QUALITÀ ED APPROCCIO ORGANIZZATIVO GLOBALE: Miglioramenti sui percorsi e partecipazione

di Franco Prandi, Paola Ballotari, Maria Ravelli (*)

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito allo scopo di fornire un servizio globale, ispirato alle necessità locali sia per gli aspetti di educazione e promozione della salute, sia per tutte le necessarie attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che il territorio richiede. Ciò si dovrebbe realizzare attraverso il funzionamento di una rete di unità sanitarie locali, alle quali, tuttavia, è spesso mancata un'identificazione chiara degli obiettivi ed un'adeguata articolazione delle attività per conseguirli.

Sotto il profilo strutturale, ogni unità locale del Servizio Sanitario Nazionale è articolata in servizi dotati di autonomia organizzativa che si occupano delle condizioni fisiche e psichiche dei cittadini, delle loro condizioni sociali, ambientali e dei contesti organizzativi interni. L'autonomia dei servizi ed il loro diverso orientamento (verso l'efficacia quelli più prettamente sanitari, verso l'efficienza quelli amministrativi) conferiscono all'USL una caratteristica di policentrismo del suo governo che accentua i problemi di funzionamento e quindi di risultati, così come appaiono al pubblico.

Molto spesso l'iniziativa del singolo costituisce il motore di un cambiamento che difficilmente pervade tutta l'organizzazione dell'Ente sanitario, teso a soddisfare esigenze talvolta contrastanti.

Per porre rimedio, almeno in parte, alle ataviche carenze e sfruttando gli spazi di manovra consentiti dai vincoli posti dalla programmazione a livello statale e regionale, l'Unità Sanitaria Locale nr. 9 di Reggio Emilia ha voluto affrontare la sfida di una rilettura del proprio atteggiamento verso i compiti istituzionali.

USL 9 di Reggio Emilia-Regione Emilia Romagna

Franco Prandi
(Sociologo resp. Progr. Qualità)

Paola Ballotari (Statistico Staff Progr. Qualità)

Maria Ravelli
(Ass. Soc. Coord. Staff Progr. Qualità)

Vincitore Golden Helix Award 1994 (selezione italiana) - Argento europeo 1994

Si tratta di un'Unità Sanitaria Locale della Regione Emilia Romagna il cui bacino d'utenza è di circa 180.000 abitanti, due terzi dei quali residenti nel capoluogo e le cui strutture sono comprensive di un Ospedale di circa 1.200 posti letto a rilevanza provinciale e di Servizi Specialistici e Territoriali distribuiti in alcuni distretti.

Le prestazioni sanitarie erogate dall'USL 9 sono riconosciute di elevato tenore qualitativo, testimoniato anche da un considerevole tasso di attrazione esercitato su USL limitrofe e di altre regioni italiane.

In tale contesto, la ricerca del miglioramento del Servizio all'Utenza ha spinto l'Amministrazione dell'USL ad attivare, nel corso del 1992, un progetto Qualità Totale (con la consulenza metodologica di IBM-SEMEA e la sponsorizzazione della Cassa di Risparmio di Reggio Emilia) generalizzato su tutto l'Ente ed incentrato sull'attenzione all'Utente-Cliente con i seguenti obiettivi:

- La qualità dei rapporti con il Cliente-Utente, in termini di soddisfazione dei suoi bisogni non solo sanitari, ma anche di accoglimento delle istanze umane: quindi non solo tecnica clinica dell'atto sanitario, ma anche assistenza e facilità di accesso ai servizi;
- La qualità dell'Organizzazione, in termini di efficienza della struttura e di efficacia delle operazioni.
- La qualità dell'Apporto Individuale, come impegno di ciascuno dei 3.000 operatori per realizzare sia la qualità dell'organizzazione, sia la qualità dei rapporti con l'utenza in una condizione di appartenenza e di soddisfazione del proprio lavoro.

