Economia Aziendale Online©

N. 1/2010

"Il percorso verso la qualità totale: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari"

Maria Michela Spadavecchia

Economia Aziendale Online
©2003
International Business Review
Editor in Chief: Piero Mella
ISSN 1826-4719
Reg. Trib. Pavia - n. 685/2007 R.S.P.

Pavia , January, 2010
No. 1/2010

All the contents are protected by copyright.
No part can be copied without the Editor in Chief's and Author's permission.
Further information at: www.ea2000.it

Economia Aziendale Online 2000 Web 1 (2010) 67-79

www.ea2000.it

Il percorso verso la qualità totale: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

Maria Michela Spadavecchia

Abstract

The present survey, starting from the concept of quality in the public field, focalizing the attention in the Italian public health sector. The goal of the research is to set firm points on the steps reached in theme of Total Quality, analyzing side by side the normative and the empirical aspect. To question such aspect, a public health situation of notable importance was chosen in the territory of the Puglia in the hospital "Policlinico" of Bari. Through the experience of management in the Policlinico, one tries to verify the use of and the realization of the principles and of the processes of Total Quality Management, in an economic and social context not deprived of objective and structural difficulties. The work, afar from judgment of the undertaken actions from the firm, at the point of demonstration, on one side, the complexity that accompanies the implementations of a system of Total Quality in a context of those health characteristics for critical forts, and on the other side, the validity and the concreteness of the results in terms of output and of outcome that Total Quality System is capable of getting.

Il presente lavoro di ricerca, partendo dal concetto di qualità in ambito pubblico, focalizza l'attenzione sul settore sanitario italiano. L'obiettivo della ricerca è fissare dei punti fermi sulle tappe raggiunte in tema di qualità totale analizzando parallelamente l'aspetto normativo e quello empirico. Per indagare su quest'ultimo si è scelta una realtà sanitaria di notevole importanza nel territorio pugliese quale l'azienda ospedaliera Policlinico di Bari. Attraverso l'esperienza del Policlinico si cerca di verificare l'adozione e l'attuazione dei principi e dei processi di Total Quality Management, in un contesto economico e sociale non privo di difficoltà oggettive e strutturali. Il lavoro, lungi dal voler giudicare le azioni intraprese dall'azienda, punta a dimostrare, per un verso, la complessità che accompagna l'implementazione di un sistema di qualità totale in un contesto quale quello sanitario connotato da forti criticità, e dall'altro, la validità e la concretezza dei risultati in termini di output e di outcome che tale sistema è in grado di sortire.

1 – La qualità nelle Pubbliche Amministrazioni

L'attenzione alla qualità da parte delle amministrazioni pubbliche rappresenta una conquista culturale degli ultimi lustri. L'apprendimento e la condivisione, con le realtà delle aziende private, delle logiche gestionali per processi ha rappresentato una delle spinte più forti all'attenzione alla qualità, nell'ambito di quel grande percorso noto come aziendalizzazione della pubblica amministrazione. La presa di coscienza del ruolo del cittadino, la tensione verso una maggiore soddisfazione dello stesso hanno consentito di intraprendere un viaggio importante che vede il miglioramento continuo quale destinazione finale. Si è trattato, e si tratta ancora, di un percorso lungo non scevro di difficoltà ed ostacoli ma che consente, se affrontato con fermezza e costanza, di raggiungere importanti traguardi.

Gli interventi legislativi succedutisi[1] hanno sostenuto certamente tale processo, tuttavia, la moltitudine dei fattori coinvolti ha dimostrato come sia possibile ottenere risultati diversi dall'applicazione della medesima norma in contesti simili. Per ottenere risultati tangibili è indispensabile coinvolgere gli elementi intangibili dell'organizzazione, primo fra tutti, l'approccio culturale delle risorse umane. L'ascolto, la cortesia, le capacità relazionali e la tempestività costituiscono i primi elementi che il cittadino valuta e che assume come base per misurare la qualità dell'output

[1] Si ricordi, tra le altre, la Direttiva del Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione, "Per una Pubblica Amministrazione di Qualità", emanata il 19 dicembre 2006.

Maria Michela Spadavecchia
Dipartimento Studi Aziendali e Giusprivatistici – Via Camillo Rosalba 53, 70124 Bari – Università degli Studi di Bari
Email: michelaspa@libero.it

ricevuto. Interiorizzare tale concetto ed applicarlo in sostituzione della cultura dell'adempimento, significa aver raggiunto la prima pietra miliare del percorso. Per raggiungere la meta è necessario, tuttavia, non perdersi nei miraggi di interventi sporadici e scoordinati, nel corso dei quali l'entusiasmo iniziale lascia il campo a risultati sostanzialmente fallimentari. Molto spesso i fallimenti inducono ad un atteggiamento scettico nei confronti dell'innovazione legata alla qualità con la conseguenza di riportare il tutto, ancora una volta, all'ambito dell'adempimento burocratico.

Se in passato la cultura burocratica è stata fondamentale per la costruzione di relazioni, tra Pubblica Amministrazione e cittadini, basandole sull'uguaglianza, sulla parità sgombrando il campo da ogni libera interpretazione di norme e procedure, nell'attuale contesto la richiesta di risposte personalizzate ai bisogni collettivi, induce necessariamente ad evolvere il concetto di adempimento formale verso quello di soluzioni consone e qualitativamente adeguate alle esigenze della collettività. La crescente domanda di servizi ed il ruolo da essi assunto quali indicatori del progresso economico di un paese rappresentano un ulteriore elemento di attenzione alla qualità.

Le evoluzioni demografiche, economiche e sociali che hanno indotto modificazioni quantitative e qualitative nella domanda di servizi; la diversificazione dei consumi; i notevoli sviluppi tecnologici che hanno provocato cambiamenti nella scala dei bisogni, sono stati tutti elementi propulsivi per lo sviluppo del ruolo socio-economico dei servizi (Cattaneo C., 2007). In particolare i servizi pubblici costituendo lo strumento tangibile per la realizzazione della mission della pubblica amministrazione - la soddisfazione dei bisogni collettivi ed individuali della comunità di riferimento - rappresentano l'oggetto delle politiche di rafforzamento e riqualificazione della gamma di prestazioni erogate. " *La natura sociale degli obiettivi è connaturale al servizio pubblico, la qualità dei servizi è direttamente responsabile della capacità di migliorare la vita degli individui, della stessa coesione sociale*" (Bruzzi S., 2007). In sostanza, si tenta di sostituire alla cultura meccanicistica dell'erogazione, la cultura della qualità.

L'obiettivo non è dei più semplici, soprattutto considerando che la valutazione dei servizi prescinde da elementi esclusivamente quantitativi, identificandosi spesso con l'impatto che gli stessi hanno sulla qualità della vita della collettività. Tale osservazione accresce la complessità di analisi e di misurazione della qualità, concetto che applicato ai servizi abbandona la logica economica secondo la quale le caratteristiche intrinseche del bene ed il livello di conformità ad una specifica, consentono di valutarne la qualità in maniera oggettiva. Analizzare e misurare la qualità del servizio pubblico significa intraprendere un percorso complesso ed articolato fortemente influenzato dalla percezione e, dunque, dal rapporto tra aspettative e bisogni, tra sacrificio sopportato ed utilità che ci si attende di ricevere.

