

PASS 2009

Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005 - 2009

COSTRUIRE LA RETE

**dalle competenze dei singoli
alle azioni del gruppo**

INDICE

Presentazione	<i>pag. 5</i>
----------------------	---------------

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico - Sintesi	<i>pag. 7</i>
--	---------------

Prima parte - IL CONTESTO	<i>pag. 15</i>
----------------------------------	----------------

1.1 IL CONTESTO “DATO”	<i>pag. 16</i>
-------------------------------	----------------

- └ LA MISSIONE DELL'APSS *pag. 16*
- └ IL BILANCIAMENTO DELLE PARTI INTERESSATE *pag. 17*
- └ LA SOSTENIBILITÀ *pag. 18*
- └ LA COMPLESSITÀ *pag. 19*

1.2 IL CONTESTO “SCELTO”	<i>pag. 20</i>
---------------------------------	----------------

- └ LA VISIONE DELL'APSS *pag. 20*
- └ I PRINCIPI E I VALORI DI RIFERIMENTO *pag. 21*
- └ LE TRE LINEE STRATEGICHE *pag. 22*
 - la promozione della salute
 - il miglioramento continuo della qualità
 - la gestione dell'azienda
- └ IL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA *pag. 24*

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla prima parte *pag. 25*

Seconda parte - LE ATTIVITÀ	<i>pag. 27</i>
------------------------------------	----------------

2.1 LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE	<i>pag. 27</i>
---	----------------

2.2 LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ	<i>pag. 29</i>
--	----------------

- └ LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI *pag. 30*
 - adottare un approccio assistenziale complessivo
 - erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure
 - valutare l'impatto delle tecnologie sanitarie
 - misurare i risultati sulla salute

PASS 2009 - COSTRUIRE LA RETE dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo

→ LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI TECNICO-AMMINISTRATIVI	<i>pag. 33</i>
• semplificare la vita delle parti interessate	
• favorire l'omogeneità dei comportamenti	
• decentrare i livelli decisionali	
• misurare i risultati sulla organizzazione	
→ LE AZIONI GUIDA COMUNI	<i>pag. 36</i>
• collegare le parti del sistema	
• analizzare i bisogni e definire le priorità	
• promuovere l'autonomia delle parti interessate	
• confrontare le attività e i risultati	
2.3 IL CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE	<i>pag. 39</i>
→ IL CONTROLLO DALL'INTERNO	<i>pag. 40</i>
• l'autocontrollo	
• il controllo di gestione delle attività ordinarie	
• il controllo di gestione delle attività progettuali	
• il controllo delle procedure amministrative	
→ IL CONTROLLO DALL'ESTERNO	<i>pag. 42</i>
• i programmi obbligatori	
• i programmi volontari	
→ IL CONTROLLO CONDIVISO CON I CITTADINI	<i>pag. 43</i>
Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla seconda parte	<i>pag. 44</i>

Terza parte - LE PERSONE *pag. 47*

3.1 LA GESTIONE STRATEGICA DEL PERSONALE	<i>pag. 48</i>
3.2 LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERSONALE	<i>pag. 49</i>
→ IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA	<i>pag. 50</i>
→ L'ASSEGNAZIONE E LA VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI E DEGLI OBIETTIVI	<i>pag. 50</i>
→ LA FORMAZIONE CONTINUA	<i>pag. 51</i>
3.3 LE RELAZIONI ORGANIZZATIVE	<i>pag. 52</i>
→ I NUOVI PROFESSIONISTI	<i>pag. 52</i>
→ I MODELLI OPERATIVI	<i>pag. 53</i>
→ LA LEADERSHIP DIFFUSA	<i>pag. 54</i>
Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla terza parte	<i>pag. 55</i>

PRESENTAZIONE

Con la deliberazione 2116 del 10 settembre 2004 la Giunta Provinciale mi ha affidato il nuovo incarico di Direttore Generale dell'APSS per il quinquennio 2005-2009.

Nella deliberazione di nomina, la Giunta Provinciale ha stabilito tre adempimenti di carattere strategico:

- la rielaborazione degli **strumenti di programmazione** dell'APSS e l'attuazione dei relativi contenuti in coerenza con gli indirizzi, le linee guida e gli obiettivi di politica sanitaria provinciale;
- la pianificazione di un **organico riassetto organizzativo** dell'APSS in armonia con la normativa che disciplina il Servizio sanitario provinciale, i principi dell'unitarietà del coordinamento strategico, del decentramento delle responsabilità operative e gestionali e della funzionalità organizzativa;
- l'adozione di **efficienti sistemi gestionali** nell'ambito delle risorse date e l'attuazione di interventi di razionalizzazione nel rispetto dei livelli di assistenza garantiti.

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009 (PASS 2009) è la risposta al primo dei tre adempimenti, in continuità con l'analogo strumento programmatico che nel quinquennio precedente ci ha guidati verso quei complessivi risultati positivi che la Giunta Provinciale, il mondo professionale scientifico e organizzativo e le indagini di gradimento dei cittadini hanno riconosciuto in più occasioni.

Per predisporre il documento nel modo più partecipato possibile, sono state realizzate le seguenti attività:

<i>Incontri del direttore generale nelle diverse sedi operative per presentare la struttura e le idee di fondo del PASS 2009 e raccogliere idee e suggerimenti (incontrate circa 500 persone).</i>	<i>ottobre e novembre 2004</i>
<i>Predisposizione del "PASS 2009 – bozza per la consultazione" e sua pubblicazione sulla home page del sito aziendale.</i>	<i>novembre 2004</i>
<i>Attivazione di una specifica casella di posta PASS2009@apss.tn.it per consentire a tutti di esprimere commenti e suggerimenti.</i>	<i>novembre 2004 - gennaio 2005</i>
<i>Segnalazione del documento a tutto il personale dell'APSS tramite le Fast News aziendali.</i>	<i>novembre 2004</i>
<i>Diffusione del "PASS 2009 – bozza per la consultazione" a:</i> <ul style="list-style-type: none"> · <i>personale con incarichi di direzione e coordinamento (direzioni centrali, di ospedale, di distretto e di dipartimento, direttori di struttura complessa, caposala e capotecnici, posizioni organizzative);</i> 	<i>novembre 2004</i>

PASS 2009 - COSTRUIRE LA RETE dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo

<ul style="list-style-type: none">. Associazioni di volontariato sanitario e socio-sanitario che collaborano con l'APSS alla gestione della Carta dei servizi;. Organizzazioni sindacali;. componenti del Consiglio dei sanitari;. componenti del Collegio dei revisori dei conti;. dirigenti dell'Assessorato alle politiche per la salute;. presidenti provinciali dell'Ordine dei medici, dell'Ordine dei farmacisti e del Collegio IPASVI.	
<i>Integrazione dei commenti e suggerimenti pervenuti, predisposizione del "PASS 2009 – Bozza finale" e sua pubblicazione sulla home page del sito aziendale.</i>	<i>gennaio 2005</i>
<i>Incontri del direttore generale con le associazioni di volontariato, con il consiglio dei sanitari e con le organizzazioni sindacali per raccogliere i pareri sulla Bozza finale del documento.</i>	<i>gennaio e febbraio 2005</i>
<i>Stesura definitiva del documento "PASS 2009"</i>	<i>marzo 2005</i>

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009 (PASS 2009) è un documento ambizioso, all'altezza sia delle esigenze e aspettative di tutte le parti interessate al funzionamento dell'APSS che delle nostre capacità aziendali: il clima favorevole di collaborazione e condivisione sui contenuti che ne ha accompagnato la stesura è il miglior presupposto per la sua realizzazione.

Trento 8 marzo 2005

Carlo Favaretti
Direttore Generale



Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005 – 2009

SINTESI

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009 (PASS 2009) è il documento che, nel rispetto dei limiti stabiliti dalla legislazione e dalla programmazione sanitaria provinciale, delinea la strategia operativa dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS) per il quinquennio 2005-2009. La sua predisposizione è uno dei tre adempimenti strategici stabiliti dalla Giunta provinciale con la deliberazione n. 2116/2004 in occasione dell'affidamento del nuovo incarico di Direttore Generale dell'APSS.

Il documento è rivolto in prima battuta al personale dipendente e convenzionato dell'APSS che, indipendentemente dalla sede in cui opera e dalla tipologia di contratto che lo lega all'APSS, ha la responsabilità diretta di svolgere la missione affidata all'azienda dalla Provincia Autonoma di Trento. È rivolto anche alle altre parti interessate, nella consapevolezza che il compimento di tale missione non può che essere il risultato di uno sforzo comune.

Poiché si tratta di un documento programmatico aziendale pluriennale, il PASS 2009 non si prefigge di definire obiettivi di sistema, prerogativa del livello politico del Servizio Sanitario Provinciale. Anzi, proprio per continuare a sostenere lealmente questi obiettivi di sistema, il PASS 2009 prova a tracciare le strade operative da percorrere per perseguirli, in coerenza e continuità con la storia aziendale.

LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009 ha un titolo e un sottotitolo: “**COSTRUIRE LA RETE. Dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo**” ed è diviso in tre parti: il contesto, le attività e le persone.

La parte sul **contesto** traccia i confini entro i quali si svolge la complessa interazione tra l'APSS e i molti soggetti che sono interessati al suo funzionamento, evidenziando come soltanto una parte delle condizioni contestuali dipenda dalle scelte aziendali.

La parte sulle **attività** descrive i metodi che devono essere utilizzati per garantire la missione aziendale (cioè “gestire in modo coordinato i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l'intero territorio provinciale”) all'interno della sequenza logica “pianificazione, realizzazione e controllo”.

La parte sulle **persone** prova infine a tratteggiare una gestione integrata delle diverse fasi della vita lavorativa delle persone che contribuiscono a realizzare tale missione.

RETE E COMUNICAZIONE

Il continuo richiamo nel documento ai concetti di “rete”, di “connessione tra le parti”, di “sistema” e di “comunicazione” non è una concessione alla moda, ma l'esplicito riconoscimento che anche il mondo che ruota attorno alla salute e alla malattia deve essere affrontato con queste chiavi interpretative.

La parola **rete** trova la sua etimologia nell'azione di “cucire, tessere”, mentre la parola **comunicare** è riconducibile alla parola latina communis, vale a dire comune: comunicare quindi indica l'azione di “mettere in comune, rendere comune”. L'essenza del PASS 2009 è proprio in queste due parole.

Molte sono le metafore che vengono utilizzate per semplificare con immagini la complessità dell'interagire quotidiano di una organizzazione: il legame tra due elementi, gli anelli di una catena, le maglie di una rete, l'articolazione del reticolo nervoso della nostra mente: tutte hanno alla base l'elemento comune della connessione/scambio e nel nostro caso possono descrivere relazioni diverse: con i cittadini, con i colleghi, con i processi, con le altre parti interessate.

Nella nostra organizzazione il nocciolo centrale è quello della relazione con i cittadini. L'empatia e la capacità di sopportare il dolore e la sofferenza degli altri sono strumenti importanti con cui molti di noi “costruiscono la rete” con i cittadini; ma anche semplificare i percorsi, considerare la persona nella sua interezza e non solo l'organo malato, accettare una capacità di autodeterminazione che porta a conclusioni diverse dalle proprie, informare prima di eseguire una prestazione sono elementi che fanno parte di quell'alleanza terapeutica che tutti ritengono importante.

Anche trasmettere e diffondere informazioni è un aspetto della relazione con i cittadini: la Carta dei servizi, le campagne informative, la segnaletica nelle strutture, il sito internet, i moduli del consenso informato, la pubblicazione di fascicoli, opuscoli e altri testi sono esempi di come è possibile trasmettere informazioni. Ma comunicare con i cittadini non è solo un'attività monodirezionale: è una relazione circolare il cui risultato complessivo deriva, in modo semplificato, dalla sequenza continua "dire/ascoltare".

Accanto al nocciolo centrale della relazione con i cittadini, per "costruire la rete" nella nostra organizzazione è necessario stabilire connessioni e scambi tra colleghi: con i colleghi della stessa unità operativa, con chi ha professionalità diverse, tra i sanitari, i tecnici e gli amministrativi, con i colleghi delle altre unità operative che operano nella stessa struttura, con i colleghi di altre strutture (dell'azienda o di altre organizzazioni, in provincia e fuori). Sono queste connessioni e questi scambi che danno efficacia alla rete ospedaliera, a quella dei servizi territoriali, alle interconnessioni tra le due, alle comunità scientifiche, ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e al Servizio Sanitario Provinciale.

Un altro ambito della nostra organizzazione in cui sviluppare connessioni e scambi è quello tra i processi aziendali: assistenziali e tecnico-amministrativi, la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la gestione del personale, delle attrezzature, degli impianti e delle strutture, la formazione, la sicurezza dei pazienti e del personale, ecc. L'efficienza (e di riflesso anche l'efficacia) passa necessariamente attraverso la "costruzione della rete" tra tutti questi elementi.

L'ultimo piano su cui infine stabilire connessioni e scambi per "costruire la rete" è quello delle esigenze e aspettative di tutte le parti interessate: l'accesso alle prestazioni assistenziali secondo priorità cliniche (per esempio, pronto soccorso, assistenza specialistica ambulatoriale, Unità Valutativa Multidisciplinare), la continua opera di rimodellamento dell'organizzazione per aumentarne l'efficienza, la gestione partecipata della Carta dei servizi sono alcuni degli esempi che abbiamo già sviluppato in questi anni.

Il titolo del PASS 2009 non si esaurisce quindi in semplici modifiche organizzative o nel rapporto tra "vecchi" e "nuovi" professionisti, ma indica un insieme di attività che devono aiutarci a cambiare le nostre modalità operative e passare dalle "competenze dei singoli" alle "azioni del gruppo". Non è più infatti possibile affrontare e soddisfare da soli le molteplici esigenze dei cittadini e delle altre parti interessate e i margini di miglioramento individuali sono molto più piccoli di quelli che possono derivare da un lavoro di squadra.

Lo sforzo che viene richiesto per fronteggiare questo cambiamento di prospettiva è grande, soprattutto per i professionisti sanitari. La natura delle loro attività li ha spesso portati a lavorare da soli e il miglioramento è stato visto soprattutto come una funzione legata alle competenze professionali, organizzative e relazionali dei singoli. A queste preziose competenze individuali è necessario ora aggiungere anche la capacità di stabilire relazioni, di intrecciare legami, di costruire ponti, di lavorare insieme, di immaginare obiettivi comuni, di condividere significati, di sentirsi parte dello stesso corpo sociale.

