla rete internet. Circa il 25% delle agende sono prenotabili direttamente dai cittadini da qualsiasi punto di accesso alla rete internet (prestazioni che non richiedono particolari spiegazioni o preparazioni preliminari).

Il nuovo sistema adottato non consente solo una prenotazione più agevole per tutte le parti interessate, ma rappresenta di fatto il sistema di gestione dell'assistenza specialistica. Consente infatti ai responsabili delle unità operative la generazione e l'aggiornamento dei rispettivi calendari di prenotazione, la predisposizione quotidiana dei fogli di lavoro e la gestione delle richieste con priorità clinica. Consente infine di garantire l'uniformità e la trasparenza nelle procedure di accesso alle prestazioni.

## **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 tecnico-amministrativi, ha tenuto insieme, in un'ottica di governance integrata, i contenuti teorici accennati all'inizio del capitolo e quelli pragmatici della gestione aziendale quotidiana.

Tale visione integrata è stata resa possibile dallo sviluppo di una "infra-struttura" gestionale basata sul Modello EFQM che ha migliorato il dialogo tra i mondi dei professionisti appena citati, protagonisti entrambi (come indica l'immagine di copertina di un numero del British Medical Journal del 2003) di una gara di corsa ad ostacoli

nella quale, legati tra di loro, “con-corrono” (corrono insieme) alla vittoria finale e non sono “in competizione” per la stessa.

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 tecnologico, della transizione epidemiologica, 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 dis-integrazione.

È stata anche una strada difficile, perché ha richiesto 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 puntiformi dell'organizzazione aziendale.

Ma è stata comunque una strada che l'intera organizzazione ha iniziato a percorrere. 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 indicata nel PASS 2009: essere una rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi che soddisfa le parti interessate al più alto livello possibile.

## 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 No. 15 - 2003. <http://www.iog.ca/publications/policybrief15.pdf>
- 3 Pianigiani. Vocabolario Etimologico. Albrighi & Segati, 1907. <http://www.etimo.it>
- 4 Department of Health. A First Class Service. Quality in the new NHS. 1998
- 5 Scally G e Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ; 4 July 1998: 61-65
- 6 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](http://www.cgsupport.nhs.uk/About_CGST/A_vision_of_high_quality_healthcare.asp)
- 7 NHS Appointment Commission. Governing the NHS. A guide for NHS Boards. June 2003 (<http://www.dh.gov.uk>)
- 8 Deighan M, Cullen R, Moore R. The Development of Integrated Governance. Debate No.3, May 2004. The NHS Confederation (<http://www.cgsupport.nhs.uk/PDFs/debate3.pdf>)
- 9 Ilsole24ore. Glossario. <http://www.ilsole24ore.com/>
- 10 Plsek P. Redesigning health care with insights from complex adaptive systems. In “Crossing the quality chasm”. National Academic Press, Washington, 2001: 322-335
- 11 Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. BMJ. 2004;329: 679-681
- 12 Baldrige National Quality Program. 2005 Health Care Criteria for Performance Excellence. [http://www.quality.nist.gov/HealthCare\\_Criteria.htm](http://www.quality.nist.gov/HealthCare_Criteria.htm)
- 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.
  - 15 European Foundation for Quality Management. Valutare il proprio grado di Eccellenza: un approccio basato su questionario. 1999
  - 16 De Pieri P, Favaretti C, Fontana F, Guarrera GM. 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
  - 17 The NHS Leadership Centre of Modernisation Agency. NHS Leadership Qualities Framework. Department of Health, 2003 [www.NHSLeadershipQualities.nhs.uk](http://www.NHSLeadershipQualities.nhs.uk)
  - 18 The NHS Leadership Centre of Modernisation Agency The Clinical Directors' Development Framework. Department of Health, 2005.
  - 19 UNI EN ISO 9000. Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia. 2000
  - 20 APSS. Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009 (PASS 2009) [http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC\\_293158\\_0.pdf](http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_293158_0.pdf)
  - 21 APSS. Direttive di budget 2005. [http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC\\_291810\\_0.pdf](http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_291810_0.pdf)
  - 22 Corposanto C., Passerini A. (a cura di). 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
  - 23 Delai N. (a cura di). APSS - Qualità e salute: utenti, medici e infermieri giudicano il sistema sanitario locale. Franco Angeli, Milano, 2003
  - 24 Favaretti C, Murer G, Zeni A, Cristofolini A, Cadin F, Turri A. 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.).
  - 25 Baldantoni E, De Pieri P, Fontana F, Guarrera GM. e Favaretti C. 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.
  - 26 De Pieri P, Baldantoni E, Fontana F, Guarrera GM. e Favaretti C. 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.
  - 27 INAHTA. Definitions. <http://www.inahta.org/>
  - 28 Fontana F, Guarrera GM, Camin E, De Pieri P, Favaretti C. Esempi applicativi di Health Technology Assessment nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. QA 2003; 14 (2).
  - 29 Guarrera GM, Fontana F, Camin E, De Pieri P, Favaretti C. 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/>
  - 30 Peterlongo P, Guarrera GM, Meneghello A, Moser E, Camin E, Fontana F. Proposta di acquisizione di un PACS per l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. QA 2003; 14 (2).
  - 31 Larcher B, Berloffia F, Demichelis F, Eccher C, Favaretti C, Galvagni M, Martini G, Sboner A, Graiff A, Forti S. An evaluation of the use of and user satisfaction with a teleconsultation system in oncology practice. Journal of Telemedicine and Telecare, 2002; 8 (Supplement 2): 28-30.
  - 32 Guarrera GM. La telemedicina in Trentino. A&A Informa, 2003; 1/2: 13-16.
  - 33 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: rationale del progetto e

- 
- realizzazione delle linee guida. Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003", Trento 29-31 gennaio 2003; 35-40.
- 34 Iseppi P, Accardi R, Pallaver P, Bettini R, Guarrera G, Mariotti G, Disertori M, Torboli P, Vergara G 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. Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003", Trento 29-31 gennaio 2003; 41-43.
  - 35 Mattarei M. Disease management e scompenso 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 (TN) 10-11 ottobre 2003; <http://www.hcta.it/wk2003/mattarei.htm>
  - 36 Mattarei M. Integrazione ospedale e territorio nel trattamento del paziente scompensato: il progetto TRIPSS. Atti del Convegno "Trento Cardiologia 2003" Trento 29-31 gennaio 2003
  - 37 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](http://www.ministerosalute.it/programmazione/Liste/documenti/Relazione_finale.PDF)
  - 38 Mariotti G. Tempi d'attesa e priorità in sanità. Milano, Franco Angeli, 1999
  - 39 Favaretti C. Il problema dell'attesa nel Servizio Sanitario: l'esperienza trentina. Atti della giornata di studio "Tempi di attesa e priorità cliniche: esperienze a confronto". Rovereto, 2003.
  - 40 Favaretti C. Tempi d'attesa e priorità cliniche: l'esperienza in Trentino. In: Mariotti G. (a cura di): Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003
  - 41 Mariotti G. Modelli di gestione: i raggruppamenti di attesa omogenei e il coinvolgimento partecipativo. In: Mariotti G. (a cura di): Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003.