Al fine di ridurre il peso della soggettività nella valutazione della qualità, le amministrazioni pubbliche scelgono, sempre più spesso, l'approccio strategico, organizzativo e gestionale tipico delle aziende private. Al pari di quanto accade in ambito privato, vengono messi in discussione i modelli organizzativi e gestionali, questo, a differenza del contesto privato, rappresenta per le amministrazioni pubbliche un notevole cambiamento culturale considerata la "rigidità" dei meccanismi burocratici che ne regolano il funzionamento. Diverse sono le metodologie utilizzate a tal fine: dallo sviluppo interno di specifici percorsi di riordino organizzativo e gestionale, all'applicazione di soluzioni già consolidate in altri contesti, dall'avvio di progetti pilota al trasferimento di best practices.

Il perseguimento della qualità e del miglioramento continuo rappresentano obiettivi largamente condivisi e anelati nell'ambito dei servizi pubblici, tuttavia risulta ancora ardua l'illustrazione dell'attuale stato dell'arte in merito all'applicazione di metodi e tecniche improntati ai principi della qualità totale.

Ad accrescere la complessità del panorama così delineato, si aggiunga poi la presenza di alcuni fattori specifici determinanti la qualità del servizio che variano al variare del soggetto erogatore: un'amministrazione centrale, locale, un'università o una struttura sanitaria.

2 – La qualità in Sanità

In ambito sanitario il concetto di qualità viene istintivamente associato a quello di "qualità della vita" intesa non soltanto come assenza di patologie, ma quale pieno benessere fisico, psicologico e sociale (Ricci P., 2002).

Tale immagine rivela agli individui la percezione del livello di soddisfazione dei propri bisogni, del grado di tutela garantitoli, inteso sia come cura in particolari momenti della vita, sia come preventiva rimozione di ostacoli e pericoli al raggiungimento della propria realizzazione e del proprio benessere. Questo principio rappresenta il frutto dell'evoluzione sociale, storica, e legislativa avvenuta nei diversi contesti nazionali, giunti alla realizzazione del welfare state con percorsi e tempistiche diverse. In Italia la creazione del Sistema Sanitario Nazionale[2] sancisce il definitivo passaggio da forme di assistenza di tipo benefico ad un'organizzazione strutturata, basata sull'uguaglianza dei cittadini in termini di diritti e prestazioni e sulla tutela della salute intesa come prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria. Dal punto di vista organizzativo la legge 833/78 effettua una prima ri-

[2] Legge 833 del 30/12/1978.

partizione funzionale tra Stato e Regioni, assegnando a queste ultime la disciplina normativa in tema di autorizzazioni e vigilanza sulle strutture sanitarie private mediante l'istituzione delle UU.SS.LL veri ponti operativi tra realtà locali e ministero (Bernabei P., 1981, Canaletti F., 1983).

Tuttavia tali Unità Sanitarie Locali rimangono prive di autonomia gestionale per lungo tempo, solo nel 1992[3] si assiste ad una profonda modifica del SSN mediante un ulteriore decentramento regionale e l'introduzione dei sistemi di gestione aziendale all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. L'obiettivo della riforma è ottimizzare e razionalizzare l'utilizzo delle risorse[4] destinate al Servizio sanitario, migliorandone l'efficienza al fine di poter garantire ai cittadini libera accessibilità, gratuità ed equità del servizio. Inoltre, viene confermata l'importanza della programmazione portandola su due livelli di intervento, uno nazionale con il Piano sanitario nazionale e una regionale con i Piani sanitari regionali. Il primo di durata triennale contiene, tra le altre, indicazioni sulle aree prioritarie di intervento per una progressiva riduzione delle "disuguaglianze sanitarie" presenti sul territorio nazionale; sui livelli uniformi di assistenza sanitaria[5] con la specifica delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini in funzione delle risorse a disposizione; gli indicatori e le misure per il confronto tra i livelli di assistenza previsti e quelli assicurati. Il secondo, in riferimento agli obiettivi del piano nazionale, definisce la strategia regionale in un ottica di efficacia nei confronti dei cittadini residenti nel territorio. La portata innovativa della riforma risiede, soprattutto, nell'introduzione di due aspetti importanti: la creazione di un regime concorrenziale tra strutture sanitarie pubbliche e private e l'introduzione del concetto di accreditamento. L'obiettivo, cioè, è disporre di una serie di attori, sia pubblici che privati, in grado di erogare prestazioni sanitarie al fine di accrescere il livello di efficienza lasciando ai cittadini piena libertà di scelta. In tale contesto la rilevanza del concetto di qualità è diventata preponderante e diversi sono stati gli interventi del legislatore in proposito. La tabella 1 mostra un breve excursus normativo che nel corso dell'ultimo decennio del secolo scorso ha disciplinato la materia sanitaria dando particolare rilievo al sistema qualità. In sostanza, si è assistito all'introduzione di:

- strumenti e metodi per la verifica della qualità delle prestazioni mediante indicatori di efficienza e qualità;
- definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per lo svolgimento di attività sanitarie;
- regolamentazione dei contenuti e delle modalità di utilizzo degli indicatori;
- approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio in relazione alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza;
- aggiornamento delle norme relative alle autorizzazioni, all'accreditamento, agli accordi contrattuali.

Approfondendo la digressione normativa testé evidenziata, si evince che la qualità in sanità *"più che essere un preciso contenuto, ben definibile, è prevalentemente una concettualizzazione che assume differenti definizioni in relazione ai diversi contesti operativi:*

- *qualità strutturale ed organizzativa;*
- *qualità di processo;*
- *qualità di servizio/prestazione;*
- *qualità percepita dal paziente/cliente;*
- *qualità di outcome."* (Saita M.,2002).

La qualità strutturale ed organizzativa fa riferimento alle dimensioni, alle caratteristiche ed agli assetti delle strutture sanitarie.

È rilevabile attraverso appositi indicatori quali ad esempio: l'ampiezza delle camere, il numero dei posti letto per camera, la superficie occupata dai servizi, l'adeguatezza dimensionale ed impiantistica delle sale operatorie, di quelle di rianimazione, ecc. La qualità di processo riguarda i processi produttivi realizzati e, pertanto, si riflette nel sistema di qualità implementato all'interno della struttura. Un indicatore è sicuramente rappresentato dalla certificazione di tutte o alcune attività svolte nella struttura sanitaria: dai servizi di laboratorio a quelli di ricovero, dalle attività dei vari reparti al sistema informativo, dalle gestione dei rapporti con i pazienti al controllo di gestione. Per la rilevazione della qualità di servizio e/o prestazione sono stati individuati numerosi indicatori sia dalla normativa nazionale che da quelle regionali.

---

[3] Legge 421 del 23/10/1992 e D.lgs. 502 del 30/12/1992.

[4] Il finanziamento del SSN avviene mediante risorse regionali quali Irap, addizionali Irpef, compartecipazione all'Iva, accise sulla benzina, altri trasferimenti dal settore pubblico (comuni, province, regioni) e privato, nonché dai ticket versati dai cittadini; e risorse statali quali il Fondo Sanitario Nazionale annualmente alimentato da una quota stabilita dalla legge finanziaria e con la stessa cadenza temporale viene ripartito tra le varie regioni e province autonome in base a diversi indicatori quali ad esempio la consistenza delle quote capitarie, lo stato di conservazione delle strutture, ecc.