"Essere" una rete: è questa l'azienda che possiamo, vogliamo e dobbiamo costruire

costruire.

GLI OBIETTIVI

Di seguito vengono elencati gli obiettivi che sono via via descritti nelle tre parti del documento e che dovranno orientare l'attività aziendale nel quinquennio 2005-2009. In molti casi si tratta di attività già svolte con successo negli anni scorsi, per le quali è sufficiente continuare l'opera svolta; in altri casi si tratta di attività che presentano ancora margini di evoluzione e che richiedono un ulteriore impegno; in alcuni casi, infine, si tratta di attività che dovremo affrontare per la prima volta.

Prima parte - IL CONTESTO
1.1 – IL CONTESTO “DATO”
<ul style="list-style-type: none">• finalizzare i processi assistenziali e tecnico-amministrativi alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza indicati dalla Provincia Autonoma di Trento• studiare e sperimentare nuove modalità operative per bilanciare in modo esplicito le diverse esigenze e aspettative delle parti interessate• sviluppare le attività assistenziali e tecnico-amministrative nel rispetto della sostenibilità economica, professionale, organizzativa e relazionale• sviluppare strumenti che tendono a ridurre l'incertezza delle scelte individuali e strumenti che favoriscano l'emergere di comportamenti auto-organizzativi
1.2 – IL CONTESTO “SCELTO”
<ul style="list-style-type: none">• guardare alla visione aziendale per realizzare nel concreto le scelte e i comportamenti quotidiani individuali e collettivi.• basare le scelte e i comportamenti quotidiani individuali e collettivi sui principi e sui valori di riferimento aziendali• inserire organicamente le attività di promozione della salute nei processi di erogazione di tutti i Livelli Essenziali di Assistenza• sviluppare il sistema di gestione per la qualità in modo reticolare e diffuso, integrando tra di loro le molteplici attività svolte per migliorare tutti i processi aziendali

- aumentare l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo di tutte le risorse e integrare i processi assistenziali con quelli tecnico-amministrativi
- utilizzare il Modello EFQM per migliorare tutti gli aspetti della vita aziendale (assistenziali e tecnico-amministrativi)

Seconda parte - LE ATTIVITÀ

2.1 - LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE

- sviluppare comportamenti e atteggiamenti sempre più coerenti con quanto indicato nelle direttive annuali di budget.
- definire nella "Carta dei Servizi dell'APSS" nuovi standard di servizio per i cittadini e per le altre parti interessate, attivando nel contempo meccanismi per il controllo del loro rispetto.
- integrare tra di loro tutti gli strumenti di pianificazione e utilizzarli in forma partecipata, in modo da orientare le attività verso una direzione comune e consapevole.

2.2 - LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- sviluppare processi assistenziali appropriati, che integrano tra di loro i diversi LEA e che favoriscono un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale
- rendere disponibili nuovi documenti di indirizzo assistenziale, sviluppando meccanismi che ne documentino l'applicazione (indicatori di processo, indicatori clinici, verifiche cliniche tra pari).
- aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali e modificando i modelli organizzativi ove necessario.
- sviluppare un esplicito sistema di gestione della sicurezza dei pazienti, guidato da un piano settoriale e integrato con il sistema di gestione della sicurezza del personale
- consolidare le attività di valutazione delle tecnologie sanitarie già avviate negli anni scorsi e sottoporre a un esplicito processo valutativo le tecnologie sanitarie più rilevanti prima della loro introduzione
- introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare gli esiti sulla salute causati dalle attività assistenziali svolte e sviluppare coerenti attività di monitoraggio e valutazione

<ul style="list-style-type: none">• attivare iniziative per semplificare la vita dei cittadini, del personale, delle altre componenti del Servizio Sanitario Provinciale e dei fornitori• attivare iniziative per favorire l'omogeneità dei comportamenti tecnico-amministrativi tra le diverse strutture aziendali e tra i diversi operatori, completando la definizione e l'applicazione di procedure comuni e condivise• sperimentare forme di decentramento decisionale e organizzativo compatibili con l'unitarietà del coordinamento strategico e con la funzionalità organizzativa dei processi tecnico-amministrativi.• introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare l'impatto sull'organizzazione causato dalle attività tecnico-amministrative e sviluppare attività di monitoraggio e valutazione
<ul style="list-style-type: none">• sviluppare una rete esplicita di legami tra le parti interessate, tra i processi e tra le articolazioni aziendali, caratterizzando in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture• perfezionare gli strumenti di priorità clinica esistenti e svilupparne di nuovi, sostenendoli con una esplicita e strutturata attività di monitoraggio.• sviluppare i piani aziendali della sicurezza, delle attrezzature sanitarie, degli interventi edilizi, delle soluzioni informatiche, dei beni e servizi, della formazione e del personale a partire da un processo di definizione delle priorità esplicito e comprensibile a tutte le parti interessate.• sviluppare iniziative per promuovere l'autonomia dei cittadini, dei malati, del personale e delle altre parti interessate, caratterizzando in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture• attivare espliciti sistemi che mettano a confronto i risultati e i modelli organizzativi dell'APSS con quelli di altre organizzazioni
2.3 – IL CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE
<ul style="list-style-type: none">• promuovere l'auto-controllo dei processi favorendo, per esempio, l'utilizzo delle liste di autovalutazione, le valutazioni periodiche tra pari, la responsabilizzazione diffusa sui punti critici di controllo• integrare tutti gli attori che contribuiscono all'intero processo di controllo di gestione delle attività ordinarie, misurando non solo le attività svolte e le risorse utilizzate ma anche i risultati organizzativi e assistenziali ottenuti• sviluppare le attività progettuali di rilevanti dimensioni utilizzando gli strumenti propri del project management

<ul style="list-style-type: none">• integrare le attività di controllo delle procedure amministrative con le altre tipologie di controllo interno, valorizzando un approccio collaborativo e di valutazione tra pari
<ul style="list-style-type: none">• completare le attività di miglioramento conseguenti ai programmi obbligatori e volontari di controllo esterno, integrandole con il resto delle attività ordinarie
<ul style="list-style-type: none">• attivare nuove esperienze di controllo condiviso con i cittadini, sia partecipando alle iniziative nazionali proposte e sia sviluppando iniziative locali a partire dagli standard espressi nella Carta dei servizi• perfezionare il meccanismo di raccolta e risposta delle segnalazioni dei cittadini, finalizzandolo al cambiamento organizzativo per evitare la ripetizione sistematica dell'errore

Terza parte - LE PERSONE

3.1 - LA GESTIONE STRATEGICA DEL PERSONALE

- sviluppare un approccio complessivo nella gestione del personale, in grado di collegare tra di loro tutte le fasi del processo e tutte le articolazioni aziendali coinvolte
- sviluppare assetti organizzativi, modalità operative, strumenti di gestione e comunicazione in grado di collegare tra di loro tutte le fasi del processo di gestione del personale

3.2 - LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERSONALE

- sviluppare un sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori coerente con la norma OHSAS 18000 e integrato con il sistema di gestione per la sicurezza dei pazienti.
- svolgere le attività per assegnare e valutare incarichi e obiettivi secondo uno stesso disegno unitario, flessibile e coerente con il resto della gestione aziendale.
- svolgere tutte le attività di formazione del personale dipendente e convenzionato all'interno di uno stesso disegno unitario, esplicito e coerente con il resto della gestione aziendale

3.3 – LE RELAZIONI ORGANIZZATIVE

- sviluppare assetti e strumenti organizzativi aziendali coerenti con il progressivo inserimento dei nuovi professionisti
- sperimentare, previo un rigoroso processo di valutazione delle tecnologie e nel quadro della normativa vigente, modelli operativi

adeguati alle nuove esigenze assistenziali e organizzative

- sviluppare iniziative che favoriscano l'esercizio diffuso della leadership

Prima parte	IL CONTESTO
1.1	IL CONTESTO "DATO"
1.2	IL CONTESTO "SCELTO"

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla prima parte

Il "contesto" è l'ambiente (geografico, sociale, culturale, organizzativo, normativo, politico, ecc.) nel quale l'APSS si mette in relazione con le sue parti interessate: ne analizza le esigenze e aspettative (esplicite e implicite) e, grazie alle attività assistenziali e tecnico-amministrative svolte dalle persone che la compongono, le soddisfa al più alto livello possibile.



Il contesto è determinato da molti elementi e la possibilità dell'APSS di intervenire su di essi e modificarli è diversificata.

Da un lato dello spettro troviamo elementi per i quali la possibilità aziendale di modifica è scarsa o nulla: per esempio, la natura pubblica dell'APSS e la sua missione di gestire i servizi sanitari per tutta la provincia, la conformazione geografica e sociale del territorio di riferimento, le esigenze attuali e future dei cittadini e delle altre parti interessate, la complessità delle interazioni che

avvengono tra gli elementi del contesto stesso.

All'opposto, troviamo elementi che sono via via sempre più nella nostra disponibilità individuale e collettiva: i valori di riferimento, le linee di sviluppo, gli strumenti e i metodi da utilizzare per svolgere le attività, le competenze.

1.1 IL CONTESTO “DATO”

- ↪ 1.1.1 LA MISSIONE DELL'APSS
- ↪ 1.1.2 IL BILANCIAMENTO DELLE PARTI INTERESSATE
- ↪ 1.1.2 LA SOSTENIBILITÀ
- ↪ 1.1.4 LA COMPLESSITÀ

1.1.1 LA MISSIONE DELL'APSS

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari è un ente strumentale della Provincia Autonoma di Trento, è dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale.

L'attuale missione dell'APSS, cioè la dichiarazione che descrive la sua stessa ragione d'essere, è desumibile dalla normativa vigente ed è uguale a quella che ha guidato il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004:

“L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari,
quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia Autonoma di Trento,
gestisce 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”.

Lo scopo ultimo della nostra organizzazione è quindi di essere parte integrante del Servizio Sanitario Provinciale e “contribuire a migliorare i livelli di salute dei cittadini” (il fine) attraverso “l'erogazione coordinata di prestazioni sanitarie” (il mezzo). I servizi e le attività che l'APSS deve garantire a tutti i cittadini sono compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) , stabiliti a livello nazionale e integrati dalle Regioni e Province Autonome.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono classificati in tre gruppi:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

I Livelli Essenziali di Assistenza sono indipendenti dalla sede di erogazione e dalle caratteristiche dell'erogatore e la loro erogazione è il risultato complessivo del lavoro "correlato e interagente" svolto dal personale dipendente e convenzionato, dalle strutture pubbliche e da quelle accreditate, nella comunità, nelle case dei pazienti, negli ambulatori e nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

I Livelli Essenziali di Assistenza possono essere considerati dei macroprocessi aziendali e la loro erogazione viene assicurata da un insieme di processi assistenziali e tecnico-amministrativi, che devono essere fortemente integrati e combinati tra di loro in modo dinamico. Tale distinzione schematica non implica una rigida separazione tra personale impegnato nell'assistenza e altro personale; al contrario, considerare i LEA come il risultato finale di processi diversi tra di loro comporta il fatto che devono essere ulteriormente integrati gli sforzi di tutti verso questi obiettivi comuni.

Infatti, molte persone dedicate all'assistenza dei malati spendono tempo ed energie per seguire importanti fasi dei processi tecnico-amministrativi e, viceversa, una parte di personale tecnico e amministrativo svolge un ruolo importante nel fluire dei processi assistenziali: la tessitura della rete passa anche attraverso la costruzione di nuovi legami tra questi due diversi gruppi di professionalità.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo finalizzare i processi assistenziali e tecnico-amministrativi alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza indicati dalla Provincia Autonoma di Trento.

1.1.2 IL BILANCIAMENTO DELLE PARTI INTERESSATE

Per un'azienda sanitaria pubblica come la nostra, le parti interessate sono numerose: per esempio, i malati e le loro famiglie, il personale dipendente o convenzionato e le sue organizzazioni, i rappresentanti dei cittadini ai vari livelli istituzionali, il sistema dei finanziatori (i contribuenti e la Giunta provinciale), le strutture accreditate e gli altri partner che forniscono beni e servizi, il mondo della scuola, la rete dei servizi sociali, le associazioni delle categorie produttive, il volontariato e numerosi altri soggetti.

Tutti questi soggetti non solo hanno esigenze e aspettative diverse tra di loro, a volta addirittura contrastanti, ma ciascuno di essi possiede solo una parte delle competenze necessarie a influenzare e percepire le molteplici dimensioni della qualità (professionale, organizzativa e relazionale) di un evento relazionale e multidimensionale qual è l'assistenza sanitaria.

Il punto di arrivo dei processi aziendali (assistenziali e tecnico-amministrativi) è la soddisfazione delle esigenze e aspettative delle parti interessate. Tuttavia, l'esperienza insegna che non è possibile soddisfare contemporaneamente tutte le esigenze e le aspettative di tutte le parti interessate, né in sanità e né in altri settori: prima o dopo, tutte le organizzazioni che si sono illuse di farlo non hanno retto e sono "scoppiate". Un sano realismo porta quindi a concludere che l'attuale sfida posta dalle parti interessate è di rispondere nel modo più bilanciato possibile alle loro legittime esigenze e aspettative, ridistribuendo in modo equilibrato il "valore" che viene prodotto dai processi aziendali.

Come è possibile portare a termine questa che sembra quasi una "missione impossibile"? Nessuno ha la bacchetta magica e la ricetta vincente, ma ci sono almeno tre cose che possono essere fatte per cercare di superare questo scoglio: rendere esplicite le esigenze e aspettative di tutte le parti interessate, evidenziarne le diverse priorità e, di conseguenza, ri-orientare in modo coerente i comportamenti di tutti i soggetti che costituiscono l'intero sistema delle parti interessate, facendo leva anche sui doveri e sulle responsabilità che le parti stesse hanno nei confronti dell'organizzazione.

