

LA GESTIONE DELL’AZIENDA PROVICIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO E IL MODELLO EFQM.

INTRODUZIONE

Il “Modello per l’eccellenza” proposto dall’European Foundation for Quality Management (EFQM) è uno strumento di gestione aziendale, articolato in nove criteri, che aiuta tutte le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire l’organizzazione e di ottenere risultati.

I nove criteri su cui è imperniato il “Modello EFQM” sono divisi in due gruppi: i fattori (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e i risultati (relativi ai clienti, risultati relativi al personale, risultati relativi alla società e risultati chiave di performance). La premessa che ne sta alla base è la seguente: eccellenti risultati relativi alla performance (finanziaria e operativa) e ai rapporti con gli stakeholder si ottengono grazie a un’attenta azione di leadership sulle politiche e strategie, sul personale, sulle risorse e sui processi. L’analisi dei risultati consente poi di retroagire sui fattori (ciclo PDCA).

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

Anche se l’enfasi viene posta soprattutto sui nove criteri del Modello, particolarmente rilevante è il reticolo sottostante che li lega tra di loro e che rappresenta, in un certo senso, la trama e l’ordito su cui lavorare. Nelle organizzazioni complesse è probabilmente questo il campo su cui si gioca la partita decisiva: integrare tra di loro le diverse attività professionali, organizzative e relazionali che le costituiscono.

IL PROFILO DELL’AZIENDA

L’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) è l’unica struttura sanitaria pubblica che serve gli oltre 470.000 abitanti della Provincia Autonoma di Trento (PAT). È un ente strumentale della Provincia, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale. Opera con circa 7.000 collaboratori diretti (circa 3000 infermieri e 850 medici) e più di 500 tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri professionisti convenzionati. Gestisce direttamente 11 presidi ospedalieri, 13 distretti sanitari e molte strutture ambulatoriali, grandi e piccole, per un totale di oltre 2500 liste di prenotazione. Intrattiene rapporti contrattuali con 50 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) private e con qualche decina di strutture private accreditate per l’assistenza ospedaliera, ambulatoriale e territoriale. Per svolgere le attività connesse all’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nel 2002 l’APSS ha impiegato 767 milioni di euro con un bilancio di esercizio chiuso in equilibrio.

Negli ultimi tre anni, l’Azienda ha impostato e condotto un “Programma di sviluppo strategico” centrato su tre linee: promozione della salute, miglioramento continuo della qualità e gestione aziendale coerente con la propria missione dichiarata, con la visione e i valori aziendali esplicitati a tutte le parti interessate. Utilizzando come strumento di supporto il “Modello EFQM per l’eccellenza”, l’Azienda ha fatto propria la scelta organizzativa di innestare il sistema di gestione per la qualità nel lavoro e nei processi quotidiani, orientando alla qualità tutti gli aspetti della gestione aziendale, piuttosto che riservare le attività di miglioramento della qualità a un gruppo limitato di persone o a processi particolari.

Il modello EFQM è stato uno degli strumenti che l’APSS ha utilizzato per sviluppare il proprio sistema di “clinical governance”. Tale espressione è stata coniata qualche anno fa nel contesto del Servizio sanitario pubblico inglese per descrivere il sistema per mezzo del quale le organizzazioni del Sistema Sanitario Nazionale devono rispondere 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. È in definitiva l’insieme delle regole, dei processi e dei comportamenti che influenzano il modo in cui una organizzazione eroga l’assistenza sanitaria.

In questa memoria verranno descritti i risultati dell’autovalutazione aziendale realizzata sulla base del “Modello EFQM” e le conseguenti azioni di miglioramento progettate e realizzate.

L’AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

Nel giugno 2001 è stata realizzata una autovalutazione aziendale basata sul questionario proposto dalla European Foundation for Quality Management. Il questionario è stato presentato e somministrato a un panel selezionato di dipendenti dell’APSS, segmentato in 5 sottogruppi:

1. direttore generale e direttori delle direzioni centrali, degli ospedali, dei distretti e dei dipartimenti strutturali (sottogruppo A - 13 direttori);
2. coordinatori dei dipartimenti funzionali (sottogruppo B - 13 dirigenti sanitari);
3. componenti del gruppo di lavoro costituito presso la direzione generale “Il governo clinico dei livelli essenziali di assistenza” (sottogruppo C - 12 dirigenti sanitari)
4. componenti del gruppo di lavoro costituito presso la direzione generale “L’integrazione dei processi tecnico-amministrativi” (sottogruppo D - 16 dirigenti amministrativi)
5. componenti del gruppo di lavoro costituito presso la direzione generale “L’assistenza infermieristica” (sottogruppo E - 15 dirigenti infermieristici e caposala).

