

Relazione sulla Gestione 2003

PASS 2004

le attività a sostegno del
Programma Aziendale di Sviluppo Strategico
2001-2004

dott. Carlo Favaretti
direttore generale

maggio-giugno 2004

Introduzione

La schematizzazione di una situazione complessa come la vita dell'APSS rappresenta sempre una semplificazione che rischia di essere approssimativa e banale. È infatti difficile rendere sulla carta, anche con tabelle e testi appropriati, l'intreccio delle relazioni quotidiane che si sono stabilite lungo 365 giorni di attività tra una organizzazione composta da più di 7000 persone, un universo di strutture e professionisti convenzionati e l'insieme della comunità trentina, lasciando sullo sfondo l'utilizzo di una ingente quota di risorse finanziarie.

La "Relazione sulla gestione 2003", rappresenta lo sforzo di raccontare l'attività di un anno della nostra organizzazione e il testo della Relazione è reperibile sul sito aziendale. L'obiettivo di queste pagine è invece quello di offrire una sintesi delle attività svolte a supporto del PASS 2004, cioè del Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004, e di offrire una chiave di lettura complessiva della attività svolta.

La "Relazione sulla gestione 2003" può infatti essere collocata all'interno di un classico ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). Nel 2000, al termine di una fase che aveva gestito il passaggio dalla frammentazione delle strutture sanitarie pubbliche trentine a una azienda unica, è stato avviato un nuovo ciclo PDCA di gestione aziendale. L'adozione del "Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004" è stata la conclusione di un processo condiviso di pianificazione (PLAN) che ha riconosciuto la necessità di dover bilanciare le esigenze e aspettative dei numerosi stakeholder aziendali e ha esplicitato tre specifiche linee di sviluppo lungo cui orientare l'azione aziendale (la promozione della salute, il miglioramento della qualità, la gestione aziendale).

Gli anni 2001, 2002 e 2003 hanno visto l'intera azienda sforzarsi per realizzare la mission affidata dalla Provincia Autonoma di Trento in coerenza con quanto pianificato (DO) e la "Relazione sulla gestione 2003" completa quindi le "Relazioni" degli anni precedenti nella descrizione delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

La "Relazione sulla gestione 2003" può però essere letta anche come la fase di CHECK del ciclo avviato nel 2000, il momento del controllo che consente all'azienda di avere, da una parte, le informazioni utili per stabilizzare i risultati raggiunti in certe aree e a continuare il miglioramento in altre (ACT) e, dall'altra, per creare le condizioni favorevoli alla fase di PLAN del successivo giro della "ruota di Deming".

Il Modello EFQM per l'eccellenza

Il "Modello EFQM per l'eccellenza" proposto dalla European Foundation for Quality Management sta sempre più diventando lo strumento manageriale di riferimento che aiuta le organizzazioni a crescere verso l'eccellenza sostenibile, evidenziando i punti di forza e debolezza e indicando i modi per migliorare continuamente e per competere con i migliori. Il Modello EFQM è imperniato su nove criteri, i primi cinque dei quali sono classificati come "fattori" e gli altri quattro come "risultati".

Nel caso delle strutture sanitarie, è uno strumento che favorisce lo sviluppo di una "infra-struttura" (framework) gestionale che permette la saldatura e il dialogo tra il mondo del professionista sanitario e quello del professionista organizzatore, protagonisti entrambi, come indica una recente immagine proposta dal British Medical Journal, di una gara di corsa ad ostacoli nella quale, legati tra di loro, "concorrono" alla vittoria finale e non sono "in competizione" per la stessa.

Nel 2001 l'APSS ha svolto la prima autovalutazione aziendale secondo le modalità proposte dall'EFQM e, alla fine del 2003, è stata realizzata la seconda. La seconda autovalutazione EFQM ha mostrato un notevole miglioramento dei risultati conseguiti rispetto a quella del 2001; limitando l'analisi al gruppo di professionisti che hanno partecipato a entrambe le autovalutazioni, il miglioramento tra il 2001 e il 2003 è ancora più evidente.

L'analisi del "profilo di eccellenza" mostra che il miglioramento è avvenuto su tutti gli elementi del Modello, anche se è rimasta inalterata la forma del profilo. Coerentemente con i risultati delle autovalutazioni delle altre aziende (nelle strutture sanitarie, ma anche nel mondo industriale), gli elementi relativi alla gestione del personale risultano essere risultano quelli che ricevono i punteggi più bassi.