[5] Con il piano sanitario 1998/2000 essi vengono ridefiniti quali livelli di assistenza sanitaria che "definiscono le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute e il finanziamento a disposizione del Servizio sanitario nazionale (art.1 , c. 1, d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni)",www.ministerosalute.it.

Tabella1 - Breve excursus legislativo

LEGISLAZIONE NAZIONALE SULLA DISCIPLINA DELLA QUALITA' IN SANITA'		
30/12/1992	DLgs 502/92	Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
07/12/1993	DLgs 517/93	Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992,n.421
24/07/1995	D. M.	Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale
19/05/1995	D.P.R.	Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"
31/08/1995 (G.U.)	Linee guida n. 2/95	Attuazione della Carta dei servizi nel Servizio Sanitario nazionale
15/10/1996	D.M.	Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto dell'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie
14/01/1997	D.P.R.	Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.
30/11/1998	L. 419/98	Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN per l'adozione di un testo unico in materiadi organizzazione e funzionamento del SSN.Modifiche al Dlgs 502/92.
19/06/1999	Dlgs 229/99	Norme per la razionalizzazzione del SSN

Fonte: ns. elaborazione

Si tratta di indicatori semplici e complessi che spaziano dal "semplice" tasso di mortalità al numero medio di difetti qualitativi relativi ad un'intera attività quale può essere quella di prevenzione, di day hospital ecc[6] (Saita M., 2002). La qualità percepita dal paziente può essere definita come la differenza tra la qualità che egli attende di ricevere e la qualità che gli viene effettivamente erogata. La qualità attesa è, tuttavia, notevolmente influenzata dalla qualità relativa, ovvero dal confronto, o dal riferimento, alla qualità offerta dalle altre realtà operanti nello stesso settore.

Tale qualità viene misurata attraverso apposite indagini di customer satisfaction tramite le quali, l'azienda che eroga il servizio, viene a conoscenza delle opinioni e delle valutazioni dei pazienti sulle diverse prestazioni e le utilizza come dati rilevanti per l'attuazione di piani di miglioramento.

La qualità di outcome è di complessa determinazione in quanto esprime la valutazione dell'attività sanitaria in termini di salvaguardia della salute pubblica. L'outcome rappresenta l'impatto delle prestazioni (output) sulla salute del paziente nel lungo periodo, sulla qualità della sua vita. La sua misurazione, pertanto, necessita di rilevazioni ad intervalli di tempo lunghi, di un coinvolgimento totale del paziente e della sua percezione dell'effettivo ripristino o miglioramento della propria qualità di vita.

La rilevanza di tale dimensione della qualità, in termini macro, è notevole in quanto consente di valutare l'impatto dell'attività sanitaria in termini economici.

6 "*La differenza sostanziale riguarda l'utilizzo degli indicatori; infatti, l'indicatore semplice esprime una capacità segnaletica di una situazione più o meno critica a livello aziendale; al contrario, l'indicatore complesso consente di individuare in quale centro, in quale attività, in quale personale si evidenziano difetti qualitativi*" (Saita M., 2002: 113).

Migliore salute pubblica significa minore ricorso a prestazioni sanitarie specialistiche, minor numero di giornate lavorative perse dai pazienti, minor costo a carico degli enti previdenziali e minori costi del sistema sociale.

L'ampiezza del concetto di qualità in sanità è dunque notevole, tuttavia è considerevole notare come i sistemi sanitari dei paesi economicamente avanzati condividano gli stessi problemi e le stesse esigenze in tema di migliore efficacia dei servizi, diversificazione della domanda di salute, ottimizzazione delle risorse e attenzione al continuo aumento della spesa sanitaria. Non a caso, infatti, trova larga condivisione a livello internazionale, la definizione di qualità enunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ne identifica gli elementi inscindibili:

- la performance professionale
- l'uso efficiente delle risorse
- il management del rischio
- la soddisfazione del paziente.

È dunque evidente come si sia sviluppata, nei diversi contesti nazionali, la medesima consapevolezza della correlazione tra componente manageriale e componente clinica della qualità. In tale ottica l'accreditamento delle strutture sanitarie ha rappresentato nei diversi paesi il primo strumento di controllo e verifica di determinati requisiti per strutture ed operatori, nonché di garanzia di sicurezza, appropriatezza e tempestività di cura ed assistenza per i pazienti. L'accreditamento nasce negli Stati Uniti e in Canada agli inizi del secolo scorso quando gruppi di associazioni professionali e società scientifiche, mossi da una volontà di confronto tra professionisti volto al miglioramento, ne fecero uno strumento di garanzia e promozione della qualità. In Italia l'accreditamento rappresenta una procedura obbligatoria introdotta dal citato Dlgs.502/92 per tutte quelle strutture sanitarie che vogliano operare nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

Tale accreditamento, definito accreditamento istituzionale, ha come fine esplicito quello di ridurre i rischi connessi al contesto concorrenziale in ambito sanitario, garantendo il rispetto di "standard qualificativi minimi"[7], di una soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale viene escluso l'esercizio di ogni attività socio-sanitaria. Il suo aspetto dinamico garantisce, inoltre, la persistenza nel tempo dei requisiti richiesti mediante una verifica quinquennale delle strutture, nonché l'aggiornamento di "ulteriori requisiti" la cui determinazione viene demandata alle Regioni[8]. Inoltre, mentre per l'autorizzazione all'esercizio iniziale la legge prevede l'esistenza di specifici requisiti esclusivamente strutturali, nell'accreditamento successivo, relativo alla prosecuzione dell'attività, la stessa normativa definisce i criteri di qualità dei processi e dei risultati.

Le Regioni, hanno poi, il compito di disciplinare l'intera materia dell'accreditamento: le modalità di richiesta, la concessione, la revoca, gli accertamenti, rendere operativo, cioè, il sistema dei controlli.

Particolarmente rilevante risultano essere le definizioni sull'accreditamento, condivise dalla Regione Puglia[9], secondo le quali nel mondo si possono individuare due grandi tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie: per pubblica regolamentazione in Spagna e in Italia e professionale negli Usa, Canada, Australia King's Fund. In ambito nazionale il concetto di accreditamento risulta applicabile a quattro diversi contesti, così come mostrato dalla tabella 2.

La Puglia nel marzo 2003 ha emanato le linee guida per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della delega alle Regioni per l'introduzione dei criteri di verifica della qualità dei servizi.

In particolare viene prevista, per le aziende, l'elaborazione di un piano, almeno triennale, per il miglioramento continuo della qualità che specifichi gli obiettivi, le strategie, l'impegno della dirigenza e la destinazione di risorse per la sua realizzazione.

Ogni struttura organizzativa e professionale effettua o partecipa annualmente ad un progetto di valutazione e verifica di qualità adottando le metodologie proprie della Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) e del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), favorendo le attività periodiche di audit clinico, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori.

Si evince, dunque, come seppure con una certa inerzia rispetto alla legislazione nazionale (Dlgs. 229/1999), la Regione Puglia abbia provveduto ad adeguare la propria struttura normativa in maniera tale da rendere operativo lo sviluppo del sistema della qualità nella sanità pugliese.

3 – La qualità nel Sistema Sanitario Regionale pugliese

Nel dicembre 2001[10] la Regione Puglia ha adottato il primo Piano Sanitario con l'obiettivo di generare prestazioni efficaci, appropriate, efficienti e coordinate rispetto all'effettivo bisogno del cittadino al quale vengono riconosciuti più elevati standard di accoglienza e di relazione, di qualità professionali e di servizio.