Nel mesi di ottobre 2001 sono stati presentati ai membri del panel i risultati dell’autovalutazione (figura 1 e figura 2) e sono state individuate alcune aree di miglioramento per la programmazione 2002.

Figura 1 - Risultati dell’autovalutazione aziendale 2001 ottenuti dall’intero panel

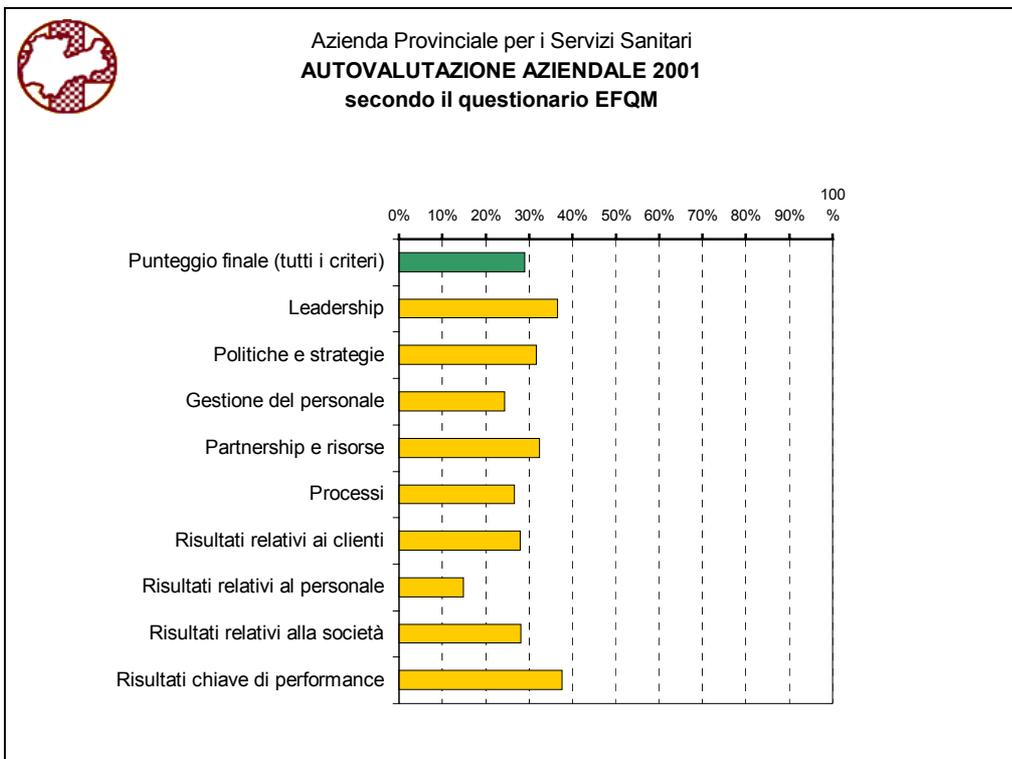
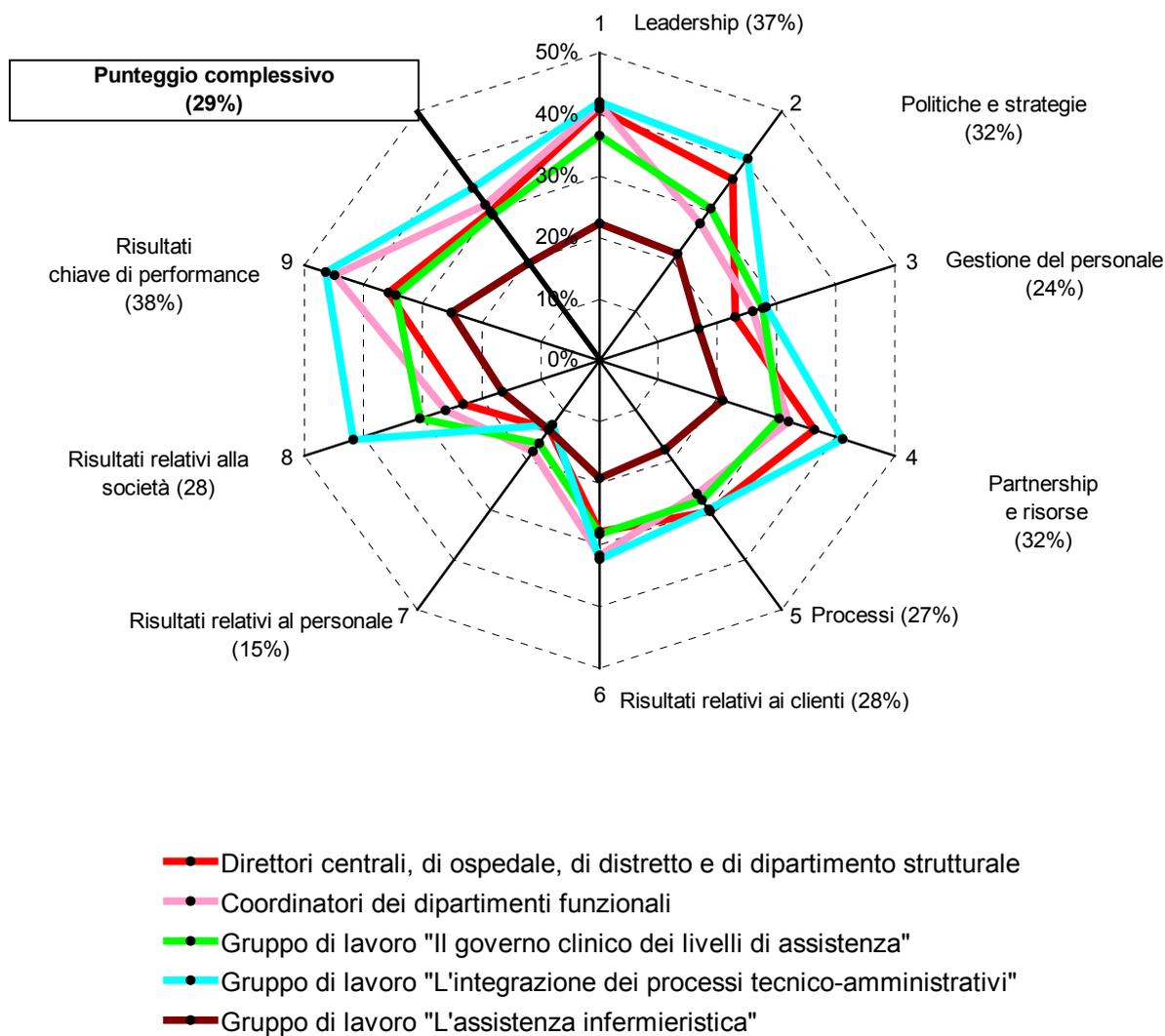