2. LO STATO INIZIALE

Al momento dell'attivazione del Programma la USL 9 appariva come un'organizzazione già capace di offrire buone prestazioni sanitarie. Queste risultavano carenti, tuttavia, del necessario corredo organizzativo. Tale percezione è stata avvallata tra l'altro dalla testimonianza della stampa nazionale, che si è fatta portavoce dell'utenza evidenziando, poco tempo prima dell'inizio del programma, alcune caratteristiche dell'Ospedale Santa Maria Nuova da migliorare (ad esempio il Pronto Soccorso).

I pazienti a partire dall'ottobre '92, tramite la compilazione di un questionario, hanno denunciato soprattutto carenze imputabili alle caratteristiche organizzative.

I dipendenti dell'USL - risultato emerso da un'indagine conoscitiva - hanno rivelato una buona disponibilità a partecipare attivamente ad interventi di miglioramento, ma contemporaneamente la mancanza di stimoli a proporre idee in tal senso anche perché condizionati da un sistema burocratico che frena la partecipazione (o quantomeno vissuto come tale).

Sul versante dei processi operativi, da una prima analisi sul giudizio della cittadinanza riportato da una stampa locale, attenta e critica, si sono potuti evidenziare almeno due settori particolarmente critici: l'erogazione delle prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali e l'emergenza pronto soccorso.

Anche il giudizio dei dirigenti e dei primari, raccolto attraverso opportune interviste, ha concentrato le critiche sui due settori citati, pur mantenendo alta l'attenzione per tutti gli aspetti del settore ospedaliero. E' stato possibile proporre un progetto di Qualità Totale inteso come cammino che coinvolge tutta l'organizzazione, proiettato verso obiettivi non assoluti, continuamente ridefinibili e ridefiniti in una logica di sviluppo permanente. «Totale» quindi evidenzia non la qualità assoluta, forse impossibile, ma qualità come obiettivo di tutti e permanente.

3. IL PERCORSO DI LAVORO E LE AZIONI

Una iniziativa come questo Progetto

ORIENTAMENTO AL CLIENTE	PRODUTTIVITÀ	INNOVAZIONE
Comprensione del «mercato» - segmentaz.	Utilizzo delle risorse	
Continuità nell'assistenza	Valutazione comparata di alternative di servizio	tecnologie
Accessibilità	Autofinanziamento	professionalità
Tempi di attesa	Mobilità del personale	organizzazione
Compliance degli operatori	Utilizzo delle risorse strumentali - spazi - attrezzature	
Immagine		
Informazione		
Integrazione della struttura		
VRQ		
Standard di buona tecnica		
Programmazione del percorso		

Fig. 2 - Gli obiettivi aziendali

Qualità Totale non poteva essere calata dall'alto con una serie di prescrizioni e progetti già preconfezionati. Si è pertanto deciso di procedere lungo un percorso, iniziato nel dicembre 1992, che si è snodato attraverso 3 tappe:
1) Creazione delle condizioni di avvio: analisi di fattibilità, formazione del team di lavoro, ufficializzazione del programma.
2) Costruzione del modello organizzativo dei processi, quadro interpretativo e definizione dei processi nei quali intervenire in via prioritaria.
3) Avvio dei progetti di miglioramento e gestione del cambiamento.
Contestuale all'analisi ed alla progettazione è stato avviato un programma di formazione per sviluppare consapevolezza a livello di leadership e di tutti gli operatori e una «sperimentazione» su due processi (Accesso alle Prestazioni e Pronto Soccorso) per costruire e validare una metodologia operativa.
L'approccio metodologico di fondo, utilizzato per l'analisi dell'USL 9 è basato sulla «Metodologia per la semplificazione dei processi aziendali (metodo dei 6-step)» (Fig. 1).
La ricerca del miglioramento e le possibilità concrete di successo sono state ancorate ad un obiettivo strategico di «Leadership nell'offerta di servizi nel campo della cura, dell'offerta di prestazioni diagnostiche e specialistiche, della conoscenza e controllo dei fattori di rischio sanitario».
L'obiettivo strategico così definito colloca, anticipando in tal senso i processi di riforma del sistema sanitario, l'USL 9 nella logica di «mercato» (oltre la dimensione del monopolio) sia pure garantendo un'attenzione alla specificità dei servizi che essa è chiamata a garantire.
Come guida per il raggiungimento e il consolidamento dell'obiettivo strategico della «Leadership», sono stati condivisi dal Comitato Processi tre percorsi facilitatori definiti nell'orientamento al cliente, la produttività e l'innovazione (Fig. 2).