Particolarmente interessante è la riduzione marcata nel 2003 delle variazioni di risposta tra le diverse figure professionali coinvolte nell'autovalutazione, anche se permangono ancora alcune differenze che possono essere spiegate dal diverso "punto di osservazione" della realtà aziendale dal quale gli intervistati hanno risposto.

Nell'applicazione del Modello EFQM, l'APSS gode oggi di una posizione di primo piano nel panorama della strutture sanitarie italiane (pubbliche e private): siamo stati i primi a realizzare e a documentare una autovalutazione aziendale (2001); abbiamo completato i conseguenti piani biennali di miglioramento; abbiamo realizzato la seconda autovalutazione (2003); il sistema aziendale di valutazione dei dirigenti, basato sul Modello EFQM è stato impostato e messo a regime; l'APSS sta inoltre svolgendo un ruolo di sostegno allo sviluppo della "Rete italiana EFQM in sanità", un network di aziende sanitarie pubbliche impegnate a utilizzare il Modello come strumento di miglioramento.

La gestione dei processi

Il governo dei processi e il loro miglioramento rappresentano sempre più un elemento centrale nella gestione di tutte le organizzazioni, così come testimoniato dai principali strumenti manageriali che orientano lo sviluppo dei sistemi di gestione per la qualità; nel Modello EFQM, i processi sono al centro dello schema. Nel caso di una azienda sanitaria, si tratta di governare non solo i classici processi organizzativi (attività comune ad altre organizzazioni) ma soprattutto i processi assistenziali secondo i ben noti principi dell'assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia.

Anche nella nostra azienda, il miglioramento nella gestione dei processi aziendali sta avvenendo secondo le due classiche vie suggerite dalla letteratura: il miglioramento a piccoli passi (che è diffuso, vive anche grazie all'iniziativa dei singoli professionisti, spesso è poco visibile perché induce cambiamenti che si "confondono" con il cambiamento del contesto in cui avvengono) e il miglioramento di rottura, concentrato in punti ben precisi, deciso dall'alto, visibile perché tende a indurre cambiamenti rapidi.

Di seguito vengono descritte, tra le molte realizzate, due esperienze importanti di miglioramento dei processi. La prima, prettamente assistenziale e cresciuta in modo progressivo, è l'introduzione del criterio di priorità clinica per regolare l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale. La seconda è invece il programma di cambiamento che nel 2003, secondo una logica di riprogettazione, ha coinvolto l'intero sistema informativo aziendale.

Le priorità cliniche per la specialistica ambulatoriale

Coerentemente con le indicazioni 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" l'APSS, tra le numerose altre iniziative realizzate, ha sviluppato nuove modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo criteri di priorità clinica, con una diretta responsabilizzazione dei prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti) sulla valutazione del livello di criticità delle visite e degli esami diagnostici ritenuti necessari.

Nel corso degli ultimi anni sono stati pertanto introdotti gradualmente due strumenti complementari:

1. *il sistema RAO* (Raggruppamenti di Attesa Omogenei): nel 2000 e nel 2001, tra i primi in Italia, abbiamo sperimentato questa modalità che, in analogia al triage in pronto soccorso, prevede di assegnare ad alcune condizioni cliniche definite a priori dei codici di priorità associati a un tempo massimo di attesa per ottenere una certa prestazione specialistica ambulatoriale (codice A = 3 giorni, codice B = 7 giorni, codice C = 21 giorni, codice P = prestazione programmata). Nel corso del 2002 e 2003 il sistema RAO, è stato esteso a tutti i Distretti dell'APSS, con un progressivo coinvolgimento dei medici di medicina generale e degli specialisti.
2. *le prestazioni "urgenti-direttive APSS"* (ai sensi della legge provinciale 1/2002): sono rappresentate da una lista di prestazioni da erogare entro 10 giorni, in relazione all'esistenza di sintomi e/o condizioni cliniche, individuate da apposite "parole chiave". È stato definito in quali condizioni cliniche ricorre il concetto clinico di "urgenza differibile" ed è stato riservato un certo numero di posti nelle agende ordinarie di prenotazione. Applicate dal maggio del 2002 e progressivamente sostituite dall'introduzione del sistema RAO per le prestazioni previste dallo stesso con tempi inferiori, rimangono in vigore per le prestazioni non coperte dai RAO. Le modalità di applicazione prevedono la compilazione da parte del medico prescrittore di una relazione clinica, con l'indicazione del sospetto diagnostico, della non differibilità della prestazione e della dicitura "urgente-direttive APSS."