Figura 2 - Risultati dell'autovalutazione aziendale 2001 stratificati per le componenti del panel



Il punteggio complessivo relativo all'insieme dei criteri è stato pari a 29%, coerente con quello che EFQM ipotizza per le organizzazioni "normali" che si avvicinano per la prima volta all'autovalutazione aziendale. Anche un lavoro scientifico del 2001, che illustra le esperienze tedesche di autovalutazione rispetto al modello EFQM, mostra come più della metà degli ospedali coinvolti abbia ottenuto punteggi tra il 20 e il 30%.

I punteggi relativi ai singoli criteri sono differenziati, con i giudizi complessivi più favorevoli per i criteri Leadership (37%) e Risultati chiave di performance (38%), mentre i due criteri relativi alla Gestione del personale (24%) e ai Risultati relativi al rapporto con il personale (15%) mostrano i valori più bassi. In quasi tutti i criteri, la differenza tra i giudizi espressi dai sottogruppi del panel è rilevante (spesso il valore più alto è quasi il doppio di quello più basso), i giudizi della componente infermieristica sono costantemente più bassi rispetto al resto del panel, mentre il sottogruppo dei dirigenti amministrativi esprime valutazioni più ottimistiche. Fa eccezione il criterio 7 (Risultati relativi al rapporto con il personale), per il quale c'è accordo tra i sottogruppi del panel sul fatto che si tratta di un punto che richiede un impegno particolare.

La somministrazione del questionario di autovalutazione e la successiva analisi ha consentito di iniziare a tratteggiare quello che può essere definito come il profilo di eccellenza dell'APSS. Tra le numerose opportunità di miglioramento emerse, è stata data priorità ad alcune aree di criticità che potevano essere adeguatamente affrontate in tempi ragionevoli:

- scarso livello di coinvolgimento del personale, e in particolare della componente infermieristica, nella declinazione operativa del programma di sviluppo strategico;
- assenza di strumenti di misurazione della soddisfazione degli utenti e del personale, usati in modo sistematico e metodologicamente corretto.