[7] D.P.R. 14/01/1997

[8] Per la Regione Puglia L.R. n. 8 del 28/05/2004 e Regolamento Attuativo del 13/01/2005.

[9] Regione Puglia, 2003 (www.arespuglia.it)

[10] Piano Sanitario Regionale 2002-2004 costituisce parte integrante della Deliberazione di Giunta Regionale del 27/12/2001 n. 2087.

Tabella 2 – I diversi contesti dell'accreditamento

Contesto Decreto Legislativo 502/92 (art. 8) e successive modifiche e integrazioni: 'instaurazione di nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica e revisione della qualità delle attività e delle prestazioni....'. Compete alle Regioni l'introduzione di criteri di compatibilità delle strutture con il fabbisogno programmato, di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla autorizzazione all'esercizio (in base al possesso di requisiti minimi) sino alla concessione dell'accreditamento (in base al possesso di requisiti ulteriori). Questo modello di accreditamento è l'oggetto del presente documento.
Contesto accreditamento professionale. Attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria, secondo il modello dei paesi anglofoni, realizzato mediante visite scambievoli fra pari. Tale modalità di verifica della qualità deve integrarsi con l'accreditamento istituzionale. Il contributo dei professionisti al miglioramento della qualità delle prestazioni è fondamentale in relazione alle specifiche attività del processo assistenziale.
Contesto enti di certificazione. Gli enti per potersi proporre come verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO (certificazione di parte 3ª), debbono essere accreditati come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT).
Contesto accreditamento laboratori di prova. I laboratori che 'provano' materiali e tecnologie, secondo la normativa internazionale debbono essere accreditati a farlo. Si applicano ad essi le norme della serie EN ISO 45000.

Fonte: Regione Puglia, "Autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie. Linee guida", marzo 2003, pag. 84, www.arespuglia.it

La finalità del Piano ha riguardato la promozione e la valutazione della qualità dell'assistenza erogata, nonché la compartecipazione di utenti ed operatori al conseguimento degli obiettivi di salute.

Diversi sono i percorsi delineati dal Piano Sanitario in termini di miglioramento della qualità. Innanzi tutto, l'implementazione di iniziative volte al raggiungimento periodico di obiettivi di efficienza ed efficacia; la definizione di requisiti di qualità per l'accreditamento istituzionale di strutture e servizi; l'attivazione di forme di autovalutazione interna e di modalità di valutazione esterna; la determinazione di obiettivi di miglioramento di procedure amministrative e prestazioni sanitarie a garanzia di regolarità e snellimento delle attività, e al fine di attivare un governo clinico a prevenzione di errori e disagi.

Sul versante del coinvolgimento e della partecipazione di cittadini ed utenti il Piano ha previsto: lo sviluppo di un sistema di comunicazione bidirezionale tra sistema sanitario e cittadini, utilizzatori dei servizi e pazienti, nell'ottica della definizione di priorità negli interventi in base alle loro aspettative e preferenze; la partecipazione e la corresponsabilizzazione degli utenti alla valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi attraverso la rilevazione di indicatori relativi al rispetto dei diritti dei cittadini e le loro valutazioni nelle Conferenze di servizi.

Particolare rilievo è stato poi dato alla formazione degli operatori mediante: la previsione di processi formativi funzionali alle competenze richieste in termini di conseguimento di obiettivi specifici e settoriali di qualità; la realizzazione di modelli sperimentali per la formazione di nuove figure professionali; l'adozione di piani di comunicazione interna orientati su obiettivi trasversali come qualità, controllo di gestione, appropriatezza delle prestazioni.

Il 2004 ha rappresentato un momento importante nel percorso della sanità pugliese verso la qualità totale, infatti con L.R. n. 8 del 28 maggio 2004[11], la Regione Puglia ha definito i criteri per l'elaborazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale previsti dal Dlgs. 502/99.

Con tale legge "*la Regione garantisce, attraverso l'istituto dell'autorizzazione la realizzazione e l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria,attraverso quello dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché lo sviluppo sistematico e programmato del servizio sanitario regionale*"[12].

Viene definito il modello pugliese di accreditamento istituzionale sulla base della norma Iso

[11] Integrata con regolamento attuativo n.3 del 13/01/2005.

[12] L.R. n. 8 del 28 maggio 2004, art. 1

9001:2000 e delle Linee Guida 9004:2000 per la valutazione del miglioramento continuo.

Nel settembre 2008 il Consiglio Regionale approva il Piano sanitario 2008-2010[13] dedicando particolare attenzione al "governo del sistema" analizzato da diverse angolazioni: il governo clinico, il contenimento dei tempi di attesa, l'umanizzazione delle cure, la comunicazione, il management e le politiche del personale.

I concetti chiave del governo clinico, posti in evidenza dal Piano, sono rappresentati dalla responsabilità, dall'accountability e, ancora una volta, dal miglioramento continuo della qualità visto, in tale contesto, come l'orizzonte strategico verso il quale indirizzare le scelte e convogliare le risorse.

Esso diviene un elemento fondamentale nell'ambito della programmazione di ciascuna azienda sanitaria, da esplicitare basandolo sulle attività di verifica e sulle azioni correttive e, da concretizzare attraverso l'attivazione di una struttura di "Valutazione qualità e accreditamento" di supporto alle aziende nel processo di adeguamento ai requisiti previsti per l'accreditamento.

Lo sviluppo del modello di accreditamento viene inteso come uno strumento del sistema qualità, in quanto consente di garantire la standardizzazione dei processi e dei loro esiti all'interno della struttura sanitaria, nonché la sistematicità delle azioni mirate alla gestione del rischio clinico[14].

All'interno del processo di accreditamento istituzionale è inoltre possibile definire un approccio sistemico rispetto alle politiche di contenimento dei tempi d'attesa e di razionalizzazione dei servizi e dell'offerta delle prestazioni. A tale proposito è stato costituito un gruppo di lavoro regionale[15] che partendo dalla rilevazione dei tempi d'attesa ha elaborato ipotesi e soluzioni operative al fine di migliorare gli effetti di un problema comune a tutti i Paesi dotati di un Sistema sanitario con un accesso universale alle prestazioni. I primi risultai resi noti vengono sintetizzati nella tabella 3. L'ottimizzazione dei tempi d'attesa costituisce un ulteriore tassello di quel grande mosaico che è il processo di miglioramento continuo dell'intero sistema, e che ben si armonizza con una nuova cultura organizzativa ed operativa volta alla centralità dell'individuo, sia nel ruolo di paziente sia in quello di personale sanitario. L'esigenza di umanizzazione del sistema delle cure, infatti, è sentito da entrambe le parti: i pazienti vogliono potersi orientare all'interno di una struttura, sentirsi accolti, informati, consapevoli del proprio percorso terapeutico; gli operatori necessitano di riconoscimento individuale, di valorizzazione e di una complessiva ottimizzazione del contesto lavorativo.

La motivazione, l'impegno e la dedizione del personale incidono notevolmente sulla qualità delle prestazioni di un settore, quale quello sanitario, in cui la componente umana è in grado di fare la differenza.

L'elevato livello di complessità operativa e strategica che connota il sistema sanitario rende arduo il raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia qualora fosse presente un deficit comunicativo.