In entrambi i casi, i criteri per stabilire le priorità sono stati proposti dai professionisti delle diverse discipline, condivisi con l'Ordine dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento e sono stati messi in pratica dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dagli specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

La riorganizzazione del sistema informativo aziendale

Nel 2003 l'APSS ha avviato un profondo processo di revisione del sistema informativo aziendale, secondo una logica di riprogettazione complessiva. Anche con l'apporto di una società esterna di consulenza, è stata fatta un'approfondita analisi critica del sistema che ha rimesso in discussione l'intero assetto del sistema e ha identificato la necessità di poter contare su tre macrofunzioni:

1. *organizzazione*, con la responsabilità di identificare i bisogni degli utenti del sistema (il personale sanitario e amministrativo) e bilanciarli tra di loro, delineare le risposte possibili, svolgere un controllo strategico sull'evoluzione del sistema e garantirne la coerenza complessiva;

2. *gestione dei progetti innovativi* che coinvolgono il sistema informativo aziendale, con la responsabilità di realizzare tali attività (numerose, importanti e impegnative dal punto di vista economico e organizzativo) secondo una rigorosa logica di Project Management;
3. *gestione delle attività correnti*, con la responsabilità di garantire l'erogazione quotidiana dei servizi informativi e i previsti livelli qualitativi di servizio, indipendentemente dal fatto che tali servizi siano realizzati con risorse interne aziendali o messi a disposizione da fornitori esterni.

Conseguentemente a questa analisi, nel corso del 2003 sono state realizzate specifiche iniziative di riorganizzazione. In primo luogo, lo staff del direttore generale è stato integrato con nuove competenze professionali ed è stata predisposta una funzione di organizzazione, con il compito di garantire la coerenza interna del sistema informativo aziendale, integrare l'azione di controllo strategico sul versante delle attività progettuali, pianificare e monitorare i servizi erogati agli utenti interni ed esterni.

In seconda battuta è stata completamente rivista l'organizzazione del Servizio Sistemi Informativi. Da una struttura organizzativa che rispecchiava contemporaneamente una logica funzionale e territoriale, si è passati a un assetto organizzativo che segue una logica del "processo di erogazione di un servizio". Oggi le attività del Servizio Sistemi Informativi dell'APSS sono orientate lungo quattro filoni: la gestione delle attività correnti, la gestione dei progetti, la gestione dell'innovazione e dei rapporti con i fornitori di Information Technology, la gestione dei flussi informativi e dei piani di continuità.

Questa importante riorganizzazione è stata sostenuta da uno specifico piano di transizione: sono stati fatti incontri con tutto il personale del Servizio, pianificata e realizzata una serie di specifiche attività formative, modificate le responsabilità e le assegnazioni del personale alle diverse funzioni, pianificato il dimensionamento delle medesime, introdotti nuovi meccanismi per la gestione dei progetti e dei rapporti con i fornitori.

La gestione degli altri fattori

Tra i fattori che EFQM ritiene importanti, oltre alle strategie aziendali e alla leadership (che, nel nostro caso, non può che essere diffusa e coinvolgere tutti coloro che a vario titolo svolgono attività di direzione e coordinamento), troviamo la gestione del personale e la gestione delle risorse e delle alleanze. Su questo versante, sono da segnalare due attività particolarmente importanti: la messa a regime del sistema di valutazione del personale dirigenziale e la gestione della tecnologia sanitaria.

La valutazione del personale dirigenziale

Nel corso del 2003 è stata data attuazione, tra gli altri, a un importante aspetto applicativo dei contratti della dirigenza: la valutazione triennale e quinquennale del personale dirigente. Si tratta di un'attività particolarmente complessa che, sulla base di specifici accordi sindacali, integra il giudizio sui comportamenti clinici e organizzativi e che può avere riflessi sia sull'evoluzione di carriera e sia sulla retribuzione. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, la valutazione è basata proprio sui cinque fattori proposti dal Modello EFQM per l'eccellenza (Leadership, Politiche e strategie, Gestione del personale, Partnerships e Risorse, Processi).