Sono state quindi pianificate alcune specifiche iniziative orientate a migliorare la performance aziendale su questi punti. In primo luogo, è stato sostenuto e ampliato il processo di revisione della Carta dei servizi, quale strumento essenziale di comunicazione con i cittadini e di pianificazione dei bisogni da soddisfare. Ciò ha portato alla riscrittura della Carta stessa (in collaborazione con le 190 associazioni trentine di carattere sanitario e socio-assistenziale) e alla predisposizione di standard di servizio per ciascuna unità operativa.

La seconda azione realizzata è stata la riformulazione del processo di definizione dei programmi annuali di attività delle unità operative (budget), che ha consentito di riallineare tra di loro numerosi processi aziendali secondo espliciti criteri di coinvolgimento di tutti gli operatori (vedi oltre).

La terza azione si è indirizzata verso la misura (sistematica e metodologicamente corretta) dei livelli di soddisfazione degli stakeholder (vedi oltre).

Si è inoltre cercato di sviluppare a livello nazionale una rete di aziende sanitarie interessate a sperimentare sul campo il Modello EFQM, per poter mettere insieme le esperienze (positive e negative) realizzate secondo questa logica: il network oggi comprende 7 importanti aziende sanitarie che si confrontano regolarmente.

LA MODIFICA DEI FATTORI

Una volta realizzata l'autovalutazione e studiati i risultati, ci si è posti l'ovvia domanda: "E allora? Come procediamo?" La risposta è stata conseguente, anche se non altrettanto ovvia: "Andiamo a metter mano sui fattori per migliorare i risultati e strutturiamo meglio i nostri sistemi di misura". Nelle pagine seguenti vengono quindi descritte alcune delle attività realizzate per dare seguito a questa affermazione.

Per quanto riguarda i fattori, una particolare attenzione è stata data al programma di attività (budget) delle unità operative e dei servizi, che è diventato lo strumento principale per riallineare e governare i processi e le attività aziendali. È stata data enfasi al fatto che il budget della Azienda nel suo complesso e di tutte le sue articolazioni organizzative rappresenta "il programma di attività" che deve incidere effettivamente sui comportamenti clinici e organizzativi e non uno strumento burocratico orientato esclusivamente al controllo dei costi o alla incentivazione dei dirigenti. Sulla scorta delle esperienze aziendali maturate negli anni precedenti e dei risultati dell'autovalutazione aziendale il processo di budget è stato progressivamente innovato nei tempi e nei modi.

Elemento fondamentale per la definizione del budget è stata l'attenzione posta alle interfacce organizzative tra le singole articolazioni dell'Azienda, fra l'Azienda e le altre parti del sistema sanitario provinciale, al fine di garantire la continuità dei processi assistenziali e il loro governo clinico. È stato inoltre richiesto ai responsabili delle unità operative e dei servizi un sempre maggior livello di coinvolgimento dei propri collaboratori nella definizione e realizzazione del budget.

Attualmente il fascicolo di budget di ogni unità operativa è formato da:

1. direttiva di budget (con documenti allegati);
2. scheda di budget, con risorse, obiettivi e indicatori clinici;
3. piano delle attività ambulatoriali;
4. scheda della Carta dei servizi, con standard di servizio;
6. scheda per la retribuzione di risultato della dirigenza;
7. scheda per la produttività del personale di comparto;
8. piano degli acquisti in conto capitale previsti nell'anno;
9. scheda del Documento di valutazione dei rischi (DVR).

In ogni scheda di budget sono indicate:

- le attività ordinarie e le azioni innovative per garantire e migliorare l'erogazione dei LEA;
- le attività comuni per la gestione dei flussi informativi, della Carta dei servizi e dei piani della formazione, della sicurezza e degli investimenti (attrezzature, hardware/software, arredi);
- le attività connesse con gli obiettivi specifici assegnati annualmente dalla PAT;
- gli interventi previsti per l'adeguamento ai requisiti minimi autorizzativi;
- almeno un indicatore clinico per ciascuna unità operativa;
- le risorse assegnate.

Un particolare aspetto del governo dei processi è dato dall'insieme di attività di Health Technology Assessment che l'azienda ha realizzato, cioè da quella serie di attività multidisciplinari finalizzate a studiare le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria. Infatti la tecnologia sanitaria è modernamente definita come "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" e quindi il concetto di tecnologia non si applica 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.