La promozione del dialogo e del riconoscimento reciproco dei ruoli da parte dei vertici aziendali verso i collaboratori e all'interno delle strutture e dei reparti, rappresenta un ulteriore elemento cardine del sistema qualità. A completamento del "governo del sistema" il Piano Sanitario Regionale pone in essere attività e strumenti per la partecipazione dei cittadini al miglioramento del servizio sanitario attraverso l'attivazione in ogni azienda sanitaria di metodi strutturati di valutazione dei servizi erogati, ponendo particolare attenzione all'esame dei reclami pervenuti, e alla realizzazione della Carta dei Servizi[16].

4 – L'approccio alla qualità nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari[17]

Una delle più grandi realtà pugliesi in ambito sanitario-ospedaliero, è rappresentata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Il Policlinico di Bari nasce nel 1936 con l'obiettivo di dotare la città, ponte con l'oriente, di una adeguata struttura ospedaliera collegata all'Università, già presente nella realtà cittadina, ma bisognosa di consolidamento strutturale e cattedratico.

Utilizzato come deposito di attrezzi bellici durante il secondo conflitto mondiale, il Policlinico vide la sua crescita nel dopoguerra, accompagnato dal riassesto generale della città fortemente indebolita dagli eventi storici.

[13] L.R. n. 23 del 19/09/2008

[14] Il rischio clinico rappresenta una delle accezioni di risk management, essendo sostanzialmente riferito ai pazienti ed agli assistiti. Le altre accezioni riguardano il rischio ambientale, la tutela dei lavoratori ed il rischio economico.

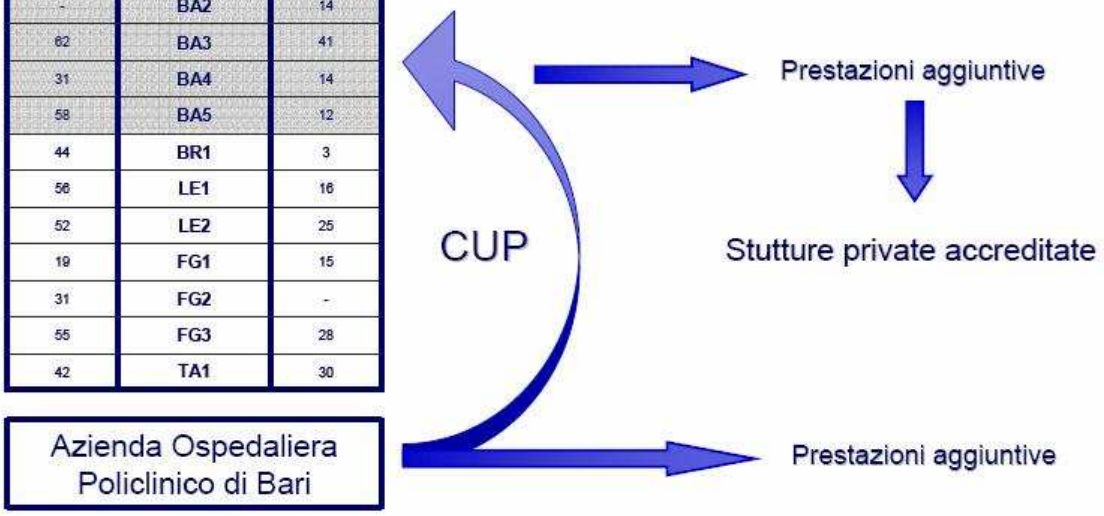
[15] Il Gruppo Regionale sui Tempi di Attesa è stato costituito alla fine del 2005, su indirizzo del Presidente della Giunta Regionale e dell'Assessore alle Politiche della Salute. (www.regione.puglia.it)

[16] Tra il 2004 e 2005 tutte le aziende sanitarie pugliesi hanno provveduto a deliberare la costituzione del Comitato Misto Consultivo Aziendale al fine di consentire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei processi di umanizzazione e miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza.

[17] Per i dati forniti si ringrazia il dott. E. Attolini e tutto lo staff del l'Ufficio Qualità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Tabella 3 – La razionalizzazione dei tempi d'attesa

TDA inizio 2006	Visita Cardiologica	TDA Inizio 2007
69	BAT1	29
-	BA2	14
62	BA3	41
31	BA4	14
58	BA5	12
44	BR1	3
56	LE1	16
52	LE2	25
19	FG1	15
31	FG2	-
55	FG3	28
42	TA1	30



Fonte: www.regione.puglia.it

Divenne dapprima Ente Ospedaliero e dal 1996 Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari e dal 2005 comprende anche l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII.

Tra i diversi obiettivi di rinnovamento che l'Azienda si è posta, particolare rilievo riveste il "*miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie offerte, consolidando altresì il proprio ruolo nella rete dei servizi della città e del territorio pugliese*"[18].

Nel luglio del 1996[19], infatti, l'Azienda ha attivato l'Ufficio Qualità anticipando quanto stabilito dal DPR n. 37/97 che affida alla Direzione "*..la responsabilità della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione ed il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni*".

La norma individua a tal fine proprio l'attivazione di una struttura organizzativa di presidio alle attività di valutazione e miglioramento della qualità, struttura che nell'Azienda Ospedaliera Policlinico, prevede un organizzazione a cascata, per cui le strategie aziendali definite dalla Direzione Generale sono tradotte in obiettivi concreti sulla base delle informazioni raccolte e delle indicazioni formulate dalla stessa Direzione Generale e dagli Uffici di staff, cui afferiscono l'Ufficio del Controllo di Gestione, l'Ufficio Statistico-Epidemiologico, l'URP e l'Ufficio Qualità.

Questi ultimi due si avvalgono del contributo del Comitato Misto Azienda-Associazioni dei cittadini, in particolare per la revisione della Carta dei Servizi e per la raccolta degli indicatori di qualità.

Attualmente presso l'Azienda sono regolarmente accreditate 31 Associazioni, che garantiscono la propria collaborazione non solo per le finalità statutarie loro proprie, ma anche per la definizione delle politiche aziendali sulla qualità dei servizi. Nel modello organizzativo del miglioramento continuo della qualità (MCQ), inoltre, l'Ufficio Qualità ha attivato una rete di referenti per ciascuna unità operativa (U.O.) amministrativa e sanitaria, attualmente rappresentata da 233 tra dirigenti ed operatori di comparto distribuiti nelle 106 unità operative aziendali, a cui è stata attribuita una specifica posizione di responsabilità, con l'obiettivo di costituire una diffusa rete di Circoli della Qualità, aperti alla partecipazione di associazioni di volontariato di settore. L'Ufficio Qualità si è preoccupato, in prima istanza, di creare un cluster di indicatori di efficienza e di qualità dei servizi erogati partendo dall'Analisi Partecipata della Qualità (APQ).

[18] www.policlinico.ba.it

[19] Aquilino A. (Atti interni Ufficio Qualità Policlinico di Bari) "Il Manuale della Qualità nel Processo di Accreditamento Istituzionale", Ufficio Qualità

Nel 1997, infatti, l'Azienda è stata pioniera nel Mezzogiorno per la realizzazione del progetto di APQ, una metodologia di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi effettuata mediante la partecipazione sia di esponenti del settore sanitario, sia di comuni cittadini, che consente di perseguire obiettivi strategici sociali e gestionali.