La necessità di "bilanciare" esigenze e aspettative delle molte parti interessate non deve comunque far dimenticare che i cittadini, sani e malati, sono al centro della missione aziendale e che il rispetto della persona, l'approccio globale alla complessità dei suoi bisogni e l'erogazione di prestazioni appropriate, efficaci ed efficienti rappresentano il cuore del nostro operato.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo studiare e sperimentare nuove modalità operative per bilanciare in modo esplicito le diverse esigenze e aspettative delle parti interessate.

1.1.3 LA SOSTENIBILITÀ

La sostenibilità è la capacità di soddisfare nell'immediato i bisogni dei pazienti, del personale e delle altre parti interessate senza compromettere la capacità del sistema di soddisfare tali bisogni anche nel futuro. Nel nostro caso, la necessità di contribuire a uno "sviluppo sostenibile" è un dato di fatto: il sistema sanitario di una comunità è un elemento della vita sociale troppo importante per non considerare anche questo aspetto.

Va infatti considerato che le esigenze di dare risposta in pochi minuti alle chiamate del 118, di assistere a casa, in ambulatorio e in ospedale le persone nel momento della malattia, di assicurare condizioni di lavoro sempre migliori e moltissime altre esigenze ancora non possono non fare i conti con la necessità di mantenere nel lungo periodo le caratteristiche pubbliche del servizio sanitario trentino.

Il tema della sostenibilità è inevitabilmente legato a quello delle risorse.

È indubbio che le risorse *economiche* rappresentano un aspetto importante della sostenibilità. In quanto ente strumentale della PAT, abbiamo quindi il

dovere di funzionare con quanto ci viene messo a disposizione dai contribuenti (e non con quello che le singole parti interessate potrebbero auspicare), puntando al massimo dell'efficienza operativa nell'utilizzo di qualsiasi tipo di risorsa economica: le attrezzature, i materiali di consumo, i farmaci, il tempo lavorativo, gli spazi, il tempo dei cittadini, ecc.

Ma la sostenibilità non è riferita solo alla disponibilità di risorse economiche: in una organizzazione composta in larga parte da professionisti, i conti si devono fare anche le risorse *professionali, organizzative e relazionali* presenti tra i suoi componenti. In quanto ente strumentale della PAT, abbiamo quindi il dovere di crescere in modo proporzionato alle nostre capacità, di calcolare l'impatto futuro delle nostre scelte, di avviare oggi riorganizzazioni che domani potrebbe essere più difficile realizzare, di funzionare con le competenze effettivamente presenti e disponibili.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare le attività assistenziali e tecnico-amministrative nel rispetto della sostenibilità economica, professionale, organizzativa e relazionale.

1.1.4 LA COMPLESSITÀ

La realtà è complessa. È banale dirlo, ma è altrettanto necessario riconoscerlo soprattutto quando ci si trova ad operare in una realtà come la nostra, costituita da alcune migliaia di persone diverse tra di loro che, in modo organizzato, si sforzano di aiutare mezzo milione di concittadini ad affrontare momenti importanti della loro vita quali, per esempio, la nascita, la malattia, la sofferenza e la morte.

Per spiegare e gestire la complessità di un'organizzazione sanitaria, a volte si utilizza la metafora della "macchina". In modo razionale, cerchiamo di descriverla con un numero finito di variabili e proviamo a prevederne il comportamento con attività di pianificazione e controllo, presupponendo che esista sempre un rapporto lineare e univoco tra una causa e il suo effetto. È una schematizzazione che risulta utile per semplificarne la rappresentazione e per dare ordine al fluire delle attività, ma che ha molti limiti.

È infatti opportuno riconoscere che un'azienda sanitaria si comporta anche come un "organismo vivente" che si evolve e si adatta agli stimoli esterni con un mix di comportamenti determinati non solo da regole oggettive (legislative, economiche, organizzative), ma anche sviluppati in modo autonomo a partire dalle conoscenze, dalle competenze e dagli atteggiamenti dei suoi componenti. Le aziende sanitarie possono essere considerate dei veri e propri "sistemi adattativi complessi".

In questo quadro, vanno evidenziati almeno due elementi che hanno un grande impatto sulla vita della nostra organizzazione. Il primo riguarda i *comportamenti individuali*: nei sistemi complessi le decisioni vengono sempre prese in condizioni di incertezza. La scelta della terapia appropriata per quel malato, la sperimentazione di quel modello organizzativo, la priorità da assegnare a quella

prestazione, le parole da dire di fronte al dolore e al lutto, l'attribuzione di quell'incarico a quella persona sono tutti esempi di decisioni prese in condizioni di incertezza, più o meno alta.

Il secondo elemento riguarda, invece, i *comportamenti collettivi*: nei sistemi complessi è necessario sviluppare una gestione non deterministica, dinamica, flessibile che consenta di far emergere l'evoluzione organizzativa che meglio soddisfa le esigenze e le aspettative dei cittadini, del personale e delle altre parti interessate. Per fare ciò, non è più sufficiente utilizzare solo i tradizionali strumenti di "governo" (approccio dall'alto, budget, ordini di servizio, ecc.), ma è necessario aggiungerne degli altri che facciano emergere l'intelligenza interna del gruppo, la sua capacità di auto-organizzarsi e di funzionare con poche regole, semplici ma rigorose, la sua voglia di apprendere in modo continuo dall'esperienza, le spinte a superare la naturale resistenza al cambiamento.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare strumenti che tendono a ridurre l'incertezza delle scelte individuali (per esempio, documenti di indirizzo clinico, schede di valutazione, sistemi di misurazione) e strumenti che favoriscano l'emergere di comportamenti auto-organizzativi.

1.2 IL CONTESTO "SCELTO"

- └ 1.2.1 LA VISIONE DELL'APSS
- └ 1.2.2 I PRINCIPI E I VALORI DI RIFERIMENTO
- └ 1.2.3 LE TRE LINEE STRATEGICHE
- └ 1.2.4 IL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA

1.2.1 LA VISIONE DELL'APSS

La visione di una organizzazione è la dichiarazione che descrive l'immagine di come una essa intende diventare, una sorta di "stella" che deve guidare il continuo miglioramento.

Se la missione dell'APSS è "data" e vincola tutte le parti interessate al suo rispetto, la visione dell'APSS è invece una scelta che deve consentire di allineare le molteplici visioni individuali. I risultati ottenuti nel decennio di vita aziendale, le molte esigenze e aspettative delle parti interessate e le potenzialità del sistema trentino portano a concludere che la visione dell'APSS non può essere di basso profilo.

Coerentemente con il titolo del PASS 2009 e in continuità rispetto a quella che ha guidato il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004, la visione dell'APSS nel prossimo quinquennio è la seguente:

“L’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

è una rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi

che soddisfa le parti interessate al più alto livello possibile”.

Anche questa volta la sfida che ci sta davanti è grande, sia per realizzare nel presente la nostra missione che per continuare a crescere verso la nostra visione. Le esigenze e aspettative dei malati, degli utenti, dei cittadini devono essere al centro della nostra attenzione, con la consapevolezza che la sostenibilità complessiva deve fare i conti anche con le esigenze e aspettative di tutte le altre parti interessate al sistema aziendale.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo guardare alla visione aziendale per realizzare nel concreto le scelte e i comportamenti quotidiani individuali e collettivi.

1.2.2 I PRINCIPI E I VALORI DI RIFERIMENTO

La possibilità di centrare in pieno la nostra missione e di andare verso la nostra visione sono condizionate da una unitarietà di intenti che deve riguardare tutta l’organizzazione e ciascuno dei suoi componenti: presupposto essenziale è la condivisione di alcuni principi e valori di riferimento che devono ispirare l’attività quotidiana.

Alcuni di questi principi e valori sono propri delle organizzazioni che appartengono alla pubblica amministrazione e derivano dalla Costituzione, da disposizioni di legge, da contratti e convenzioni collettivi, altri invece sono ricavati dall’esperienza di chi, prima di noi, ha affrontato in maniera sistematica la sfida di soddisfare le parti interessate al più alto livello possibile.

È bene esplicitare che il riferimento alla pubblica amministrazione non riguarda solo il personale tecnico-amministrativo, ma coinvolge direttamente tutto il personale dell’APSS, dipendente e convenzionato: anche nel momento in cui si effettuano prestazioni tipicamente professionali (ad esempio, una visita in ambulatorio o a domicilio, una medicazione al letto del paziente, la tutela dell’igiene degli alimenti, la distribuzione di un farmaco) si è comunque parte dell’azione di pubblica amministrazione svolta per tutelare lo specifico interesse pubblico della salute.

I principi e i valori di riferimento del PASS 2009 sono sostanzialmente quelli che hanno guidato il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004. Sono raggruppati in tre blocchi. I primi tre principi e valori vanno considerati sempre insieme e rappresentano il presupposto che sta alla base del PASS 2009: senza questi elementi, l’intero documento non avrebbe senso. Il secondo blocco di elementi è connesso alla nostra appartenenza alla pubblica amministrazione e sono sottoposti a una particolare attenzione da parte della legge. Il terzo gruppo

è relativo invece a principi e valori che restano sullo sfondo della relazione tra organizzazione e personale ma che, data la loro importanza, è comunque importante evidenziare.

-
- la competenza professionale
 - l'autonomia
 - la responsabilità (il rendere conto)
-
- la legalità
 - la trasparenza
 - l'imparzialità
 - la buona amministrazione
-
- la lealtà
 - lo spirito di servizio
 - la collaborazione
 - la continua spinta al miglioramento
-

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo poggiare le scelte e i comportamenti quotidiani, individuali e collettivi, sui principi e i valori di riferimento aziendali.

1.2.3 LE TRE LINEE STRATEGICHE

Le linee strategiche del PASS 2009 sono le stesse proposte negli anni precedenti dal Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004:

- la promozione della salute
- il miglioramento continuo della qualità
- la gestione dell'azienda

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'introduzione del concetto di promozione della salute risale ormai alla "Carta di Ottawa sulla promozione della salute" del 1986; in essa, la promozione della salute è definita "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

In questi anni, la nostra organizzazione ha svolto specifiche attività in tutte le cinque aree prioritarie d'azione che sono state individuate per "promuovere" la salute: costruire una politica pubblica per la salute, creare ambienti favorevoli alla salute, rafforzare l'azione della comunità, sviluppare le abilità personali e ri-orientare i servizi sanitari. Ciò è stato reso possibile da una specifica programmazione provinciale sull'argomento e da una sensibilità particolarmente accentuata di molti operatori.

Accanto infatti alle tradizionali attività di promozione della salute destinate a modificare in senso favorevole alla salute gli stili di vita (per esempio, attività fisica, alimentazione, sicurezza sul lavoro, vita sessuale, uso di sostanze, ecc), l'APSS ha operato per valorizzare l'intersectorialità e l'importanza degli ambienti

nella promozione della salute: le scuole, gli ambienti di lavoro, le municipalità, l'associazionismo, il mondo dello sport e altri contesti sociali che possono avere un impatto positivo sulla salute.

Inoltre, su temi importanti come la valutazione dei bisogni educativi dei pazienti, la gestione del dolore, il coinvolgimento dei pazienti nel processo assistenziale, la interculturalità, il consenso informato, la continuità assistenziale, l'autogestione della terapia e dei dispositivi medici. Il sistema assistenziale trentino ha sempre svolto un ruolo di primo piano a domicilio, in ambulatorio e in ospedale. La nostra appartenenza alla Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute rappresenta una opportunità per sviluppare ulteriormente queste attività.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo organicamente inserire le attività di promozione della salute nei processi di erogazione di tutti i Livelli Essenziali di Assistenza.

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ

A partire dalle attuali norme ISO 9000, possiamo definire la qualità come la capacità di un professionista, di un'organizzazione, di un processo, di un servizio o di un bene materiale di soddisfare in modo bilanciato le esigenze e le aspettative esplicite e implicite di tutte le parti interessate. Nel caso specifico dell'assistenza sanitaria, la qualità erogata deve essere perseguita e valutata almeno sulle tre dimensioni professionale, organizzativa e relazionale, ben sapendo che le diverse parti interessate hanno capacità e modi diversi di percepire tali dimensioni.

Il cuore di questa linea strategica sta nell'espressione "miglioramento continuo", che deve interessare tutti i processi aziendali (assistenziali e tecnico-amministrativi), tutte le dimensioni della qualità (professionale, organizzativa e relazionale) e coinvolgere tutto il personale dipendente e convenzionato.

Punto centrale del Programma 2001-2004 era stata la scelta di innestare il sistema di gestione per la qualità nel lavoro e nei processi quotidiani e di orientare alla qualità tutti gli aspetti della gestione aziendale, piuttosto che coinvolgere nelle attività di miglioramento della qualità solo gruppi limitati di persone, riservare tali attività a limitati processi aziendali (magari non assistenziali) e applicare in modo acritico strumenti sviluppati in altri contesti.

In questi anni molte iniziative sono state realizzate lungo questa linea di sviluppo e molte persone hanno dato il loro contributo alla realizzazione del sistema, svolgendo attività sia ordinarie che progettuali. Il confronto effettuato in più occasioni con altre aziende sanitarie (nazionali e internazionali) e le risultanze della letteratura di settore mostrano come questo approccio reticolare e diffuso debba essere riconfermato e ulteriormente sostenuto.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare in modo reticolare e diffuso il sistema di gestione per la qualità, integrando tra di loro le molteplici attività ordinarie e progettuali che vengono svolte per migliorare i processi aziendali.

LA GESTIONE DELL'AZIENDA

In termini generali, un'azienda può essere definita come un insieme di persone, di risorse e di processi coordinati, interdipendenti e che vengono finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi. La gestione invece è un insieme di attività, decisioni, responsabilità, interfacce che consentono a una organizzazione di perseguire i suoi obiettivi.

La gestione dell'APSS non è quindi un obiettivo fine a se stesso, ma è un importante strumento che l'attuale normativa impone alle strutture sanitarie perché raggiungano lo scopo per il quale sono state create, cioè la loro missione.

Un decennio di lavoro su questo fronte ci ha consentito di fare grandi passi: siamo sempre di più "un insieme di persone, di risorse e di processi coordinati, interdipendenti", i meccanismi di pianificazione, realizzazione e controllo delle attività finalizzate al raggiungimento della missione aziendale sono sempre più sofisticati, l'attenzione al modo in cui utilizziamo le risorse dei contribuenti è cresciuto, le interfacce sono più fluide e i processi decisionali più espliciti.