Nel 2003 sono state realizzate 727 valutazioni periodiche, così suddivise:

68	direttori medici	scadenza incarico
3	direttori veterinari	scadenza incarico
4	direttori medici	primo triennio dal conferimento dell'incarico
548	dirigenti medici	valutazione triennale
36	dirigenti veterinari	valutazione triennale
3	direttori sanitari non medici	scadenza incarico
37	dirigenti sanitari non medici	valutazione triennale
28	dirigenti ruolo professionale, tecnico e amministrativo	valutazione triennale
727	TOTALE	

Nel 2003 è stato reso operativo anche il nuovo sistema di gestione della retribuzione di risultato e la sua connessione con gli obiettivi di attività e i progetti descritti nei programmi annuali di attività delle unità operative e dei servizi (budget). Lo strumento adottato (anche in questo caso frutto di specifici accordi sindacali) consente una valutazione annuale degli obiettivi assegnati, per équipe e per singolo dirigente.

La gestione della tecnologia sanitaria

Nel corso del 2003 è continuata l'attività di valutazione della tecnologia sanitaria. Coerentemente con la definizione internazionale di tecnologia, tale attività si è rivolta non solo alle attrezzature elettromedicali, ma anche ai presidi, ai farmaci e agli altri "saperi applicati" (tecnologie) che ci consentono di operare.

Di particolare rilievo è la gestione delle attrezzature sanitarie: oggi questa procedura può essere considerata, a buon diritto, come un processo unitario e armonico, trasversale alle diverse componenti aziendali, che inizia con la proposta motivata dell'acquisizione, prosegue con l'individuazione del livello di priorità, l'assegnazione del finanziamento, la definizione dei piani di investimento, l'istruttoria per l'acquisto, il collaudo e la messa in uso, la programmazione della manutenzione e l'eventuale messa fuori uso e smaltimento delle attrezzature sostituite.

Anche nel 2003 è stata utilizzata la scheda per la richiesta di nuove attrezzature (sostituzioni e innovazioni): seguendo una logica dichiarata di "valutazione della tecnologia sanitaria", ogni unità operativa e servizio ha potuto presentare le proprie motivate richieste, le direzioni di ospedale e di distretto le hanno vagliate e ordinate secondo criteri di priorità e una commissione aziendale (composta da clinici e da tecnici) ha proposto al direttore generale un piano complessivo di investimenti, compatibile non solo con le priorità espresse ma anche con le risorse messe a disposizione dalla PAT.

A completamento del processo, quest'anno è stato definito il capitolato speciale per le assegnazioni dei contratti di manutenzione triennali delle attrezzature sanitarie e sono state condotte le trattative che hanno portato alla sottoscrizione dei nuovi contratti per la manutenzione di 1700 attrezzature. La gestione di tali contratti è stata inserita nell'archivio delle apparecchiature con la procedura EUSIS, integrata completamente con l'archivio e con l'inventario dei cespiti.

Da parte del Servizio Ingegneria Clinica sono state infine sviluppate alcune procedure per l'estrazione dei dati da EUSIS e per la tabulazione dei report, da inviare alle ditte che curano la manutenzione e ai reparti, con tutti i dati relativi ai contratti di manutenzione e ai calendari delle visite di manutenzione preventive previste per ciascuna attrezzatura. Per rendere ulteriormente visibile l'unitarietà del processo di

gestione delle attrezzature, è stato definito il contenuto del “fascicolo di apparecchiatura” tenendo conto delle prescrizioni normative sui dispositivi medici (Direttiva 93/42/CEE) e delle esigenze richieste per il processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie da parte della PAT.

La misura dei risultati

Nel Modello EFQM per l'eccellenza, una parte rilevante è relativa alla misurazione dei risultati, sia dal punto di vista dei risultati in sé e sia da quello dei sistemi necessari per la loro misurazione. Due sono le caratteristiche che EFQM mette in evidenza: la prima è che tali risultati devono essere riferiti non solo ai tradizionali soggetti, come potrebbero essere i clienti dell'organizzazione o i proprietari della stessa, ma anche agli altri stakeholder quali il personale, i fornitori e l'intera società; la seconda è che non basta misurare i propri risultati, ma occorre confrontarli con quelli ottenuti da altre organizzazioni e puntare al loro continuo miglioramento.