La partecipazione diretta dei destinatari del servizio ha consentito di conoscere le loro impressioni, le loro aspettative, tutte informazioni necessarie per orientare le scelte gestionali.

Inoltre, il confronto tra cittadini/utenti ed esperti del settore ha attribuito all'intera analisi un forte connotato di trasparenza nelle fasi di valutazione della qualità dei servizi erogati.

In particolare l'APQ ha analizzato la qualità indagando all'interno di tre macro aree d'interesse: la qualità tecnica, la dimensione interpersonale ed il comfort.

La qualità tecnica ha riguardato il funzionamento delle attrezzature, l'accessibilità dei servizi, l'organizzazione e la soddisfazione professionale degli operatori.

Attraverso la dimensione interpersonale sono stati analizzati i rapporti tra utenti ed operatori del servizio, l'identificazione del personale, la disponibilità delle informazioni, il livello di circolazione delle stesse per l'accesso ai servizi.

Infine, tutto quel che ha riguardato igiene, servizi annessi alle strutture sanitarie e logistica di accesso ai servizi, è rientrato nella macro area comfort.

Gli strumenti utilizzati per l'analisi sono stati, essenzialmente, questionari somministrati a degenti, utenti, operatori, personale amministrativo e griglie di osservazione istantanea e periodica.

Al fine di tradurre la qualità in quantità, le informazioni raccolte e statisticamente trattate, hanno permesso di effettuare una valutazione sintetica dei risultati attraverso la costruzione di indici.

L'elaborazione dei dati è stata effettuata in modo da attribuire un "peso" alle tre componenti della qualità della struttura sanitaria.

Tali pesi sono stati utilizzati per generare indici intermedi, generali e sintetici utili soprattutto per un monitoraggio periodico all'interno della struttura.

Nello specifico la raccolta dei dati è stata effettuata attraverso l'osservazione diretta nel complesso ospedaliero ed in un campione di luoghi rappresentativo dell'intera struttura, che ha incluso 24 reparti e 24 ambulatori dell'Azienda, selezionati casualmente.

Inoltre, sono stati intervistati 193 operatori sanitari di diverse qualifiche e ruoli, 30 amministrativi, 172 ricoverati e 175 utenti degli ambulatori.

Per l'applicazione dell'APQ si è svolto un corso di formazione, tenuto da docenti di Laboratorio di scienze della cittadinanza, al quale hanno partecipato 40 tra operatori dell'Azienda e rappresentanti delle Associazioni di Volontariato.

Al termine del corso è stato costituito il gruppo operativo che ha diretto le operazioni di raccolta dei dati, composto da 26 elementi selezionati tra i partecipanti al corso (18 operatori e 8 rappresentanti delle Associazioni o della cittadinanza attiva).

Il gruppo operativo dell'APQ ha operato in stretto collegamento con la Direzione Generale e si è avvalso della collaborazione di operatori dell'azienda e di cittadini volontari, interessati al miglioramento della qualità.

Con questa procedura è stato possibile misurare circa 210 indicatori relativi alla qualità dei reparti e circa 115 degli ambulatori, la cui elaborazione ha consentito di produrre un rapporto, contenente valutazioni, raccomandazioni e conclusioni rivelatesi utili al fine di orientare le politiche generali della Direzione e delle singole Unità operative (U.O.) verso progetti di miglioramento della qualità.

Le tabelle 4 e 5 mostrano lo schema dell'intero processo di APQ realizzato in una azienda sanitaria e i risultai sintetici dell'APQ svoltasi nel Policlinico.

L'Azienda Ospedaliera Policlinico ha puntato, da subito, ad incentivare e rafforzare la collaborazione con i cittadini attivando, nell'ottobre 1996, un Comitato Consultivo Misto composto da rappresentanti interni all'azienda[20] e dalle associazioni di volontariato e di tutela degli utenti accreditate presso l'azienda.

Il Comitato viene convocato con frequenza trimestrale per l'illustrazione degli obiettivi e delle strategie di miglioramento della qualità delle prestazioni e per l'ascolto delle esigenze di cittadini ed utenti, collegialmente esposte dalle associazioni.

Tale Comitato ha individuato tra gli obiettivi da perseguire il miglioramento dell'accesso ai servizi offerti dal Policlinico, il controllo di qualità e le modalità di collaborazione tra associazioni ed azienda.

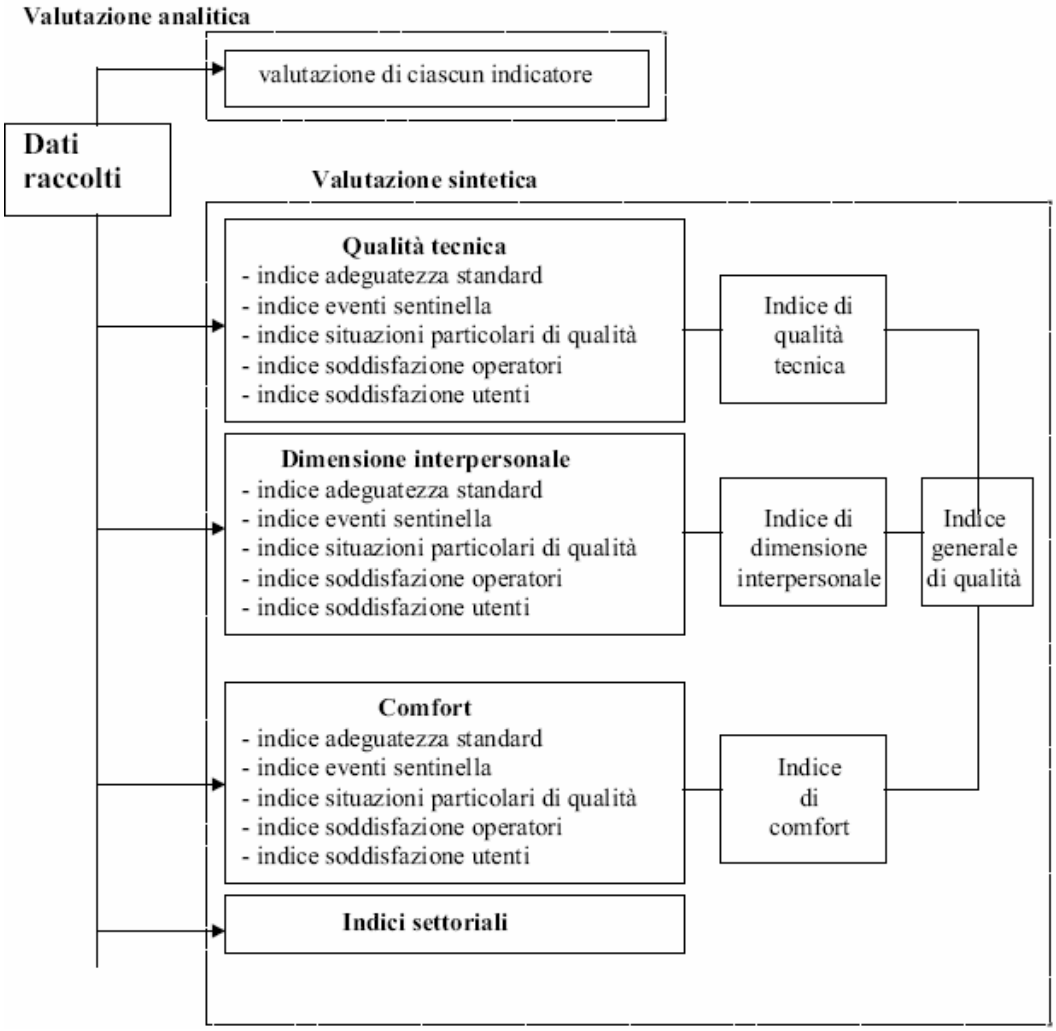
Sono sorte, così, tre commissioni di lavoro la cui produzione è stata inserita nella Carta dei Servizi dell'azienda Ospedaliera ed è stata oggetto di discussione alla prima Conferenza dei Servizi svoltasi nel 1997.