La molta strada percorsa non deve però indurci a rallentare il cammino, perché i margini di miglioramento sono ancora molti e la possibilità di aumentare le nostre risposte ai cittadini e alle altre parti interessate è strettamente connessa con la nostra capacità di gestire l'organizzazione in modo efficace ed efficiente.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo migliorare i meccanismi di gestione aziendale, puntando al massimo dell'efficacia e dell'efficienza nell'utilizzo di qualsiasi tipo di risorsa e integrando sempre di più i processi assistenziali con quelli tecnico-amministrativi.

1.2.4 IL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA

Il "Modello EFQM per l'eccellenza" è uno strumento di gestione aziendale proposto dalla European Foundation for Quality Management (EFQM) che aiuta le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire e di ottenere risultati. Anche se nato nel contesto della grande impresa europea, il Modello si è affermato come lo strumento di riferimento in Europa per la "gestione totale della qualità" in tutte le organizzazioni.

Alla fine del 2004 l'APSS ha ottenuto dall'EFQM il riconoscimento del livello "Committed to Excellence in Europe (Impegno all'eccellenza)". Tale riconoscimento è giunto al termine di un articolato percorso triennale composto da due autovalutazioni aziendali basate sui criteri del Modello (2001 e 2003), dallo sviluppo di numerose azioni di miglioramento e dalla verifica svolta da un valutatore dell'EFQM. È un riconoscimento importante, ma è solo il primo gradino della scala che porta alla "eccezionale capacità di gestire un'organizzazione e di ottenere risultati" (cioè all'eccellenza).

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo utilizzare il Modello EFQM per migliorare tutti gli aspetti della vita aziendale (assistenziali e tecnico-amministrativi), in modo da consolidare il riconoscimento ottenuto e aspirare a ottenere il successivo livello di riconoscimento.

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla prima parte

1.1 – IL CONTESTO “DATO”

- finalizzare i processi assistenziali e tecnico-amministrativi alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza indicati dalla Provincia Autonoma di Trento
- studiare e sperimentare nuove modalità operative per bilanciare in modo esplicito le diverse esigenze e aspettative delle parti interessate
- sviluppare le attività assistenziali e tecnico-amministrative nel rispetto della sostenibilità economica, professionale, organizzativa e relazionale
- sviluppare strumenti che tendono a ridurre l'incertezza delle scelte individuali e strumenti che favoriscano l'emergere di comportamenti auto-organizzativi

1.2 – IL CONTESTO “SCELTO”

- guardare alla visione aziendale per realizzare nel concreto le scelte e i comportamenti quotidiani individuali e collettivi.
- basare le scelte e i comportamenti quotidiani individuali e collettivi sui principi e sui valori di riferimento aziendali
- inserire organicamente le attività di promozione della salute nei processi di erogazione di tutti i Livelli Essenziali di Assistenza
- sviluppare il sistema di gestione per la qualità in modo reticolare e diffuso, integrando tra di loro le molteplici attività svolte per migliorare tutti i processi aziendali
- aumentare l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo di qualsiasi tipo di risorsa e integrare i processi assistenziali con quelli tecnico-amministrativi
- utilizzare il Modello EFQM per migliorare tutti gli aspetti della vita aziendale (assistenziali e tecnico-amministrativi)

Seconda parte	<h1>LE ATTIVITÀ</h1>
2.1	LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE
2.2	LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ
2.3	IL CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla seconda parte

2.1 LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE

Per tutte le organizzazioni importanti e complesse come l'APSS, la pianificazione delle attività è una fase importante, perché è il momento di giunzione tra le molte esigenze e aspettative (espresse o no dai cittadini e dalle altre parti interessate) e la realizzazione sostenibile degli interventi che servono per soddisfarle nel quadro complessivo dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La pianificazione dell'APSS è molto articolata e strettamente interfacciata con la programmazione provinciale, dalla quale deriva. Tre sono gli strumenti che ci consentono di decidere quali devono essere le attività da svolgere: il presente Programma Aziendale di Sviluppo Strategico (quinquennale), la definizione annuale del budget e il continuo sviluppo degli standard di servizio ai cittadini che sono esplicitati nella "Carta dei servizi dell'APSS".

Come è stato più volte ribadito, il budget aziendale non è altro che la descrizione delle attività che devono essere realizzate e delle risorse che possono essere utilizzate nell'anno: c'è il budget dell'intera azienda e, a cascata, il budget delle direzioni centrali, degli ospedali, dei distretti, dei dipartimenti strutturali di laboratorio e radiodiagnostica, e poi quello dei dipartimenti strutturali intraospedalieri, delle unità operative e dei servizi.

Le attività e le risorse descritte nei budget hanno ovviamente una valenza diretta per tutte le strutture aziendali, ma anche una indiretta sulle strutture accreditate e sui professionisti convenzionati che hanno scelto di collaborare

con l'APSS all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La definizione annuale del budget è un processo complesso e delicato, che risulta dall'integrazione di molti attività e documenti: le direttive di budget, i documenti di bilancio, i piani settoriali (per esempio, quello della sicurezza, dell'edilizia, delle attrezzature, della formazione) e i budget operativi delle strutture. Ogni anno, sono diverse centinaia le persone che, a vario titolo, sono coinvolte in questo processo, la cui efficacia (ma anche la cui credibilità) poggia per intero sulle competenze e sugli atteggiamenti con i quali esse lo affrontano.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare, nelle diverse fasi di preparazione del budget, comportamenti e atteggiamenti sempre più coerenti con quanto indicato nelle direttive annuali di budget.

Se è immediato l'accostamento tra la pianificazione e il budget, meno intuitivo appare il considerare la "Carta dei Servizi dell'APSS" come una occasione di pianificazione delle attività. Questo deriva dal fatto che alla Carta viene di solito attribuito solo uno dei suoi due significati principali (cioè l'informazione) mentre l'altro (cioè la definizione degli standard) passa in secondo piano.

In realtà, la redazione dei documenti che compongono la "Carta dei Servizi dell'APSS" e la formale definizione degli standard di servizio ai cittadini e alle altre parti interessate (iniziate nella nostra Azienda ormai da qualche anno) rappresentano una vera e propria pianificazione continua delle attività, perché ogni standard indicato nella Carta rappresenta un impegno che l'intera organizzazione si assume pubblicamente. Il fatto che le informazioni e gli standard di servizio riguardino, per ora, soprattutto le dimensioni organizzative e relazionali della qualità (percepite con maggior consapevolezza da parte dei cittadini) non li rende meno importanti di quelli più strettamente collegati alla dimensione professionale dell'assistenza.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo definire nella "Carta dei Servizi dell'APSS" nuovi standard di servizio per i cittadini e per le altre parti interessate, attivando nel contempo meccanismi per il controllo del loro rispetto.

In questi anni, i diversi processi di pianificazione sono stati continuamente perfezionati e adattati: dopo un decennio, di lavoro il risultato complessivo è di buon livello e ci fa ben figurare nel confronto con le altre aziende sanitarie. Tuttavia ci sono due punti sui quali è necessario continuare a porre la massima attenzione e per i quali la spinta al miglioramento non deve mai fermarsi:

1. l'integrazione tra tutti gli strumenti di pianificazione delle attività;
2. l'informazione e il coinvolgimento delle parti interessate, non solo nella fase di pianificazione delle attività, ma anche nella loro realizzazione, nel controllo dei risultati raggiunti e nell'eventuale rimodulazione delle attività stesse.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo integrare tra di loro tutti gli strumenti di pianificazione e utilizzarli in forma partecipata, in modo da orientare le attività verso una direzione comune e consapevole.

Anche se la missione aziendale è costituita dall'erogazione efficace ed efficiente dei LEA, è indubbio che un'azienda sanitaria di grandi dimensioni come la nostra non può restare fuori dal circuito della ricerca, nell'area assistenziale come in quella tecnico-amministrativa. Sono infatti numerose le occasioni nelle quali professionisti dell'APSS sono coinvolti in attività di ricerca: per esempio, sperimentazioni sui farmaci, studi locali e multicentrici per valutare l'efficacia delle cure, progetti finanziati dalle istituzioni, gruppi di lavoro per sperimentare soluzioni organizzative e tecnologiche innovative. La partecipazione a queste iniziative è una grande occasione per poter restare agganciati al treno dell'innovazione e per poter dare il nostro contributo di specializzazione e di esperienza.

È tuttavia necessario porre una particolare attenzione nella fase di pianificazione di queste attività, perché la scelta delle iniziative da sviluppare deve essere coerente con la missione aziendale, deve fare i conti con le risorse disponibili (le competenze delle persone, il tempo, i mezzi finanziari e tecnologici) e deve avere chiaro quale sarà l'impatto presente e futuro sull'organizzazione, in modo da rendere conto alle parti interessate dello sforzo profuso e delle ricadute ottenute.

Nel quinquennio 2005-2009 la scelta di attivare iniziative di ricerca (nell'area assistenziale come in quella tecnico-amministrativa) dovrà essere sempre preceduta da una esplicita valutazione dell'impatto complessivo che tali iniziative provocano nel presente dell'organizzazione e delle potenziali ricadute aziendali che gli eventuali i risultati potranno causare nel futuro.

2.2 LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- 2.2.1 LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI
- 2.2.2 LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI TECNICO-AMMINISTRATIVI
- 2.2.3 LE AZIONI GUIDA COMUNI

La pianificazione delle attività è importante, ma ha un significato strumentale: solo se le attività pianificate vengono successivamente realizzate la missione aziendale (cioè "contribuire a migliorare i livelli di salute e gestire in modo coordinato i servizi sanitari pubblici per l'intero territorio provinciale") può dirsi raggiunta. È quindi sul versante dell'agire che vengono messi alla prova le dichiarazioni, gli atteggiamenti e le competenze dell'intera azienda e di ciascuno dei suoi componenti.

In una organizzazione come la nostra, dove migliaia di persone, dipendenti e convenzionate, si occupano di innumerevoli processi assistenziali e tecnico-amministrativi, non è possibile dettare a priori i comportamenti di ciascuno. È

però possibile indicare alcune azioni generali che nel quinquennio 2005-2009 ci dovranno guidare nello sviluppo di tali processi, indipendentemente dal contesto nel quale ciascuno si troverà a operare.

LE AZIONI GUIDA	
<p><i>per lo sviluppo dei</i></p> <p>PROCESSI ASSISTENZIALI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adottare un approccio assistenziale complessivo • erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure • valutare l'impatto delle tecnologie sanitarie • misurare gli esiti sulla salute delle attività svolte
<p><i>per lo sviluppo dei</i></p> <p>PROCESSI TECNICO-AMMINISTRATIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • semplificare la vita delle parti interessate • favorire l'omogeneità dei comportamenti • decentrare i livelli decisionali • misurare gli esiti sulla organizzazione delle attività svolte
<p><i>per lo sviluppo di</i></p> <p>TUTTI I PROCESSI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • collegare le parti del sistema • analizzare i bisogni e definire le priorità • promuovere l'autonomia delle parti interessate • confrontare le attività e i risultati

2.2.1 LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI

- adottare un approccio assistenziale complessivo
- erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure
- valutare l'impatto delle tecnologie sanitarie
- misurare gli esiti sulla salute delle attività svolte

Nei sistemi sanitari moderni, queste quattro azioni guida non sono poste in capo solo a chi assiste direttamente i malati, ma sono un "dovere" istituzionale e condiviso tra i professionisti clinici e i professionisti dell'organizzazione. Queste azioni rappresentano l'essenza della cosiddetta "governance" clinica che non è quindi "il governo sui clinici" e neppure il "governo da parte dei clinici", ma è il modo in cui tutte le componenti del servizio sanitario pubblico garantiscono gli standard assistenziali e ne rendono conto a tutte le parti interessate.

ADOTTARE UN APPROCCIO ASSISTENZIALE COMPLESSIVO

Se l'obiettivo aziendale è di avere un impatto positivo sulla salute delle persone producendo prestazioni assistenziali, e non viceversa, allora è necessario sviluppare sempre più un approccio che, a partire dalla ricchezza delle

specializzazioni (di organo, di professione, di luogo di cura, di cultura), riconosca la globalità delle attività assistenziali e si comporti di conseguenza.

Le persone che vengono seguite a domicilio, in ambulatorio e in ospedale vanno considerate nella loro interezza e non soltanto come portatrici di un disturbo da correggere in modo isolato. L'assistenza che riusciamo a dare alle persone deve essere il risultato complessivo delle attività svolte da molti operatori e deve essere maggiore della somma dei singoli apporti. Le persone vengono oggi assistite in luoghi e momenti diversi: è pensabile che le prestazioni erogate oggi non siano legate a quelle erogate domani da un altro collega, anche se egli appartiene a un LEA diverso?

Oggi infine ci confrontiamo con una evoluzione demografica che porta sempre di più a una società invecchiata e interculturale. Questa sfida è già in atto ed è necessario impegnarci per contribuire ad abbattere le barriere culturali che ostacolano la partecipazione consapevole delle persone ai processi assistenziali: l'affievolito supporto familiare, le scarse competenze culturali, i limiti della lingua, il disorientamento nei corridoi della amministrazione, la passività nella relazione di cura, i diversi vissuti dei concetti di salute e malattia.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare processi assistenziali appropriati, che integrano tra di loro i diversi LEA e che favoriscono un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale

EROGARE PRESTAZIONI SANITARIE EFFICACI, APPROPRIATE E SICURE

L'assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia è un movimento scientifico e culturale secondo la quale le scelte e i comportamenti assistenziali che vengono adottati a tutti i livelli decisionali devono risultare dalla integrazione tra l'esperienza dei professionisti sanitari e l'utilizzo delle migliori prove di efficacia disponibili in quel determinato momento. I principali frutti di questo movimento sono i documenti di indirizzo assistenziale (linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, procedure e protocolli, ecc.) che aiutano i professionisti ad assumere decisioni e comportamenti clinici nei diversi ambiti assistenziali.

In questo campo, il ruolo dei dipartimenti aziendali è stato importante e in Trentino vengono applicati molti di tali documenti, come risulta dallo specifico Rapporto che deve essere fatto annualmente per l'Assessorato alle politiche per la salute. Restano comunque ancora margini di miglioramento per valutare il loro grado di applicazione attraverso attività formalizzate di audit clinico e organizzativo .