Sono state realizzate numerose attività e ottenuti risultati documentati nella valutazione delle modalità cliniche e organizzative, delle prestazioni erogate, degli investimenti in attrezzature sanitarie e dei sistemi di supporto alla attività clinica. Tutto ciò ci ha consentito di giungere a due conclusioni: a) anche le aziende sanitarie possono e devono impegnarsi in questo settore, dal momento che le occasioni in cui è necessario valutare le tecnologie sanitarie sono innumerevoli ed è necessario farlo con procedure consapevoli, esplicite, metodologicamente e scientificamente corrette; b) le attività svolte hanno avuto un positivo riflesso sulla vita della nostra azienda e hanno contribuito allo sviluppo del sistema aziendale di "clinical governance".

Il tema della formazione è particolarmente rilevante per una organizzazione sanitaria. Nel corso del 2002 è stata svolta una intensa attività di formazione continua, che ha coinvolto un grande numero di operatori e che si è realizzata secondo sei modalità:

1. partecipazione a corsi di formazione e seminari clinici interni organizzati dal Servizio aziendale di formazione;
2. partecipazione a iniziative formative esterne organizzate da altri provider (corsi, convegni, seminari, congressi, ecc.);
3. partecipazione a stages clinici presso altre strutture;
4. partecipazione a iniziative formative organizzate all'interno delle unità operative e dei servizi;
5. progettazione, sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca;

6. utilizzo delle ore studio previste dai contratti di lavoro.

Nel 2002 APSS ha organizzato 178 edizioni di corsi di formazione che hanno coinvolto 3.569 operatori, per un totale di 71.529 ore di partecipazione alle attività didattiche. Ha inoltre organizzato 6 seminari clinici cui hanno partecipato 1.146 operatori per un totale di altre 6.369 ore di partecipazione alle attività didattiche. Per lo svolgimento dei corsi di formazione e dei seminari, APSS ha prodotto in proprio 1769 ore di attività didattica. Infine, nel corso del 2002 le Commissioni aziendali per la Formazione Continua (CFC) hanno autorizzato 2.200 operatori a partecipare a eventi formativi esterni all'APSS, per una spesa totale di circa 500.000 euro.

Restando sempre nel campo della gestione del personale, assume particolare rilievo l'accordo siglato nel 2002 con le organizzazioni sindacali sul nuovo modello di valutazione della dirigenza medica e veterinaria e di quella sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Lo schema adottato prevede che la valutazione complessiva di tutti i dirigenti venga eseguita dai Collegi Tecnici ogni tre anni e alla scadenza degli incarichi assegnati ai dirigenti. La valutazione risulta dall'integrazione di quattro distinte componenti: le dimensioni professionale e organizzativa dell'attività del dirigente, i risultati di budget ottenuti nel periodo cui si riferisce la valutazione e le eventuali violazioni disciplinari.

Anche in questo caso, il Modello EFQM è stato utile per mettere a punto la scheda di valutazione personale dei dirigenti, finalizzata a esplorare essenzialmente la dimensione organizzativa della loro performance. Tale scheda di valutazione personale è infatti strutturata sui 5 fattori del Modello (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e per ciascuno di essi sono stati formulati alcuni elementi di valutazione che, in definitiva, rappresentano i comportamenti che l'azienda si aspetta dai suoi dirigenti. Le risposte possibili sono state espresse con una scala qualitativa (A, B, C, D) accompagnata da alcune definizioni operative che descrivono i livelli di conseguimento degli elementi di valutazione.

Coerentemente con lo schema di valutazione utilizzato dai Collegi Tecnici, è stato inoltre predisposto anche un nuovo schema di contratto individuale per il conferimento o il rinnovo dell'incarico di direttore di struttura complessa (per esempio, i primari). In tale contratto tipo, accanto ai tradizionali contenuti normativi, è stato esplicitato il rapporto fiduciario che si instaura tra il direttore generale e il dirigente e sono stati specificati i comportamenti attesi in tema di leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi e quelli specifici relativi alla direzione della struttura affidata.