Particolare attenzione, nel percorso verso la qualità, è stata rivolta al processo di umanizzazione della struttura alla "cura" dei dipendenti promuovendo la comunicazione tra il personale e la struttura, favorendo il processo di adattamento ad un contesto lavorativo in continua evoluzione, creando una rete fra le Unità Operative e costruendo un senso di appartenenza aziendale.

---

[20] Il Comitato Consultivo Misto è presieduto dal Direttore Generale dell'azienda ed è composto, per la parte aziendale dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Dirigente Ufficio Qualità, Dirigente URP, da un esponente dell'Ufficio Servizio Sociale

Tabella 4 - Il processo dell'APQ



Fonte : www.apss.tn.it

Tale approccio si è rivelato particolarmente efficace quando l'Azienda Ospedaliera, nel 1999, ha deliberato tra i suoi obiettivi "l'attivazione del processo di adozione del Manuale della Qualità nelle Unità Operative sanitarie".

Tale obiettivo è stato legato al funzionamento di un sistema premiante e precisamente è stato ritenuto valido per la corresponsione del 35% del Fondo per la retribuzione di risultato. All'uopo, l'Ufficio Qualità ha organizzato un corso formativo ed informativo rivolto ai responsabili di progetto individuati dai responsabili delle unità operative. In totale 233 dipendenti hanno preso parte ad un grande gruppo esperienziale[21]che attraverso un approccio clinico di apprendimento e scambio di esperienze consce ed inconsce relative ai processi di comunicazione, cambiamento e sviluppi individuali e collettivi dei partecipanti, ha permesso di creare un clima favorevole per l'adozione del manuale della qualità in tutte le unità operative. A questa prima fase del corso di formazione ne è seguita una seconda concretizzatasi nello svolgimento di tre seminari finalizzati alla realizzazione di tre passaggi propedeutici all'adozione del manuale della qualità. In prima istanza si è provveduto all'acquisizione degli elementi teorici fondamentali relativi alle norme Iso, la conoscenza della norma Iso/Cd 9004:2000 e la sua applicazione in campo sanitario, l'acquisizione degli aspetti metodologici del manuale della Qualità e la presentazione delle esperienze aziendali già avviate. Il secondo aspetto ha puntato a rilevare e chiarire incomprensioni ed inesattezze createsi nelle fasi precedenti. Infine, c'è stata l'elaborazione dei manuali della qualità da parte dei responsabili di progetto previa verifica dei contenuti da parte dei Circoli della Qualità presenti nell'Azienda.

[21] Il metodo adottato dalla psicoterapista, dr.ssa L. Stocchi, è il Tavistock dell'Institute of Human Relations.

Tabella 5 – Sintesi dei risultati dell'APQ nel Policlinico di Bari

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO	Qualità Tecnica	Dimensione Interpersonale	Comfort	Totale
Indici di soddisfazione (0,10)				
Divisioni di degenza				
Operatori 92	6,9	6,5	5,0	6,1
Degenti 172	6,7	5,2	5,8	5,9
Servizi ambulatoriali				
Operatori 78	6,9	5,9	5,4	6,0
Utenti 175	4,6	5,9	4,2	4,9
Altri operatori 53	5,9	4,9	3,1	4,6
Totali Operatori 223	6,6	5,9	4,7	5,7
Degenti e utenti 347	5,7	5,5	5,0	5,4
Adeguatezza agli standard (-10,0)	- 3,6	- 4,5	- 4,6	- 4,3
Eventi sentinella (-10,0)	- 1,1	- 1,1	- 3,4	- 1,8
Situazioni particolari di qualità (0,10)	3,3		0,3	1,8
INDICI GENERALI	**6,9**	**6,5**	**5,4**	**6,3**

VARIABILI della QUALITA' TECNICA	Reparti	Ambulatori
Assistenza sanitaria	-2.1	
Disponibilità spazi	-2.7	
Organizzazione lavoro	-4	-2.5
Attrezzature e forniture	-3.6	-5.4
Accessibilità tecnica	-3.4	-4.6
Dimensione professionale	-4.4	-5.3
Ritardi e sprechi di tempo	-1.2	-1.6

VARIABILI della DIMENSIONE INTERPERSONALE	Reparti	Ambulatori
Informazioni sanitarie	-4.1	
Informazioni logistiche	-6.1	
Identificabilità personale	-2.8	-6.1
Accesso ai servizi	-5.1	-4.8
Rapporti operatori/cittadini	-0.4	-0.5

VARIABILI del COMFORT	Reparti	Ambulatori
Vitto	-4.8	
Condizioni logistiche di accesso ai servizi	-5.1	-4.8
Igiene	-4,4	-3,0
Alloggio	-2,9	-3,0
Riservatezza	-4,4	-3,5
Aree di socializzazione	-4,5	-5,1
Prenotazioni		-7,9

Fonte : Ufficio Qualità Azienda Ospedaliera Ospedale Policlinico Consorziale, 1997

La tabella 6 mostra i dati sintetici per la valutazione dell'intero progetto in termini di partecipazione e risultati conseguiti.

Attualmente i manuali della qualità sono oggetto di revisione ed adeguamento alla normativa regionale in materia di accreditamento.

Inoltre nell'ottica di una più ampia visione orientata alla certificazione di qualità, nel 2009 si è svolto un corso di formazione dal titolo "La qualità dell'assistenza sanitaria tra certificazione e accreditamento" volto alla realizzazione di un project work che ha coinvolto, oltre alle diverse unità operative aziendali, anche altre realtà regionali esterne al Policlinico. Il caso di studio illustrato consente di mostrare i risultati ottenibili dalla sperimentazione del percorso verso la qualità totale, e nella fattispecie, del processo di adozione del manuale della qualità in ambito sanitario. Infatti l'esperienza del Policlinico di Bari[22] ha consentito lo sviluppo di un clima favorevole alla collaborazione ed allo scambio di pratiche tra gli operatori, soprattutto grazie al rilievo attribuito ai processi formativi.