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo rendere disponibili nuovi documenti di indirizzo assistenziale, sviluppando meccanismi che ne documentino l'applicazione (indicatori di processo, indicatori clinici, verifiche cliniche tra pari).

In termini schematici (e con alcuni margini di sovrapposizione) è possibile distinguere una appropriatezza clinica e una organizzativa. Dal punto di vista clinico, l'appropriatezza consiste nell'utilizzare efficaci interventi promozionali, preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi solo nei pazienti che, per le loro

specifiche caratteristiche cliniche, ne possono effettivamente trarre beneficio. Dal punto di vista organizzativo, l'appropriatezza corrisponde invece all'erogazione di una prestazione nel contesto assistenziale che consente il migliore utilizzo delle risorse (per esempio, in ricovero ordinario o day hospital, in ambulatorio, a domicilio).

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali e modificando i modelli organizzativi ove necessario.

In questa azione guida si collocano anche tutte le iniziative connesse allo sviluppo dei sistemi di gestione per la sicurezza dei pazienti. Anche se nella pratica quotidiana l'aforisma classico "*primum, non nocere*" è senza dubbio presente nella mente e nelle azioni di tutti coloro che in qualche modo sono coinvolti nell'assistenza, le molte attività svolte per garantire la sicurezza dei pazienti non sono sempre adeguatamente documentate. L'attenzione nazionale e internazionale su questo tema da parte di tutte le parti interessate è crescente e la letteratura mostra come siano ancora presenti dei margini per migliorare il livello di sicurezza dei pazienti.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare un esplicito sistema di gestione della sicurezza dei pazienti, guidato da uno specifico piano settoriale e integrato con il sistema di gestione della sicurezza del personale.

VALUTARE L'IMPATTO DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

La definizione di tecnologia sanitaria è ormai nota da molti anni: 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".

A livello internazionale è ormai un dato assodato che tutte le tecnologie sanitarie devono essere valutate ed esiste una metodologia ben consolidata, soprattutto per quelle tecnologie sanitarie rilevanti per costo, complessità organizzativa, implicazioni etiche, ecc.. La valutazione delle tecnologie sanitarie è quindi il processo che considera in modo multidimensionale l'impatto provocato da una tecnologia (esistente o di nuova introduzione) su più aspetti: la sicurezza di utilizzo, l'efficacia clinica teorica e pratica, l'efficienza organizzativa, la modifica dei costi da sostenere, il fabbisogno formativo, il conseguente assetto organizzativo delle strutture, la priorità delle scelte, i problemi etici connessi, le politiche assistenziali complessive, l'accettabilità sociale.

Nel nostro sistema sanitario, come in tutti gli altri sistemi sanitari pubblici e privati, l'obiettivo ultimo della valutazione delle tecnologie sanitarie è di fornire elementi utili ai tre livelli decisionali: quello macro, tipico dell'Assessorato alle politiche per la salute o degli altri organismi di regolazione; quello intermedio, proprio della gestione dell'APSS o delle altre strutture; e quello micro, tipico dei comportamenti assistenziali quotidiani.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo consolidare le attività di valutazione già avviate negli anni scorsi e riferite alle attrezzature sanitarie, ai dispositivi medici, alle prestazioni da inserire nei diversi nomenclatori o riferite a specifici Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

MISURARE GLI ESITI SULLA SALUTE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Tradizionalmente si considera che i risultati dei processi assistenziali siano di due tipi: le prestazioni effettuate (output) e gli esiti sulla salute delle persone causati dalle prestazioni stesse (outcome). L'obiettivo ultimo dell'APSS è di ottenere esiti positivi sulla salute dei cittadini e non è quello di essere una "fabbrica" di prestazioni sanitarie, anche se gli esiti sulla salute risultano ancora di difficile misurazione.

Infatti, se è vero che sul piano della conta delle prestazioni si tratta ormai di uniformare alcuni sistemi di classificazione e di rendere completo il monitoraggio, la misura degli esiti sulla salute determinati dai processi assistenziali è ancora all'inizio. La letteratura scientifica evidenzia ancor oggi incertezze metodologiche, in quanto la misura degli esiti sulla salute implica disponibilità di informazioni, algoritmi di calcolo e schemi interpretativi diversi dalla semplice misura di come vengono consumate le risorse o contate le prestazioni.

La scarsa esperienza aziendale fin qui maturata con gli indicatori clinici (di recente introduzione nel nostro processo di budget) non deve comunque far desistere tutti i professionisti dalla responsabilità, etica prima ancora che aziendale, di misurare i risultati del loro lavoro al domicilio dei pazienti, in ambulatorio e in ospedale.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare gli esiti sulla salute causati dalle prestazioni effettuate dalle diverse figure professionali e sviluppare attività di monitoraggio e valutazione coerenti (flussi informativi, criteri di valutazione, audit clinici), superando la logica puramente prestazionale.

2.2.2 LE AZIONI GUIDA DEI PROCESSI TECNICO-AMMINISTRATIVI

- semplificare la vita delle parti interessate
- favorire l'omogeneità dei comportamenti
- decentrare i livelli decisionali
- misurare gli esiti sulla organizzazione delle attività svolte

Al pari dei processi assistenziali, i processi tecnico-amministrativi a supporto dell'attività assistenziale richiedono specifiche competenze professionali, organizzative e relazionali.

Anche in questo caso non è possibile dettare a priori e in modo dettagliato i

comportamenti di tutti coloro che sono coinvolti nei processi tecnico-amministrativi. È però altrettanto possibile individuare alcune azioni guida che devono essere seguite per fare in modo che tali processi producano un “valore” per l'intera organizzazione: creare le migliori condizioni possibili perché la missione e la visione dell'azienda si realizzino.

SEMPLIFICARE LA VITA DELLE PARTI INTERESSATE

Ormai da molti anni, la semplificazione dei procedimenti è un pressante obiettivo che la legislazione pone in capo alle amministrazioni pubbliche per facilitare la vita dei cittadini. Avendo poi allargato il ventaglio delle parti interessate, i nostri processi tecnico-amministrativi devono facilitare non solo la vita dei cittadini, ma anche quella di tutte le altre parti interessate dell'APSS: in modo particolare, il personale che vi lavora, ma anche il sistema che finanzia, i partner strategici e i fornitori.

Non è un compito facile, perché tali innovazioni devono essere accompagnate da una profonda revisione dei modelli organizzativi che regolano i processi tecnico-amministrativi, in modo che il “valore” prodotto sia una vera e propria semplificazione di sistema e non un semplice spostamento del carico da un punto all'altro della rete. Infatti, in un sistema chiuso e a parità di esigenze e aspettative che si vogliono soddisfare, spesso la semplificazione in un punto provoca una complicazione in un altro: per esempio, le autocertificazioni semplificano la vita dei cittadini, ma obbligano gli uffici a una serie di complicati controlli incrociati per verificarne l'autenticità.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo attivare iniziative per semplificare la vita dei cittadini, del personale, delle altre componenti del Servizio Sanitario Provinciale e dei fornitori come, per esempio, semplificare il carico burocratico per le unità operative e per i servizi, ridurre i passaggi nelle procedure, fornire nuovi servizi, diffondere le informazioni in modo integrato e semplificato, ecc..

FAVORIRE L'OMOGENEITÀ DEI COMPORTAMENTI

I processi tecnico-amministrativi sono più facilmente standardizzabili di quelli assistenziali. Per raggiungere una certa omogeneità nei comportamenti assistenziali è infatti necessario far riferimento ai documenti di indirizzo clinico che aiutano i clinici nelle decisioni, mentre i processi tecnico-amministrativi sono spesso regolati da procedure che indicano in modo anche dettagliato quanto deve essere svolto.

La necessità di mostrare lo stesso volto dell'APSS a tutti i cittadini trentini, a tutto il personale che opera nelle centinaia di strutture sparse nel territorio provinciale e alle altre parti interessate richiede comportamenti omogenei soprattutto nei momenti di interfaccia con esse (per esempio, casse, sportelli, prenotazioni, accessibilità agli atti, comunicazioni), nelle articolate fasi del processo di gestione del personale dipendente e convenzionato (per esempio, nella gestione degli istituti contrattuali) e nelle molte attività connesse al processo di gestione delle risorse materiali.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo attivare iniziative per favorire l'omogeneità dei comportamenti tecnico-amministrativi tra le diverse strutture

aziendali e tra i diversi operatori, completando la definizione e l'applicazione di procedure comuni e condivise, anche con il supporto delle soluzioni informatiche.

DECENTRARE I LIVELLI DECISIONALI

È un'azione strettamente legata alle precedenti, che si colloca all'incrocio tra spinte contrapposte: l'unitarietà del coordinamento strategico, il decentramento delle responsabilità e la garanzia della funzionalità organizzativa.

Anche per i processi tecnico-amministrativi, il decentramento dei livelli decisionali è inevitabilmente legato alla già citata sequenza "autonomia, competenza, responsabilità". L'autonomia decisionale è subordinata alla presenza di adeguate competenze e ha come conseguenza la necessità di dover rispondere alle parti interessate delle decisioni prese.

Come nel caso della semplificazione, il decentramento implica una profonda revisione dei modelli organizzativi che regolano i processi tecnico-amministrativi in modo che il "valore" prodotto, anche in questo caso, sia una vera e propria semplificazione di sistema

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sperimentare forme di decentramento decisionale e organizzativo compatibili con l'unitarietà del coordinamento strategico e con la funzionalità organizzativa dei processi tecnico-amministrativi.

MISURARE GLI ESITI SULLA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Come per i processi assistenziali non basta più fermarsi alla conta delle prestazioni erogate, anche per i processi tecnico-amministrativi è giunto il momento di non limitarsi alla conteggio dei procedimenti svolti.

L'obiettivo dei processi tecnico-amministrativi è infatti di avere un impatto positivo sull'organizzazione aziendale, sulle parti interessate e sui processi assistenziali e non quello di essere una "fabbrica" di prestazioni amministrative e tecniche. Tale impostazione è coerente con la più recente legislazione che sta spingendo con forza la pubblica amministrazione a superare la vecchia logica di funzionamento "per atti" e orientarsi verso un funzionamento "per risultati".

Per stimare questo impatto, è però necessario utilizzare indicatori che misurino "risultati" e non "atti": per esempio, la continuità dei servizi informatici, la rapidità della manutenzione straordinaria delle attrezzature, la riduzione del tempo dedicato in reparto alla gestione dei materiali, la sicurezza sul lavoro, la gestione delle scorte di magazzino e di reparto, la puntualità nel pagamento dei fornitori, le diverse modalità di riscossione del ticket, ecc..

Come nel caso dei processi assistenziali, le esperienze sono ancora limitate e ci sono oggettive difficoltà metodologiche. Ciò tuttavia non deve far desistere tutti i professionisti dalla responsabilità, etica prima ancora che aziendale, di misurare i risultati del loro lavoro.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare l'impatto sull'organizzazione causato dalle attività tecnico-amministrative e sviluppare attività di monitoraggio e valutazione coerenti (flussi informativi, criteri di valutazione, audit organizzativi), superando la logica puramente prestazionale.

2.2.3 LE AZIONI GUIDA COMUNI

- collegare le parti del sistema
- analizzare i bisogni e definire le priorità
- promuovere l'autonomia delle parti interessate
- confrontare le attività e i risultati

Indipendentemente dal fatto di essere prevalentemente impegnato in processi assistenziali o tecnico-amministrativi, di essere sollecitati da un malato o da una procedura amministrativa, tutto il personale dipendente e convenzionato deve comunque confrontarsi con altre azioni che devono guidare in modo comune le attività.

COLLEGARE LE PARTI DEL SISTEMA

La letteratura nazionale e internazionale (quella di tipo assistenziale e quella tecnico-amministrativa) indica che, per le organizzazioni sanitarie, il vero salto di qualità non è dato dal miglioramento dei singoli individui, peraltro sempre possibile e auspicabile, ma dal crescere dei legami che consentono di collegare e integrare le diverse parti dei sistemi.

Devono crescere qualità e quantità dei legami tra le parti interessate, dentro e fuori l'azienda: pazienti e professionisti, personale sanitario e tecnico-amministrativo, professionisti delle stesse discipline, professionisti "vecchi" e "nuovi", azienda e strutture accreditate, medici specialisti e medici dell'assistenza primaria, azienda e fornitori, personale dipendente e convenzionato, ecc.

Devono aumentare i collegamenti anche tra i processi: i processi assistenziali con quelli tecnico-amministrativi; le diverse fasi dello stesso processo assistenziale che corre lungo i servizi territoriali, gli ambulatori specialistici e i reparti; i molti passaggi dello stesso procedimento amministrativo, ecc.

Devono infine essere collegate tra di loro le molte articolazioni aziendali: le direzioni centrali e quelle degli ospedali e dei distretti, le unità operative e i servizi, le strutture che coabitano nello stesso edificio e quelle collocate in valli diverse, le unità operative e i servizi dello stesso dipartimento, le strutture aziendali e quelle convenzionate, ecc..

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare una rete esplicita di legami tra le parti interessate, tra i processi e tra le articolazioni aziendali, caratterizzando

in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture.

ANALIZZARE I BISOGNI E DEFINIRE LE PRIORITÀ

Le molte esigenze e aspettative delle tante parti interessate rendono questa azione guida assolutamente indispensabile, sia per i professionisti dell'assistenza che per i professionisti tecnico-amministrativi. Non esiste infatti nessun sistema al mondo, sanitario o no, in grado di dare una risposta completa e sostenibile a tutte le esigenze e aspettative di tutte le parti interessate.

La definizione delle priorità, basata su esplicite condizioni cliniche e organizzative, è il modo con il quale i professionisti possono intervenire direttamente nella allocazione delle risorse: in questo modo, essa non è lasciata al caso o all'arbitrio, ma è la traduzione concreta del principio generale di equità proprio del sistema sanitario pubblico.

L'analisi dei bisogni e il conseguente intervento basato sulla definizione di priorità sono attività già applicate nei processi assistenziali. Il triage svolto in pronto soccorso o dai servizi di emergenza rappresentano classici esempi di analisi strutturata dei bisogni sanitari e di definizione esplicita delle priorità. Altri esempi, adottati recentemente, sono dati dalle attività svolte dalle Unità Valutative Multidisciplinari e dalla messa a punto del meccanismo per determinare le priorità cliniche per l'assistenza specialistica ambulatoriale (per esempio, il raggruppamento di attesa omogenei). Altri infine potranno essere sviluppati per superare problemi di equità nell'accesso (per esempio, interventi chirurgici in elezione, accesso a strutture accreditate, fornitura di dispositivi medici, ecc.).