Gli indicatori clinici nel budget

Coerentemente con la continua revisione del processo di impostazione, definizione, realizzazione, monitoraggio e verifica dei programmi annuali di attività (budget), è iniziato nel 2003 il progressivo inserimento di alcuni indicatori clinici nei programmi di attività, continuato nel 2004 con il coinvolgimento dell'area infermieristica. Tale novità, a lungo attesa e invocata dai professionisti, deve rappresentare un forte elemento di motivazione in quanto tali indicatori sono stati scelti proprio da quest'ultimi anche se, alla prova dei fatti, è emersa qualche incertezza sulla loro identificazione, sulla loro appropriatezza rispetto al processo assistenziale da valutare e sulla disponibilità di standard di riferimento, condivisi dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale. L'obiettivo finale di questa operazione non è tanto quello di legare i risultati clinici agli aspetti economici (per esempi, ai consumi, alle prestazioni o alle incentivazioni), quanto rendere esplicito che i risultati della performance aziendale si misurano 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” singole prestazioni non devono catturare tutta l'attenzione.

Il bilancio

Il Bilancio 2003 dell'APSS si è chiuso in sostanziale equilibrio, con un ammontare complessivo dei costi (calcolato al netto delle quote di ammortamento sterilizzate) pari a 810,9 milioni di euro contro i 766,9 milioni del 2002. Tra il 2002 e il 2003 si evidenzia quindi un aumento di 44 milioni di euro, pari a +5,73%, in linea con l'aumento registrato a livello nazionale.

In termine di spesa pro capite, il dato provinciale si attesta nell'anno 2003 a 1.630 euro. Questo significa che, per ciascun cittadino, la spesa sanitaria pubblica trentina è stata superiore a quella nazionale di 168 euro (pari all'11,51%), anche se la storica sottostima del dato nazionale e le diverse regole contabili che esistono tra le diverse regioni limitano il confronto.

È di rilievo notare come gli incrementi più consistenti di spesa nell'ultimo anno, come anche nei precedenti, si localizzino in quella che può essere identificata come l'area della “spesa amministrata”, ossia della spesa relativa ai fattori economici che l'Azienda acquisisce sulla base di convenzioni o contratti definiti a livello nazionale e/o provinciale e per i quali le possibilità di “governarne” le relative dinamiche sono limitate o addirittura nulle.

Nel 2003 la ripartizione dei costi tra i Livelli Essenziali di Assistenza è stata la seguente:

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO = 3,31%
2. ASSISTENZA DISTRETTUALE = 50,81%
3. ASSISTENZA OSPEDALIERA = 45,88%

La determinazione del clima aziendale

Nel 2003, sulla base di uno specifico obiettivo PAT, l'APSS ha completato una serie di misurazioni per cercare di tratteggiare il clima organizzativo, che non coincide con la soddisfazione del personale, ma è l'insieme delle relazioni che si vengono a creare tra i diversi stakeholder dentro e fuori l'organizzazione, con l'attenzione alla necessità di tenere in considerazione non solo le loro diverse (e a volte contrapposte) esigenze e aspettative, ma anche i diversi vissuti, i diversi modi di percepire le attività e i risultati, le diverse culture.

Utilizzando la metafora del tempo e del clima meteorologico, è ovvio che il clima di una organizzazione non può essere descritto da una istantanea fatta in un certo momento (per esempio, una singola indagine, un rapporto, una serie di incontri, una crisi o un successo dal punto di vista organizzativo), né tanto meno dal risultato puntiforme di un singolo parametro (per esempio, la % di rispondenti a una domanda di un questionario che dicono di essere contenti o scontenti) ma è necessario integrare più elementi, consolidati nel tempo e confrontati nello spazio.

Proprio per questo, nel 2003, in modo integrato anche con le indagini effettuate negli anni scorsi, sono state realizzate le seguenti iniziative:

- a) Autovalutazione aziendale secondo il "Modello EFQM per l'eccellenza";
- b) Indagine "La valutazione del processo di budget 2003";
- c) Studio "La relazione con i fornitori strategici";
- d) Indagine sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta in provincia di Trento "Identità professionale & Qualità per il cliente";
- e) Progetto "Confrontarsi per migliorare" in collaborazione con altre aziende sanitarie italiane.

Un dato trasversale evidenziato da tutte le indagini effettuate è la consapevolezza diffusa che le relazioni tra le parti del sistema (i professionisti, le strutture, i cittadini, gli stakeholder, gli elementi di un processo) e gli strumenti che favoriscono tali relazioni (la comunicazione, la partecipazione, l'empowerment, la competenza, l'autonomia, la responsabilità) costituiscono un elemento di straordinaria importanza e, al tempo stesso, di particolare fragilità: come se fosse una sorta di germoglio che deve essere curato con fatica per dare origine a un intreccio di rami carichi di frutti.