LA MISURA DEI RISULTATI

Poiché i risultati dell'autovalutazione, avevano indicato che l'area della misurazione dei livelli di soddisfazione dei clienti e dei dipendenti poteva essere oggetto di attività di miglioramento, nel 2002, oltre al consolidamento del rapporto con le 190 associazioni di volontariato passato attraverso al revisione partecipata della Carta dei servizi, sono state condotte anche alcune specifiche iniziative di misurazione:

- a. realizzazione dell'indagine "Qualità e salute" per la misurazione integrata dei livelli di soddisfazione dei cittadini trentini, dei medici e degli infermieri ospedalieri;
- b. sviluppo del 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;
- c. questionario sul gradimento del vitto presso il maggiore ospedale aziendale (Ospedale S. Chiara);
- d. questionari di soddisfazione destinati a gruppi mirati di utenti di alcune unità operative e servizi

Nell'ambito dell'indagine "Qualità e salute" sono stati costituiti tre focus group e sono state realizzate:

- un'indagine telefonica campionaria che ha coinvolto 1.500 cittadini trentini finalizzata a misurare in modo razionale e sistematico i livelli complessivi di soddisfazione degli utenti dell'APSS e a cogliere alcuni atteggiamenti e orientamenti di fronte ai cambiamenti in atto nei sistemi sanitari;
- somministrazione a tutti i medici ospedalieri dell'APSS di un questionario, i cui contenuti erano integrati con l'indagine rivolta alla popolazione;
- somministrazione a tutti gli infermieri ospedalieri dell'APSS di un secondo questionario, i cui contenuti erano integrati con l'indagine rivolta alla popolazione.

Per limitare il rischi dell'autoreferenzialità, l'APSS ha aderito al progetto "Confrontarsi per migliorare" promosso dalla FIASO. Obiettivo del progetto è di misurare in modo standardizzato, riproducibile e confrontabile indici di soddisfazione dei pazienti ricoverati in ospedale e per il personale dipendente e alcuni indicatori di performance clinica. Nel 2002 alcuni rilevatori esterni all'azienda hanno intervistato in due momenti successivi un campione statisticamente significativo di pazienti ricoverati presso l'ospedale S. Chiara, in modo analogo a quanto fatto nelle altre aziende coinvolte dal progetto. Attualmente è in corso l'indagine, tramite questionario, per la misura della soddisfazione del personale.

Accanto a queste attività, è stata perfezionata la raccolta, la classificazione e l'analisi delle segnalazioni pervenute al Servizio Rapporti con il Pubblico. In particolare è stata rivista e unificata in tutta l'Azienda la procedura di raccolta e di risposta delle stesse ed è stata potenziata l'azione del cosiddetto "URP distribuito",

che consente di avere in ogni Ospedale e Distretto un operatore specificamente dedicato e funzionalmente collegato con il Servizio Rapporti con il Pubblico.

Oltre ai risultati di soddisfazione, un'attenzione particolare è stata rivolta ai risultati chiave di performance, in modo particolare a quelli non finanziari, dal momento che il sistema aziendale che consente di predisporre i bilanci (costantemente in equilibrio senza ricorrere a tagli dei servizi) è strutturato in modo soddisfacente. Nel 2003 sono state quindi avviate le seguenti attività:

- scelta di almeno un indicatore clinico per ciascuna unità operativa e strutturazione dei relativi flussi informativi (sia indicatori diretti di esito assistenziale e sia indicatori di processo, intesi come proxy degli esiti assistenziali)
- monitoraggio delle linee guida e dei percorsi assistenziali adottati negli ultimi anni;
- impostazione di un sistema di monitoraggio degli eventi che indicano uno scadimento della qualità erogata sul piano professionale, organizzativo e relazionale.

CONCLUSIONE

L'applicazione del "Modello EFQM per l'eccellenza" è risultata coerente con il Programma di sviluppo strategico aziendale e ha contribuito alla sua effettiva implementazione. L'autovalutazione ha consentito di rendere esplicite agli occhi della dirigenza aziendale alcune aree di criticità rilevanti, ma relativamente trascurate a causa della loro marginalità rispetto alla erogazione diretta dei servizi, ed è stato possibile inserire i conseguenti interventi correttivi nei programmi ordinari di attività. Nel complesso, la logica sottostante il Modello EFQM ha aiutato l'azienda a realizzare un proprio sistema di gestione aziendale capace di integrare tra di loro i molteplici strumenti specifici, gestionali e clinici, che la conoscenza mette oggi a disposizione.

Carlo Favaretti	Direttore generale, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento
Paolo De Pieri *	Responsabile Unità per la qualità, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento
Fabrizio Fontana	Direttore Direzione cura e riabilitazione, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento
Giovanni Guarrera	Responsabile Servizio garanzia di qualità, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento
Enrico Baldantoni	Direttore Ospedale di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

* Via Degasperi 79, 38100 Trento

depieri@apss.tn.it

tel 0461 364158 fax 0461364160