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo perfezionare gli strumenti di priorità clinica esistenti e svilupparne di nuovi, sostenendoli con una esplicita e strutturata attività di monitoraggio.

Anche nel campo dei processi tecnico-amministrativi la scelta delle priorità sono attività praticate da tempo nella nostra azienda. A volte, tuttavia, tali processi non sono completamente noti e non vengono svolti in modo del tutto consapevole. La raccolta e l'analisi dei fabbisogni di attrezzature sanitarie, di interventi edilizi e di soluzioni informatiche, formativi e di personale sono già oggi seguite dalla valutazione e dalla scelta degli interventi sostenibili in grado di soddisfare al più alto livello possibile tali fabbisogni.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare i piani aziendali della sicurezza, delle attrezzature sanitarie, degli interventi edilizi, delle soluzioni informatiche, dei beni e servizi, della formazione e del personale a partire da un processo di definizione delle priorità esplicito e comprensibile a tutte le parti interessate.

PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PARTI INTERESSATE

La nostra è un'organizzazione di servizi, sia nel suo rapporto con l'esterno (i malati, gli utenti, le altre strutture sanitarie) e sia al suo interno (lo scambio di servizi è continuo tra le diverse componenti aziendali). Il servizio è definito dall'ISO come il "risultato di una attività che si svolge all'interfaccia tra un cliente e un fornitore": non è quindi una "cosa" che qualcuno dà a qualche altro, ma è il risultato di una "co-produzione" delle diverse parti interessate.

Sul piano clinico, è ormai consapevolezza comune che una parte rilevante degli interventi assistenziali assumono un reale impatto sulla salute delle persone solo se esse sono aiutate a scegliere e gestire in modo consapevole, tra tutti i comportamenti, quelli più favorevoli alla loro salute. La scelta degli stili di vita, i comportamenti da seguire durante le malattie croniche o gli atteggiamenti in caso di malattia a prognosi infausta sono esempi di come l'esito finale sullo stato di salute sia realmente il risultato co-prodotto del lavoro svolto dai sanitari e del contributo dato dagli individui.

Anche sul piano tecnico-amministrativo il principio dell'autonomia delle parti interessate (empowerment, dare forza, dare potere) trova una sua applicazione perché è il presupposto per il decentramento decisionale, la diffusione di strumenti autovalutativi e di autocontrollo, il funzionamento basato su meccanismi autoprodotti dall'organizzazione e non imposti dall'esterno.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare iniziative per promuovere l'autonomia dei cittadini, dei malati, del personale e delle altre parti interessate, caratterizzando in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture.

CONFRONTARE LE ATTIVITÀ E I RISULTATI

Una molla che spinge al cambiamento è il confronto con gli altri: con il collega della porta accanto, con la struttura vicina, con le organizzazioni sanitarie delle altre regioni, con le organizzazioni diverse dalla propria, con quanto viene riportato dalla letteratura nazionale e internazionale.

Sono ormai molte le esperienze strutturate di confronto dei processi assistenziali e di quelli tecnico-amministrativi. Queste attività possono essere sviluppate sia all'interno delle organizzazioni che con l'esterno. Non si tratta di un confronto finalizzato a stabilire chi è più bravo, ma orientato a imparare dalle esperienze positive e negative degli altri, a raccogliere stimoli per l'innovazione, a confrontare il nostro operato con gli altri (possibilmente i migliori) e a capire quanto è fattibile e quanto invece non è ancora alla nostra portata: è questa infatti l'essenza del "benchmarking".

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo attivare espliciti sistemi che mettano a confronto i risultati ottenuti dai nostri processi assistenziali e tecnico-amministrativi con quelli ottenuti da altre organizzazioni; tale confronto dovrà essere esteso anche agli assetti organizzativi che sono alla base degli stessi processi (modelli di riferimento, risorse impiegate, flessibilità, ecc.).

2.3 IL CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

- 2.3.1 IL CONTROLLO DALL'INTERNO
- 2.3.2 IL CONTROLLO DALL'ESTERNO
- 2.3.3 IL CONTROLLO CONDIVISO CON I CITTADINI

Il controllo dei processi e delle attività svolte è il terzo elemento che 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.

Il controllo ha quindi un duplice scopo: a) dare garanzia che quanto “viene” fatto è conforme a quanto “doveva essere” fatto; b) intervenire nel caso fosse necessario correggere la rotta. Il controllo non può quindi essere lasciato solo al momento della misurazione finale dei risultati, ma deve essere svolto lungo tutto il fluire dei processi.

A chi dare garanzia che quanto “viene” fatto è conforme a quanto “doveva essere” fatto? La natura pubblica della nostra organizzazione porta a dire che tutte le parti interessate, dentro e fuori l'azienda, devono ricevere questa garanzia. Il controllo è quindi importante perché consente di rispondere alla necessità di “rendere conto” a tutte le parti interessate dell'andamento dei processi (accountability).

I meccanismi di controllo possono essere attivati sia dall'interno dell'organizzazione che dall'esterno: entrambi hanno potenziali pregi e difetti. Il controllo interno è più dettagliato e costante, ma corre il rischio dell'autoreferenzialità: è più utile per governare i processi e meno per dare garanzie alle parti interessate. Al contrario, il controllo esterno è più oggettivo, ma è saltuario e rischia di non cogliere aspetti importanti riconoscibili solo dall'interno: è quindi più utile per “rendere conto” alle parti interessate dell'attività svolta e meno per intervenire sui processi aziendali. Una forma del tutto particolare è il controllo condiviso con i cittadini che si sta sperimentando in questi anni.

Nelle organizzazioni della pubblica amministrazione, alcuni meccanismi di controllo devono essere attivati obbligatoriamente, mentre altri vengono attivati in base a una scelta volontaria. La tabella che segue riassume i principali meccanismi di controllo attivati presso la nostra azienda.

Controllo INTERNO	Controllo ESTERNO	Controllo CONDIVISO con i cittadini
-------------------	-------------------	-------------------------------------

<p>meccanismi OBBLIGATORI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Collegio dei revisori • controllo di gestione ordinario • controllo delle procedure amministrative 	<ul style="list-style-type: none"> • controllo sugli obiettivi generali e specifici da parte della PAT • autorizzazione della PAT sulle strutture sanitarie • accreditamento istituzionale della PAT • controllo da parte della Corte dei conti • certificazione dell'Istituto Superiore di Sanità per il LIESP 	<ul style="list-style-type: none"> • il circolo virtuoso delle segnalazioni
<p>meccanismi VOLONTARI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • autocontrollo • controllo di gestione progettuale 	<ul style="list-style-type: none"> • certificazioni EFQM, ISO, OHSAS • accreditamenti professionali (es. JCI, società scientifiche) • campagna "Ospedale sicuro" di CittadinanzAttiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Audit Civico con CittadinanzAttiva • esperienze locali di audit con le associazioni di volontariato (es. sull'UVM)

2.3.1 IL CONTROLLO DALL'INTERNO

- l'autocontrollo
- il controllo di gestione delle attività ordinarie
- il controllo di gestione delle attività progettuali
- il controllo delle procedure amministrative

L'AUTOCONTROLLO

Tra gli strumenti di controllo attivabili dall'interno di una organizzazione, l'autocontrollo ha un ruolo molto importante. Questa affermazione non deriva solo dall'analisi della letteratura, ma anche dalla importanza che la normativa europea sta dando all'autocontrollo su temi importanti come la sicurezza del lavoro, degli alimenti e dei prodotti.

Il presupposto dell'autocontrollo sta nel fatto che il "proprietario" del processo (o di alcune sue parti) è il soggetto che ha la maggior competenza per sorvegliarlo, misurarlo ed eventualmente intervenire per modificarlo nel caso sia necessario farlo. La rete dei controlli nasce quindi vicino al processo da controllare e deve coinvolgere in prima battuta chi vi opera direttamente. La più volte citata sequenza "competenza, autonomia e responsabilità" assume un significato solo se viene considerata nella sua completezza.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo accentuare le modalità di auto-controllo dei processi, favorendo l'utilizzo delle liste di autovalutazione, le valutazioni

periodiche tra pari (audit clinico e organizzativo), la responsabilizzazione diffusa sui punti critici di controllo.

IL CONTROLLO DI GESTIONE DELLE ATTIVITÀ ORDINARIE

Il sistema che controlla la gestione aziendale ordinaria rappresenta un altro meccanismo di controllo interno. Tale sistema non coincide con il “Servizio controllo di gestione” perché, oltre a questa specifica struttura aziendale prevista dalle norme, è necessario considerare che molti altri soggetti svolgono un ruolo altrettanto importante nel controllo della gestione aziendale: le direzioni degli ospedali e dei distretti, i responsabili delle unità operative e i loro più stretti collaboratori, alcuni servizi centrali.

Il controllo di gestione ordinario riguarda le attività connesse alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ed è strettamente connesso al budget operativo delle strutture: non riguarda quindi solo i fattori di tipo economico, ma deve misurare anche i risultati organizzativi e assistenziali di unità operative e servizi.

Un'attenzione particolare deve essere dedicata al controllo dei processi aziendali che vengono affidati a fornitori esterni, sia che si tratti di strutture accreditate che ci forniscono prestazioni sanitarie per soddisfare i Livelli Essenziali di Assistenza (per esempio, assistenza specialistica ambulatoriale, ricoveri ospedalieri, residenzialità diurna) e sia che si tratti di soggetti imprenditoriali che collaborano in attività di supporto (per esempio, sanificazione, ristorazione, smaltimento dei rifiuti, attività informatiche, ecc).

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo integrare tutti gli attori che contribuiscono all'intero processo di controllo di gestione delle attività ordinarie, misurando non solo le attività svolte e le risorse utilizzate ma anche i risultati organizzativi e assistenziali ottenuti.

IL CONTROLLO DI GESTIONE DELLE ATTIVITÀ PROGETTUALI

La nostra azienda è spesso impegnata in attività progettuali di rilevanti dimensioni come, per esempio, i progetti che discendono dagli obiettivi specifici assegnati dalla PAT, le grandi innovazioni tecnologiche e informatiche, gli interventi edilizi maggiori, la partecipazione a studi e ricerche.

Negli ultimi anni è stato scelto di strutturare un meccanismo di controllo anche di queste grandi attività basato sui principi del project management e sulla costituzione presso la direzione aziendale di una struttura dedicata.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare le attività progettuali di rilevanti dimensioni utilizzando gli strumenti propri del project management (per esempio, tabelle integrate delle attività di pianificazione, di monitoraggio e di valutazione, diagrammi temporali, matrici delle responsabilità, monitoraggio strutturato, ecc.) in modo da governare meglio i tempi, i costi, le responsabilità, l'andamento e le interfacce di queste importanti iniziative.

IL CONTROLLO DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE

Il controllo delle procedure rappresenta il completamento delle attività di controllo interno previste dalla normativa: nella nostra organizzazione questa attività viene già svolta dal Servizio di verifica sulle procedure amministrative, posto nello staff del direttore generale con lo scopo di:

- valutare la correttezza amministrativa di alcuni processi tecnico-amministrativi particolarmente rilevanti (per esempio, acquisti, gestione e rilevazione dei magazzini, servizi di cassa ed economato, contabilità, amministrazione del personale, gestione delle entrate, applicazione della normativa sul ticket, ecc.);
- verificare il rispetto delle disposizioni che regolano il rapporto di lavoro dipendente e, in particolare, il rispetto della normativa in materia di incompatibilità delle attività extra istituzionali;
- garantire comportamenti uniformi in tutta l'azienda e rendere più efficienti i processi interni.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo integrare le attività di controllo delle procedure amministrative con le altre tipologie di controllo interno, valorizzando un approccio collaborativo e tra pari piuttosto che un atteggiamento ispettivo e punitivo.

2.3.2 IL CONTROLLO DALL'ESTERNO

- i programmi obbligatori
- i programmi volontari

I PROGRAMMI OBBLIGATORI

Tra i meccanismi di controllo esterno, i programmi gestiti dalle istituzioni pubbliche (in primo luogo la Provincia) vanno considerati per primi in quanto sono obbligatori (programmi istituzionali).

Il primo meccanismo di controllo dall'esterno è costituito dalle attività svolte dalla Provincia Autonoma di Trento, che valuta costantemente l'operato aziendale. Annualmente poi la Provincia valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali specifici da parte della nostra azienda e i risultati della gestione ordinaria complessiva che, coerentemente con la logica di budget, è un mix di attività svolte e di risorse impegnate.

Il secondo importante meccanismo di controllo è quello connesso ai requisiti minimi del Programma di autorizzazione delle strutture sanitarie della PAT. La PAT infatti ha attivato un sistema di controllo dei requisiti minimi che ci obbliga a realizzare piani di adeguamento e, successivamente, a mantenere tali requisiti.

Il terzo importante meccanismo di controllo esterno è quello connesso ai requisiti ulteriori del Programma di accreditamento istituzionale della PAT. Anche in questo caso, la PAT ha attivato un sistema di controllo dei requisiti ulteriori che ci spinge a realizzare piani di adeguamento, perché il possesso

dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale sono per l'azienda condizioni essenziali per poter continuare a esercitare le attività sanitarie nell'ambito del servizio sanitario pubblico.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo pianificare, realizzare e controllare le attività connesse a questi meccanismi di controllo esterno (sviluppare i progetti specifici, realizzare i piani di adeguamento previsti, ecc.) in modo strettamente coordinato con il resto delle attività ordinarie.

I PROGRAMMI VOLONTARI

Oltre ai meccanismi obbligatori di controllo esterno, gestiti dalle istituzioni, le organizzazioni possono decidere volontariamente di sottoporsi ad altri programmi di controllo.

La partecipazione a questi meccanismi esterni di controllo consente non soltanto di essere sottoposti a una verifica oggettiva e indipendente, per meglio "correggere la rotta" e "rendere conto", ma anche di entrare in circuiti di miglioramento continuo definiti da importanti istituzioni nazionali e internazionali.