4. I RISULTATI

Il lavoro di analisi e di ricerca si è concretizzato in alcuni risultati che riportiamo in modo sintetico nei paragrafi successivi e che riguardano:
la «vista» sull'organizzazione;
i gruppi di miglioramento;
il coinvolgimento, la partecipazione, l'informazione.

4.1. La «vista» sull'organizzazione

4.1.1. Processi di USL e struttura organizzativa

Il primo passo è stato quello di ricostruire una diversa «immagine» dell'organizzazione e definire un sistema di gestione e sviluppo del Programma.
Sono stati individuati tutti i processi fondamentali dell'USL, organizzandoli in un modello interpretativo dell'organizzazione, in cui le attività sono collegate tra loro, hanno confini precisi ed operano utilizzando risorse umane, tecnologiche e metodi, al fine di raggiungere precisi risultati. Il processo in questo ambito è stato definito come «sequenza logica di azioni con finalità omogenee, riconducibili ai fini istituzionali, indipendenti e separabili dalle strutture organizzative e dalle relative responsabilità». Si sono individuati 9 processi fondamentali (5 sanitari e 4 di supporto) a sua volta scomposti in sottoprocessi (43) ma che possono essere ulteriormente analizzati in relazione alle esigenze di intervento e di miglioramento.
Il sistema dei Processi è stato affidato ad un Comitato manageriale denominato Comitato Processi (costituito da Responsabili di Servizio, Primari, Responsabili Amministrativi e presieduto dall'Amministratore Straordinario) che, mensilmente, si riunisce per monitorare il lavoro sui processi, attivare nuove iniziative, recepire i risultati delle analisi e decidere l'attuazione dei progetti migliorativi, in un'ottica di integrazione dei Processi (Fig. 3).

4.1.2. La definizione delle priorità

Ogni processo è stato messo in relazione con gli obiettivi dell'USL definiti dall'Amministrazione e condivisi