I primi dati raccolti mostrano che questo clima "reticolare", caratterizzato da relazioni interpersonali collaborative, da relazioni interprofessionali efficaci, da relazioni organizzative efficienti all'interno e con l'esterno, da relazioni orientate alla co-produzione del servizio con la partecipazione e il coinvolgimento di tutti gli stakeholder, sta progressivamente interessando l'APSS anche se è necessario uno sforzo ulteriore da parte di tutti, una marcia in più per "diventare sistema" e passare dalle capacità dei singoli alle potenzialità del gruppo.

Le prospettive future

La teoria insegna che la ripetizione di un ciclo di pianificazione, esecuzione, controllo e stabilizzazione deve consentire di ricollocare una organizzazione in un nuovo punto, migliore del precedente: nel caso dell'APSS questo nuovo punto di arrivo non può che

essere l'ulteriore miglioramento della capacità di realizzare la nostra mission: *“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”*.

La scienza della complessità, le attività svolte e i risultati ottenuti in questi anni, le capacità attuali e potenziali dell'APSS (e del sistema nel quale è inserita) indicano che esiste un solo modo per raggiungere questo nuovo risultato: dar vita a un vero e proprio sistema aziendale di gestione “totale” per la qualità (TQM – Total Quality Management) interconnesso con il sistema di gestione per la qualità del sistema sanitario provinciale.

È necessario cioè far crescere la “rete delle relazioni” tra le persone, le strutture e i processi (assistenziali e di supporto) in modo da integrare tutti gli aspetti professionali, organizzativi e relazionali dell'Azienda e del Sistema Sanitario di appartenenza. La novità e, allo stesso tempo la sfida, sta nel fatto che nei sistemi complessi come il nostro non bastano più i tradizionali strumenti di governo (a intelligenza esterna come, per esempio, le delibere, le procedure e gli ordini di servizio) ma è necessario poter contare sulla intelligenza diffusa del sistema e sulla sua capacità di autoregolazione. In altre parole, bisogna poter contare sulle:

- competenze dei cittadini, che devono crescere sulla spinta della promozione della salute;
- competenze dei professionisti, che devono crescere sulla spinta della assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia;
- competenze della comunità locale, che devono crescere sulla spinta della sostenibilità e della sussidiarietà.

L'originalità dell'approccio (la scienza della complessità), l'articolazione della struttura (la rete dei processi) e l'ambizione del disegno (la gestione totale) implicano una particolare attenzione su alcuni punti:

1. **DEFINIRE UNA STRATEGIA E COMUNICARLA**
(mandato sui bisogni da soddisfare e a quale livello/classe, definizione operativa e sostenibile dei LEA, pianificazione e controllo strategici, commitment aziendale allargato);
2. **VALORIZZARE LE FORME DI AUTOREGOLAZIONE**
(competenza/autonomia/responsabilità, decentramento, clinical governance, autodeterminazione dei pazienti, leadership diffusa);
3. **STIMOLARE I LEGAMI TRA GLI ATTORI DEL SISTEMA**
(interfacce organizzative intra ed extra aziendali, senso di appartenenza, empatia con i pazienti, collaborazione tra professionisti diversi, bilanciamento delle esigenze e aspettative degli stakeholder);
4. **INTEGRARE GLI STRUMENTI**
(dimensioni della qualità dell'assistenza, leve gestionali diverse, dentro e fuori l'organizzazione, visione sistemica, azione multisettoriale);
5. **RENDERE CONTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA**
utilizzare strumenti diversi per “rendere conto” ai diversi stakeholder:
 - visibilità diretta (riconoscibilità/intelleggibilità dall'esterno):
 - percezione diretta dei risultati (ove possibile, a seconda degli stakeholder);
 - comunicazione dei risultati ottenuti;
 - visibilità mediata (riconoscimento da parte di organismi terzi):
 - PAT (autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale);

- accreditamenti professionali (Joint Commission International, Società scientifiche);
- EFQM (“Committed to excellence”, “E-readiness”);
- certificazioni (del bilancio, ISO 9001, ISO 15189, OSHAS 18001, ISS);
- attività di benchmarking.

La prospettiva che ci sta quindi davanti è chiara: solo se ciascuno di noi, nel suo lavoro quotidiano, riuscirà a tenere insieme la terna “competenza – autonomia – responsabilità”, saremo in grado di svolgere al meglio il compito che la comunità trentina annualmente ci affida.