In questi anni la nostra azienda ha scelto di partecipare a numerosi programmi esterni di questo tipo, ottenendo importanti ricadute organizzative:

- il programma di riconoscimento dei livelli di eccellenza gestito dall'EFQM;
- i programmi di accreditamento professionale promossi sia dalla Joint Commission International (avviato presso l'ospedale S. Chiara di Trento) e sia da società scientifiche per specifici settori come, per esempio, il laboratorio, il pronto soccorso, la diabetologia, la senologia, ecc.;
- la certificazione secondo la norme della famiglia ISO 9000 del Servizio formazione, del Servizio veterinario e del Servizio di protezione aziendale (nucleo operativo Prevenzione e Protezione e il nucleo operativo Medico Competente) e del Dipartimento di laboratorio;
- la certificazione del bilancio aziendale;
- la certificazione del sistema aziendale di gestione della sicurezza secondo la norma OHSAS 18000 (Occupation Health and Safety Assessment Series).

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo completare le attività di miglioramento conseguenti ai programmi di controllo volontario esterno, integrandole con il resto delle attività ordinarie.

2.3.3 IL CONTROLLO CONDIVISO CON I CITTADINI

Lo sviluppo degli standard nella Carta dei servizi dell'APSS e il clima collaborativo che in questi anni si è creato con le associazioni dei cittadini hanno reso possibile l'attivazione di una forma avanzata di controllo che alcune organizzazioni di servizi stanno sperimentando: *il controllo condiviso con alcune*

parti interessate. Si tratta di una attività volontaria che consente non solo di “correggere la rotta” e di “rendere conto”, ma di entrare anche in un circuito di miglioramento che coinvolge esplicitamente le parti interessate. Ovviamente è un tipo di controllo che si focalizza soprattutto sugli aspetti che sono più direttamente percepibili dalle parti interessate che vengono di volta in volta coinvolte.

Negli anni scorsi, l'azienda ha partecipato alla prima sperimentazione nazionale del Programma “Audit civico” promosso da CittadinanzAttiva – Tribunale per i Diritti del Malato, che si è tradotta in una serie di visite ispettive effettuate dai cittadini nelle strutture, in una valutazione congiunta Azienda-Associazione della situazione rilevata e nella identificazione condivisa di alcune aree di miglioramento.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo attivare nuove esperienze di controllo condiviso con i cittadini, sia partecipando alle iniziative nazionali proposte e sia sviluppando iniziative locali a partire dagli standard espressi nella Carta dei servizi dell'APSS.

Un'altra forma di controllo condiviso è quella connessa al circolo virtuoso delle segnalazioni che tutte le pubbliche amministrazioni devono sviluppare. Pur partendo spesso da un elemento di insoddisfazione dei cittadini, le segnalazioni sono un modo per verificare che in alcune occasioni gli impegni assunti dall'APSS non vengono rispettati: la ricostruzione dell'evento e l'eventuale riconoscimento del mancato rispetto dello standard deve innescare il cambiamento organizzativo per evitare la ripetizione sistematica dell'errore.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo perfezionare il meccanismo di raccolta e risposta delle segnalazioni dei cittadini, finalizzandolo al cambiamento organizzativo per evitare la ripetizione sistematica dell'errore

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla seconda parte

2.1 - LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE

- sviluppare comportamenti e atteggiamenti sempre più coerenti con quanto indicato nelle direttive annuali di budget.
- definire nella “Carta dei Servizi dell'APSS” nuovi standard di servizio per i cittadini e per le altre parti interessate, attivando nel contempo meccanismi per il controllo del loro rispetto.
- integrare tra di loro tutti gli strumenti di pianificazione e utilizzarli in forma partecipata, in modo da orientare le attività verso una direzione comune e consapevole.

2.2 - LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- sviluppare processi assistenziali appropriati, che integrano tra di loro i diversi LEA e che favoriscono un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale
 - rendere disponibili nuovi documenti di indirizzo assistenziale, sviluppando meccanismi che ne documentino l'applicazione (indicatori di processo, indicatori clinici, verifiche cliniche tra pari).
 - aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali e modificando i modelli organizzativi ove necessario.
 - sviluppare un esplicito sistema di gestione della sicurezza dei pazienti, guidato da un piano settoriale e integrato con il sistema di gestione della sicurezza del personale
 - consolidare le attività di valutazione delle tecnologie sanitarie già avviate negli anni scorsi e sottoporre a un esplicito processo valutativo le tecnologie sanitarie più rilevanti prima della loro introduzione
 - introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare gli esiti sulla salute causati dalle attività assistenziali svolte e sviluppare coerenti attività di monitoraggio e valutazione
- attivare iniziative per semplificare la vita dei cittadini, del personale, delle altre componenti del Servizio Sanitario Provinciale e dei fornitori
 - attivare iniziative per favorire l'omogeneità dei comportamenti tecnico-amministrativi tra le diverse strutture aziendali e tra i diversi operatori, completando la definizione e l'applicazione di procedure comuni e condivise
 - sperimentare forme di decentramento decisionale e organizzativo compatibili con l'unitarietà del coordinamento strategico e con la funzionalità organizzativa dei processi tecnico-amministrativi.
 - introdurre nelle schede di budget nuovi indicatori di risultato capaci di misurare l'impatto sull'organizzazione causato dalle attività tecnico-amministrative svolte e sviluppare coerenti attività di monitoraggio e valutazione
- sviluppare una rete esplicita di legami tra le parti interessate, tra i processi e tra le articolazioni aziendali, caratterizzando in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture
 - perfezionare gli strumenti di priorità clinica esistenti e svilupparne di nuovi, sostenendoli con una esplicita e strutturata attività di monitoraggio.

- sviluppare i piani aziendali della sicurezza, delle attrezzature sanitarie, degli interventi edilizi, delle soluzioni informatiche, dei beni e servizi, della formazione e del personale a partire da un processo di definizione delle priorità esplicito e comprensibile a tutte le parti interessate.
- sviluppare iniziative per promuovere l'autonomia dei cittadini, dei malati, del personale e delle altre parti interessate, caratterizzando in tal senso l'attività dei singoli e delle strutture
- attivare espliciti sistemi che mettano a confronto i risultati e i modelli organizzativi dell'APSS con quelli di altre organizzazioni

2.3 – IL CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

- promuovere l'auto-controllo dei processi favorendo, per esempio, l'utilizzo delle liste di autovalutazione, le valutazioni periodiche tra pari, la responsabilizzazione diffusa sui punti critici di controllo
 - integrare tutti gli attori che contribuiscono all'intero processo di controllo di gestione delle attività ordinarie, misurando non solo le attività svolte e le risorse utilizzate ma anche i risultati organizzativi e assistenziali ottenuti
 - sviluppare le attività progettuali di rilevanti dimensioni utilizzando gli strumenti propri del project management
 - integrare le attività di controllo delle procedure amministrative con le altre tipologie di controllo interno, valorizzando un approccio collaborativo e di valutazione tra pari
- completare le attività di miglioramento conseguenti ai programmi obbligatori e volontari di controllo esterno, integrandole con il resto delle attività ordinarie
- attivare nuove esperienze di controllo condiviso con i cittadini, sia partecipando alle iniziative nazionali proposte e sia sviluppando iniziative locali a partire dagli standard espressi nella Carta dei servizi dell'APSS
 - perfezionare il meccanismo di raccolta e risposta delle segnalazioni dei cittadini, finalizzandolo al cambiamento organizzativo per evitare la ripetizione sistematica dell'errore

Terza parte	<h1>LE PERSONE</h1>
3.1	LA GESTIONE STRATEGICA DEL PERSONALE
3.2	LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERSONALE
3.3	LE RELAZIONI ORGANIZZATIVE

Riepilogo degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla terza parte

I cittadini sono al centro della missione e della visione aziendale: è ovvio che sia così, dal momento che la nostra stessa esistenza è giustificata dal servizio che dobbiamo rendere loro.

Tuttavia l'allargamento dello zoom dal cliente e/o cittadino e/o utente e/o paziente (ognuno adoperi il termine che preferisce) alla pluralità delle altre parti interessate, la necessità di soddisfare in modo equilibrato e sostenibile le esigenze e aspettative di tutti, l'idea che il servizio è una "co-produzione" delle parti interessate rendono necessaria una riflessione specifica anche sulle persone che sono direttamente coinvolte nella realizzazione dei processi aziendali.

Siamo un gruppo eterogeneo, composto da parecchie migliaia di persone con professionalità diverse, distribuite in centinaia di sedi, strutturate in specifici gruppi operativi, legate all'azienda da contratti di dipendenza o da convenzioni, animate da specifiche motivazioni individuali e caratterizzate da propri vissuti personali.

Tuttavia abbiamo un'unica missione e dovremo convergere verso una visione comune. La "rete" richiamata dal titolo è fatta anche dai nodi e dalle maglie che ogni componente del gruppo è in grado di costruire, ciascuno con pari dignità e una collocazione precisa nel disegno complessivo. In una rete tutti i nodi sono diversamente importanti e, della importanza di ciascuno, ci si accorge solo quando questo viene a mancare.

Non si tratta di un generico appello alla collaborazione, ma è il riconoscimento che le esigenze e le aspettative delle parti interessate possono essere soddisfatte solo con l'apporto di tutto il personale che ha scelto di avere rapporti di lavoro con l'APSS, pur nelle differenze che originano da ruoli, funzioni, incarichi, responsabilità e atteggiamenti personali diversi.

3.1 LA GESTIONE STRATEGICA DEL PERSONALE

La gestione del personale dipendente e convenzionato è un'attività molto complessa, articolata in numerose fasi che coinvolgono molte strutture aziendali e molte figure professionali.

Gli elementi strategici del processo di gestione del personale possono essere considerate i seguenti: impostazione di un approccio unitario e coerente dell'intero processo, la formazione di base, le relazioni sindacali.

Il primo elemento strategico da presidiare è lo sviluppo di un approccio sempre più unitario e coerente. Costruire la rete su questo tema ha una implicazione ben precisa: bisogna considerare tutte le attività di gestione del personale come un vero e proprio processo in modo da collegarle tra di loro, evidenziare le analogie, uniformare gli strumenti, migliorare l'efficienza. Questo processo è realizzato in forma congiunta da professionisti dell'area assistenziale e dell'area amministrativa e non deve essere fine a se stesso, ma deve favorire e supportare il fluire dei processi assistenziali.

I collegamenti devono essere posti tra *tutte le diverse fasi* del percorso ideale che una persona effettua dal momento in cui decide di aspirare a un posto di lavoro nell'APSS fino al momento in cui il rapporto di lavoro termina.

I collegamenti devono essere posti anche tra *tutte le diverse tipologie contrattuali e convenzionali esistenti*: i dipendenti e i convenzionati, chi è a tempo determinato e chi indeterminato, il tempo pieno e il part-time, ecc.

Infine i collegamenti devono riguardare *tutte le articolazioni aziendali* che intervengono nel processo. È infatti evidente che la gestione del personale non è solo una prerogativa di specifici uffici amministrativi, ma è una attività diffusa: è svolta nelle direzioni centrali e in quelle di ospedale e distretto, negli uffici del personale e nelle unità operative, da chi ha competenze specifiche nel campo della amministrazione, della formazione, della sicurezza, della organizzazione e del rapporto diretto con i pazienti.

Il secondo elemento strategico da considerare nella gestione del personale è che tale processo inizia prima dell'attivazione delle procedure di selezione, perché l'APSS interviene direttamente anche sul mercato del lavoro. L'impegno aziendale promosso dall'Assessorato e speso per la gestione della formazione di base, in modo diretto e in collaborazione con le altre organizzazioni (per esempio, l'Università), rappresenta un segno di questo interesse ed è motivato

dal fatto che la offerta di opportunità formative in loco rappresenta un modo efficace per affrontare le difficoltà nel reclutamento di personale locale non sempre disponibile.

Il terzo elemento strategico da sviluppare nella gestione del personale è il rapporto con tutte le organizzazioni sindacali che rappresentano la molteplicità delle figure professionali che a vario titolo intrattengono rapporti lavorativi con l'APSS. Nella logica delle parti interessate, la rappresentazione collettiva delle esigenze e aspettative di chi lavora è un elemento importante, che deve entrare nella complessa interazione che porta al bilanciamento degli interessi.

Un buon sistema di relazioni sindacali è basato sulla distinzione tra le responsabilità dell'azienda e quelle delle organizzazioni sindacali ed è strutturato in modo funzionale all'obiettivo comune di temperare l'interesse del personale al miglioramento delle condizioni lavorative e alla crescita professionale con l'esigenza dell'azienda di mantenere elevate l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi erogati.

Il perseguimento di questo obiettivo comune comporta la necessità di un sistema di relazioni sindacali stabile, articolato su strumenti relazionali specifici come, per esempio, la contrattazione integrativa aziendale, la concertazione, la consultazione e l'informazione, che rappresentano gli istituti attraverso cui si realizzano i principi della partecipazione, della trasparenza e della correttezza dei comportamenti. Questa interazione, trasparente e leale, non dovrà comunque far dimenticare che l'esistenza dell'APSS è subordinata alla sua capacità di rispondere alla missione che la collettività ci ha affidato.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo quindi sviluppare assetti organizzativi, modalità operative, strumenti di gestione e comunicazione in grado di migliorare ulteriormente il collegamento tra tutte le fasi del processo di gestione del personale e tra tutte le strutture che le seguono. Strumenti di comunicazione e servizio sviluppati nell'ambito della "Carta dei servizi dell'APSS" potrebbero risultare utili per meglio sostenere l'unitarietà di questo importante processo.

3.2 LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERSONALE

Le fasi operative del processo di gestione del personale dipendente e convenzionato sono molte e, spesso, sono processi che possono essere ulteriormente articolati.

La lista è lunga, ma la sua visibilità è una condizione essenziale per una gestione integrata: l'acquisizione del personale, l'inserimento lavorativo, la costituzione della posizione lavorativa e la gestione dei fascicoli personali, la gestione del part-time e degli altri istituti contrattuali, la gestione della mobilità interna e con l'esterno, l'attribuzione e la valutazione degli incarichi dirigenziali e di coordinamento, l'attribuzione e la valutazione degli obiettivi personali di risultato e di produttività, la gestione della libera professione e delle attività esterne all'APSS, la sicurezza del personale, la scelta dei modelli organizzativi, l'informazione continua e il coinvolgimento, la formazione continua, il supporto

alle attività extralavorative e la cessazione del rapporto di lavoro.