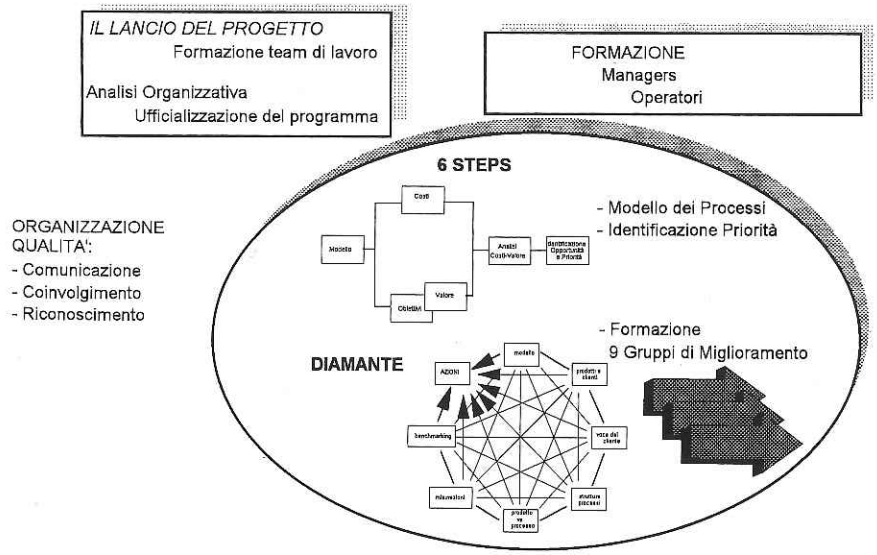
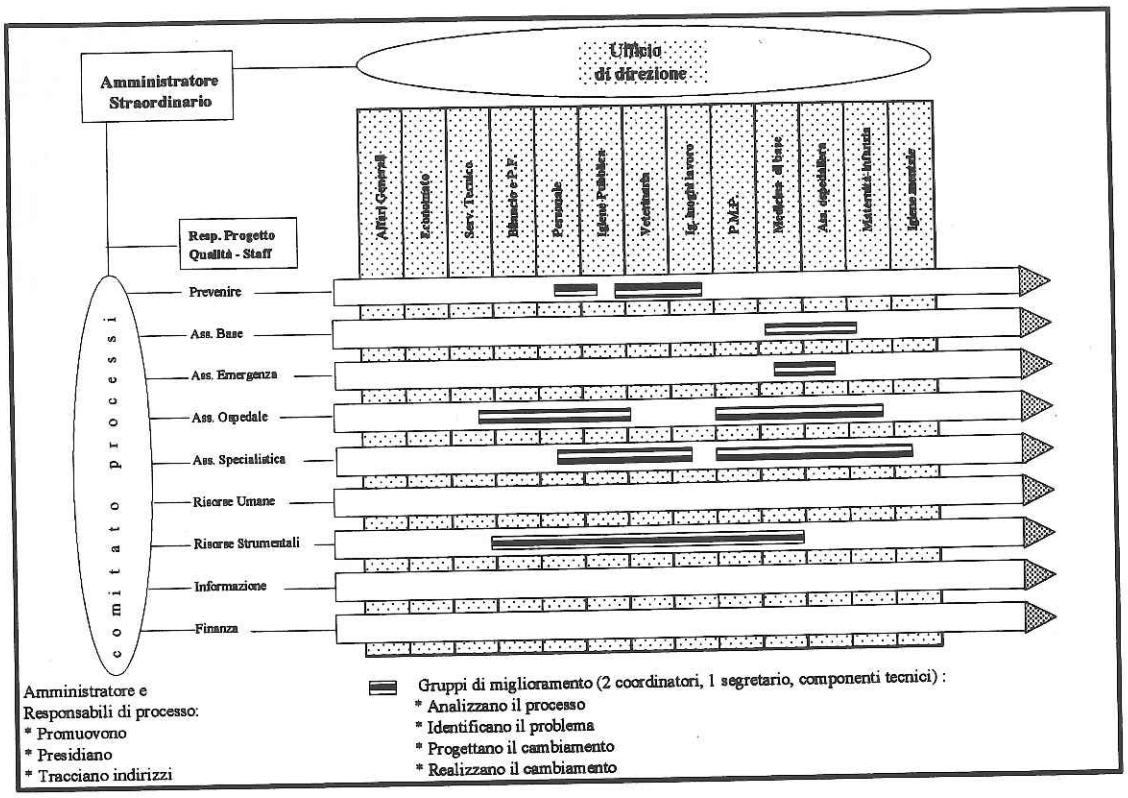


Fig. 1 - Il programma qualità dell'USL 9

Fig. 3 - Il nuovo impianto organizzativo



dal gruppo dirigente: Leadership nella fornitura di prestazioni sanitarie di diagnosi, cura, riabilitazione ed individuazione di fattori di rischio sanitario; produttività delle strutture, innovazione organizzativa, tecnologica, professionale, orientamento al cliente (cfr. fig. 2).

Mediante l'utilizzo della tecnica nota come Analytic Hierarchy Process si è potuto quantificare ed attribuire a ciascun processo un livello di contribuzione al raggiungimento degli obiettivi definiti.