[22]Aquilino A., Stocchi L., Battista A., Palasciano G., (Atti interni Ufficio Qualità Policlinico di Bari)

Tabella 6 – L'adozione del manuale della qualità nelle U.O. del Policlinico

N° di Unità Operative aziendali	106
N° di Unità Operative sanitarie	89
N° di Responsabili di Progetto nominati	233
N° ore di attività formative realizzate (escluse le ore per attività di applicazione sul campo)	4.638
N° ore di attività/Responsabile di Progetto	20
% di frequenza ai Gruppi Esperienziali	93%
% di frequenza ai Seminari	85%
N° di Manuali della Qualità (I sezione) elaborati	104 *
N° di UU.OO. che hanno compilato verbali delle procedure	104 *
** Un Manuale della Qualità è stato elaborato dal Raggruppamento di Unità Operative (RUO) misto di Chirurgia che comprende tre UU.OO..*	

Fonte: Aquilino A., Stocchi L., Battista A.,Palasciano G., Valutazione del processo di adozione del Manuale della Qualità in tutte le Unità Operative sanitarie e amministrative dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Bari, Ufficio Qualità Azienda Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari

Si è assistito alla sensibilizzazione e alla responsabilizzazione degli operatori in relazione alla rilevanza dell'adozione del manuale della qualità quale elemento fondante del miglioramento dei processi organizzativi e dell'autovalutazione delle attività. Si è creta una rete di referenti aziendali per la qualità sia nelle unità sanitarie sia in quelle amministrative, ciò ha contribuito notevolmente all'attivazione e diffusione del lavoro di gruppo all'interno dell'azienda. Si è sviluppata la consapevolezza dell'effettiva praticabilità delle metodiche di Miglioramento Continuo della Qualità soprattutto grazie al ruolo notevole che in tal senso è stato svolto dall'Ufficio Qualità e dal suo riconoscimento capillare all'interno dell'azienda ospedaliera. L'attivazione concreta del Comitato Misto, la definizione e la periodica revisione della Carta dei Servizi e, non ultima, la misurazione degli indicatori di efficacia e di processo con l'APQ, hanno consentito la creazione ed il successivo consolidamento della partecipazione dei cittadini e del volontariato nelle attività aziendali di programmazione, controllo e valutazione. Naturalmente i risultati raggiunti, seppur ancora parziali rispetto all'obiettivo della piena realizzazione della Qualità Totale, rappresentano il frutto di anni di lavoro e di superamento di ostacoli e difficoltà. Come accade in ogni cambiamento, anche il percorso verso la qualità ha sviluppato e continua a sviluppare delle resistenze legate alla perdita della sicurezza derivante da prassi consolidate, al timore di perdere la propria identità professionale, al sentimento di minaccia del proprio ruolo. In questa fase "di passaggio" il ruolo delle risorse umane dell'azienda è di primaria importanza: la condivisione delle esperienze e dei problemi, il sostegno al cambiamento quale può essere quello che viene offerto da un gruppo esperienziale, come quello realizzato nell'azienda Policlinico, rappresentano degli sforzi notevoli di sovvertimento dell'obsoleta logica autoreferenziale.

Il confronto con i cittadini ed i pazienti rafforza la volontà di aprirsi alle esigenze della collettività di riferimento. La qualità totale non rappresenta un obiettivo dai connotati di stabilità ed immutabilità, è una finalità che muta le sue caratteristiche con il passare del tempo e con l'evolvere delle esigenze reali. Quello che qualche decennio fa' poteva considerarsi eccellenza in ambito sanitario, attualmente può apparire qualitativamente inferiore sia rispetto agli standard attesi dal paziente/cliente, sia a quelli definiti per legge. L'incipit normativo resta un sostegno notevole per le aziende sanitarie che hanno intrapreso il percorso verso la Qualità Totale, tuttavia, non mancano realtà in cui le esperienze sul campo, anche in forma pionieristica, hanno rappresentato il vero impulso per il cambiamento. Nel caso esaminato del Policlinico di Bari, in relazione al processo di qualità intrapreso dall'azienda, si sono illustrati i risultati ottenuti in

termini di output, è tuttavia ancora lunga la strada da percorrere per esprimersi in termini di outcome, di effetti durevoli, cioè, sul benessere individuale e collettivo.

Sarebbe semplicistico pensare ad una realtà in cui il raggiungimento degli obiettivi di qualità totale significherebbe massimi livelli di efficienza ed efficacia, soprattutto in un contesto quale quello sanitario in cui il trade off tra benessere collettivo e continua attenzione alle risorse tocca l'apice. È indubbio, tuttavia, che solo quando i risultati delle azioni intraprese vengono percepiti positivamente dalla collettività si è creato valore. È in tale ottica che le spinte normative insieme agli sforzi gestionali ed organizzativi intrapresi delle aziende del settore sanitario, possono produrre un cambiamento reale atto alla costruzione di valore pubblico.

References

Achard P.O, Fontana F., (a cura di) (1998), *Economia e direzione delle aziende sanitarie*, RIREA, Roma

Annesi Pessina E., Cantù E., (2000), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2000*, Milano, Egea

Anselmi L., Saita M., (a cura di) (2002), La politica della qualità e l'approccio al mercato, in *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Milano , Il Sole 24 Ore [81,113]

Aquilino A., (Atti interni), *Il Manuale della Qualità nel Processo di Accreditamento Istituzionale*, Ufficio Qualità Policlinicodi Bari

Aquilino A., Stocchi L., Battista A., Palasciano G., (Atti interni), *Valutazione del processo di adozione del Manuale della Qualità in tutte le Unità Operative sanitarie e amministrative dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Bari*, Ufficio Qualità Policlinico di Bari

Bernabei P. (1981), *L'Unità Sanitaria Locale*, NIS, Roma

Bruzzi S. (2007), La qualità ed il servizio pubblico, in Cattaneo C. (a cura di) *Le politiche per la qualità dei servizi pubblici*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Roma, Rubbettino, 64

Canaletti F. (1983), Le Unità Sanitarie Locali. Aspetti organizzativi e contabili, Cacucci, Bari

Cattaneo C. (a cura di, 2007), *Le politiche per la qualità dei servizi pubblici*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino, Roma

Decreto del Presidente della Repubblica 19 Maggio 1995, *Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari*

Decreto del Presidente della Repubblica 14 Gennaio 1997, n.37, *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private*

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n.517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992,n.421*

Decreto Legislativo 19 Giugno 1999, n.229, *Norme per la razionalizzazione del SSN*

Decreto Ministero Sanità 24 Luglio 1995, *Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale*

Decreto Ministero Sanità 15 Ottobre 1996, *Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto dell'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie*

Del Vecchio M.(2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Mecosan, n.33

Floreani A. (2005), *Introduzione al Risk management*, Etas Libri, Milano.

Galagano A. (1990), *La Qualità Totale*, Il Sole 24 Ore, Milano

Gale B.T. (1994), *Managing customer value: creating quality and service that customer can see*, Free Press, New York

Herzlinger R.E. (2007), Why innovation in Health care is so hard, *Harvard Business Review on Managing Health Care*, Harvard Business School Press, Boston

Legge 30 Novembre 1998, N.419, *Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN. Modifiche al Dlgs 502/92*

Levaggi R., Capri S. (2005), *La stima della produttività*, Franco Angeli, Milano

Ministero della Salute (2004), *Risk management in sanità. Il problema degli errori*, Roma

Ministero della Salute (2005), *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, Evento sentinella n.5*, Roma

Negro G. (1992*), Organizzare la qualità nei servizi*, Il Sole 24 Ore, Milano

Regione Puglia (2003) Autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie. Linee guida

Ricci P. (2002)**,** Sintesi dell'intervento del presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, Convegno *Migliorare la qualità dei servizi sanitari per migliorare la salute degli italiani*, Forum P.A. 2002 Roma

Saita M., Kainich F., Saracino P. (2002), *La pianificazione strategica e il controllo di gestione in sanità*, Il Sole 24 Ore, Milano

Zangrandi A. (1999), Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche, Giuffrè, Milano