Tra tutte queste fasi, merita evidenziarne alcune che, per collocazione nel processo, complessità, livello di innovazione e implicazioni possono svolgere un ruolo chiave nello sviluppo strategico aziendale.

- 3.2.1 IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA
- 3.2.2 L'ATTRIBUZIONE E LA VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI E DEGLI OBIETTIVI
- 3.2.3 LA FORMAZIONE CONTINUA

3.2.1 IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

La gestione della sicurezza è una fase importante nel processo di gestione del personale e comprende elementi organizzativi di tipo strutturale, impiantistico, strumentale, procedurale e comportamentale che dipendono praticamente da tutti: ognuno ha un suo ruolo e un suo compito, dal datore di lavoro fino a chi deve utilizzare i prescritti dispositivi di protezione individuale.

Tutti questi elementi non possono rimanere isolati tra di loro ma devono essere *“correlati e interagenti”* nell'ambito del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori, composto dal Documento di Valutazione dei Rischi, dalle attività di sorveglianza sanitaria, dagli adeguamenti strutturali, dalla formazione, dalle visite congiunte sui luoghi di lavoro, dalla matrice delle responsabilità, dalle procedure organizzative e dai comportamenti individuali. Il progressivo sviluppo del sistema deve prescindere dal fatto che le singole attività sono realizzate da strutture o da individui diversi, ma deve puntare a collegarle il più possibile tra di loro.

È inevitabile che lo sviluppo del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori abbia degli ambiti di sovrapposizione con l'analogo sistema per la sicurezza dei pazienti (per esempio, l'antincendio): a mano a mano che i due sistemi evolveranno, ne dovrà essere curata anche l'integrazione.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare un sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori coerente con la norma OHSAS 18000 e integrato con il sistema di gestione per la sicurezza dei pazienti.

3.2.2 L'ASSEGNAZIONE E LA VALUTAZIONE DEGLI INCARICHI E DEGLI OBIETTIVI

L'assegnazione e la valutazione degli incarichi e degli obiettivi rappresentano uno schema introdotto dalla legge nella pubblica amministrazione ormai da molti anni e recepito dagli accordi contrattuali. È il modo in cui tutto il personale di una struttura pubblica (nel nostro caso, il direttore generale, i direttori delle articolazioni aziendali fondamentali, i dirigenti e il personale del comparto) risponde alle parti interessate dei propri comportamenti, cioè delle proprie

competenze agite all'interno dell'autonomia prestabilita.

Le attività connesse a queste fasi del complessivo processo di gestione del personale sono regolate dagli strumenti contrattuali che descrivono le procedure e i meccanismi di tutela. L'importanza di queste attività è ulteriormente amplificata dall'ovvio riflesso che l'assegnazione e la valutazione degli incarichi e degli obiettivi hanno anche sugli istituti incentivanti previsti dai diversi contratti.

La sequenza competenza-autonomia-responsabilità non vale però solo per chi viene incaricato e successivamente valutato, ma anche per chi assegna e valuta incarichi e obiettivi, soprattutto con riferimento alla sua capacità di motivare e sostenere le inevitabili differenze. Gli atteggiamenti di assegnare e valutare in maniera non equilibrata o di assegnare e valutare a pioggia (per garantire le proprie esigenze di "quieto vivere") non sono coerenti con l'intendimento del legislatore né con la scelta aziendale di continuare a migliorare.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo svolgere le attività per assegnare e valutare incarichi e obiettivi secondo uno stesso disegno unitario, esplicito e coerente con il resto della gestione aziendale.

3.2.3 LA FORMAZIONE CONTINUA

Un sistema che si confronta con le crescenti esigenze e aspettative dei pazienti e delle altre parti interessate non può non accettare la sfida della formazione continua dei suoi componenti, della dirigenza e del comparto, dei dipendenti e dei convenzionati. La nostra azienda sta cercando di rispondere a questa sfida con una mole di iniziative che trova pochi riscontri nel panorama nazionale: corsi di formazione, seminari clinici e altre iniziative formative aziendali, convegni, seminari e congressi frequentati all'esterno, stage clinici in Italia e all'estero, iniziative formative organizzate all'interno dei servizi e delle unità operative, formazione a distanza, sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca, utilizzo delle ore studio previste dai diversi contratti di lavoro.

A queste iniziative formalmente documentate, va aggiunta la formazione sul campo che molti operatori svolgono quando, per esempio, predispongono linee guida, percorsi assistenziali, protocolli e altri documenti di indirizzo clinico, o effettuano verifiche cliniche e organizzative (audit), consultazioni bibliografiche e altra attività di studio.

Come stabilito dalla deontologia professionale e dal Programma nazionale Educazione Continua in Medicina (ECM), la formazione continua è un obbligo degli operatori sanitari, che possono continuare a essere considerati tali proprio perché operano una continua manutenzione del proprio bagaglio culturale.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo svolgere tutte le attività di formazione del personale dipendente e convenzionato (obbligatorie e facoltative, residenziali, a distanza e sul campo, dentro e fuori l'APSS) all'interno di uno stesso disegno

unitario, flessibile e coerente con il resto della gestione aziendale

3.3 LE RELAZIONI ORGANIZZATIVE

- 3.3.1 I NUOVI PROFESSIONISTI
- 3.3.2 I MODELLI OPERATIVI
- 3.3.3 LA LEADERSHIP DIFFUSA

3.3.1 I NUOVI PROFESSIONISTI

Il mondo della sanità italiana sta vivendo un'importante fase di passaggio, che resta sullo sfondo rispetto ai problemi organizzativi e finanziari che il sistema sta vivendo. La recente individuazione dei percorsi formativi per 22 nuove figure professionali (lauree di primo e di secondo livello) e la conseguente ridefinizione da "attività ausiliarie" a "professioni" richiedono un ripensamento del modello assistenziale complessivo adottato nelle strutture. Nella nostra azienda i "nuovi" professionisti sono più di 3000: infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di laboratorio, di radiologia medica, della prevenzione, della riabilitazione psichiatrica, e altri ancora.

Una lettura superficiale porta a considerare questa evoluzione come un problema di rivendicazione corporativa, con la conseguente risposta che le cose resteranno quasi come prima, fatti salvi alcuni "avanzamenti" contrattuali.

In realtà la questione è molto più complessa, perché apre due fronti di riflessione: l'evoluzione che questi professionisti stanno compiendo al loro interno e le nuove relazioni che si stanno intrecciando con le professioni tradizionali.

Il dibattito interno alle "nuove" professioni è già aperto da tempo, su più temi: la relazione con il malato, le competenze da possedere e i modi con cui mantenerle, le conseguenze sui modelli assistenziali e organizzativi, la delega di funzioni e il coordinamento di altri operatori, il rapporto tra chi è cresciuto nel precedente modello formativo/lavorativo e i più giovani. È ragionevole pensare che la conclusione di questo dibattito non cadrà molto lontano dalle azioni guida indicate nella seconda parte e ormai consolidate nella letteratura internazionale: adottare un approccio assistenziale complessivo, erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure, valutare l'impatto delle tecnologie sanitarie, misurare gli esiti sulla salute.

Sulla relazione tra "nuovi" e "vecchi" professionisti la riflessione stenta invece a decollare, come se lo speculare atteggiamento rivendicativo/difensivo riducesse tutto a una questione di "potere" all'interno delle organizzazioni sanitarie. La missione aziendale, in questo caso, ci aiuta ad affrontare la questione da un altro punto di vista: la nostra è un'organizzazione di servizio e tutti i professionisti che hanno liberamente deciso di farvi parte devono impegnarsi a

“costruire la rete di relazioni” che meglio soddisfa le esigenze e le aspettative dei malati e di tutte le altre parti interessate

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare assetti e strumenti organizzativi aziendali coerenti con il progressivo inserimento dei nuovi professionisti.

3.3.2 I MODELLI OPERATIVI

Il modo in cui le persone nelle unità operative e nei servizi sono organizzate per svolgere le attività non è un dato statico e fisso nel tempo, valido una volta per tutte. Anzi, i modelli operativi dovrebbero essere continuamente scelti, sviluppati, adattati, abbandonati e sostituiti per meglio rispondere alla realtà che cambia, in coerenza con l'evoluzione epidemiologica, la pianificazione provinciale, la missione e la visione aziendali, le risorse disponibili, le linee strategiche e le azioni guida definite precedentemente.

Tre sono le considerazioni da seguire per poter disporre oggi di modelli operativi adeguati. La prima è che tutte le nostre attività devono essere lette con una logica di processo: bisogna superare le separatezze tra le diverse strutture aziendali e valorizzare la trasversalità. È qualcosa di più degli accordi che sono stati fin qui stipulati tra unità operative e servizi, tra azienda e strutture accreditate o professionisti convenzionati: vuol dire progettare, sul piano assistenziale e su quello tecnico-amministrativo, quali devono essere i “percorsi” che i pazienti, le richieste, i procedimenti, le attrezzature devono fare quando “attraversano, incrociano” le diverse strutture del servizio sanitario pubblico.

Un secondo elemento che deve ispirare i modelli operativi è la logica di squadra, all'interno dei servizi e delle unità operative e tra di essi. Nessuno è in grado di soddisfare le parti interessate lavorando da solo o, al massimo, con i professionisti più vicini a lui.

Un discorso a parte merita infine il delicato bilanciamento tra specializzazione e visione complessiva. Sia in campo assistenziale che tecnico-amministrativo la specializzazione (del reparto, del professionista, dell'ambulatorio, dell'ufficio, delle competenze) è necessaria per rispondere a domande sempre più particolari, soprattutto quando queste domande coinvolgono le strutture di riferimento clinico e amministrativo per l'intera provincia.

Tuttavia l'esperienza insegna che tale specializzazione è utile solo se supportata da alti livelli di appropriatezza e da forti legami che connettono le diverse fasi dei processi (assistenziali e/o tecnico-amministrativi). Senza questi presupposti, è molto facile perdere di vista la globalità del paziente (o del procedimento amministrativo) e ci si ritrova con un assetto organizzativo rigido che assorbe risorse senza dare valore aggiunto, perdendo in tal modo i vantaggi della specializzazione.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sperimentare, previo un rigoroso processo di valutazione delle tecnologie e nel quadro nella normativa vigente,

nuovi modelli operativi come, per esempio, degenze ospedaliere basate sulla graduazione dell'intensità assistenziale invece che su specifiche discipline o apparati, percorsi assistenziali distrettuali seguiti da un case-manager, assetti organizzativi dei servizi diagnostici assistiti da collegamenti informatici, attività tecnico-amministrative diffuse/concentrate, rapporti con le strutture accreditate e con i professionisti convenzionati.

3.3.3 LA LEADERSHIP DIFFUSA

Nel nostro organigramma sono centinaia le persone che, a vari livelli, svolgono attività di guida, direzione e coordinamento: il direttore generale e gli altri direttori delle articolazioni organizzative fondamentali (direzioni centrali, ospedali, distretti e dipartimenti di laboratorio e radiodiagnostica), i coordinatori dei dipartimenti funzionali, i direttori dei dipartimenti strutturali intraospedalieri e delle strutture complesse, 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, attività svolte nella società civile, possono svolgere un ruolo importante nella vita aziendale.

La possibilità che la missione, la visione, i valori di riferimento, le linee strategiche, le azioni guida e gli obiettivi del PASS 2009 trovino un riscontro nella realtà e non restino solo sulla carta dipende anche da ciascuno di essi e dalla loro capacità di essere una guida per le persone che vi fanno riferimento.

Guidare persone è un'arte difficile. Nel contesto dell'assistenza sanitaria possono essere identificate alcune caratteristiche che le persone guida dovrebbero possedere. Il primo gruppo di caratteristiche è legato all'ESSERE: fiducia in se stessi, consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti, autocontrollo, tensione al cambiamento, integrità personale.

Il secondo gruppo di caratteristiche richieste a chi guida persone è legato alla sua capacità di GUARDARE AVANTI: prontezza nell'agire, flessibilità intellettuale, curiosità e conoscenza di quanto viene fatto dagli altri, capacità di mediare tra le parti interessate, forte orientamento ai risultati.

Il terzo gruppo di caratteristiche richieste a una guida di persone è infine legato all'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.

È una lista che mette tutti noi alla prova, perché ciascuno di noi ha margini di miglioramento in almeno un punto di questa lista!

Il concetto di leadership diffusa non è quindi sinonimo di gestione anarchica (anche la grande rete mondiale delle connessioni informatiche cresce dentro rigidi protocolli di comunicazione), ma è uno degli strumenti più importanti per

soddisfare la nostra missione e rincorrere la nostra visione in una realtà complessa come quella che stiamo vivendo.

Nel quinquennio 2005-2009 dovremo sviluppare iniziative che favoriscano l'esercizio diffuso della leadership.

Sintesi degli OBIETTIVI PASS 2009 relativi alla terza parte

3.1 - LA GESTIONE STRATEGICA DEL PERSONALE

- sviluppare un approccio complessivo nella gestione del personale, in grado di collegare tra di loro tutte le fasi del processo e tutte le articolazioni aziendali coinvolte
- sviluppare assetti organizzativi, modalità operative, strumenti di gestione e comunicazione in grado di collegare tra di loro tutte le fasi del processo di gestione del personale

3.2 - LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERSONALE

- sviluppare un sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori coerente con la norma OHSAS 18000 e integrato con il sistema di gestione per la sicurezza dei pazienti.
- svolgere le attività per assegnare e valutare incarichi e obiettivi secondo uno stesso disegno unitario, flessibile e coerente con il resto della gestione aziendale.
- svolgere tutte le attività di formazione del personale dipendente e convenzionato all'interno di uno stesso disegno unitario, esplicito e coerente con il resto della gestione aziendale

3.3 – LE RELAZIONI ORGANIZZATIVE

- sviluppare assetti e strumenti organizzativi aziendali coerenti con il progressivo inserimento dei nuovi professionisti
- sperimentare, previo un rigoroso processo di valutazione delle tecnologie e nel quadro della normativa vigente, modelli operativi adeguati alle nuove esigenze assistenziali e organizzative
- sviluppare iniziative che favoriscano l'esercizio diffuso della leadership