Per raggiungere gli obiettivi i processi utilizzano risorse umane, strumentali, strutturali e spaziali. Inoltre, nel loro funzionamento, i processi ingenerano costi correlati con la mancanza di qualità, la realizzazione di attività errate, producendo insoddisfazione nell'utenza. Ciascuno dei processi affronta, in questo modo, determinati costi desumibili dalla contabilità analitica dell'USL.

Ne è derivato un quadro interpretativo in cui è possibile individuare i processi sui quali è necessario intervenire in via prioritaria: per alcuni alla ricerca di un contenimento dei costi, per altri allo scopo di migliorarne le prestazioni di orientamento al cliente (tempestività nella risposta, precisione e qualità dell'intervento, facilità di accesso) o di innovazione (Fig. 4).

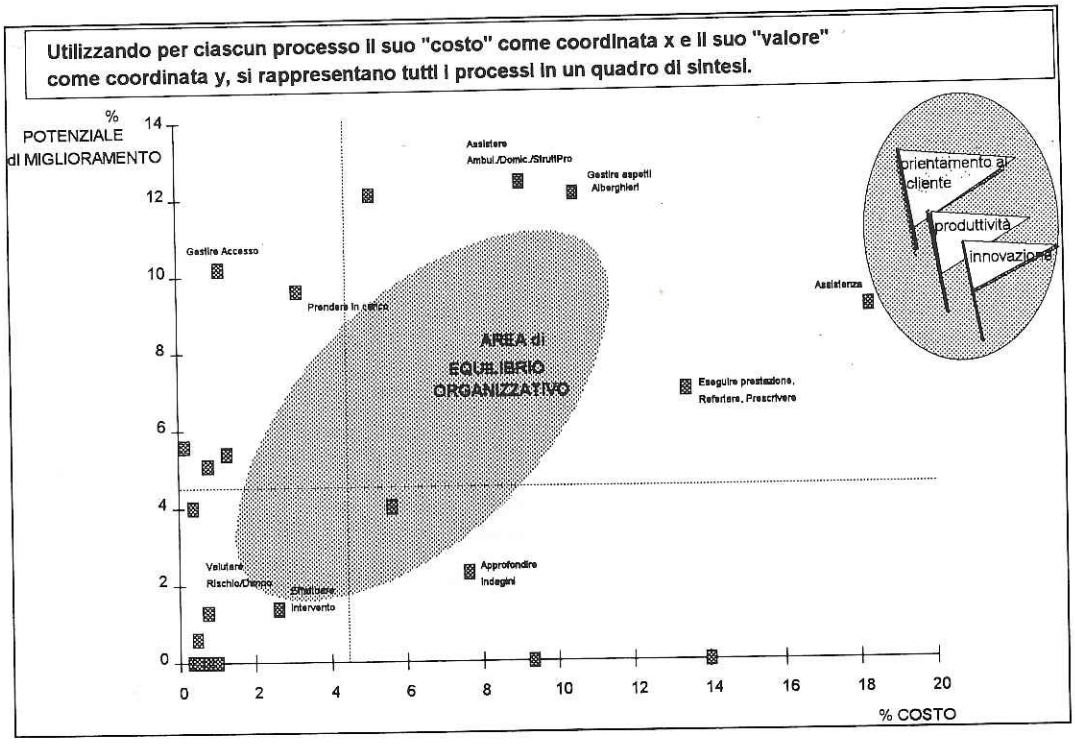


Fig. 4 - La matrice delle opportunità

GRUPPI DI MIGLIORAMENTO	GRUPPI DI PROGETTO
* orientato allo sviluppo organizzativo	* orientato al compito
* agisce processualmente ha un nucleo stabile nel tempo * aperto a contributi specifici secondo le esigenze	* autoreferenziato
* garantisce continuità di presidio	* chiude con l'esaurimento di un compito
* l'appartenenza al gruppo è basata sulla competenza e sulla «sintonia»	* è fondamentale la competenza «tecnica»
* presidia il processo in tutti i suoi aspetti	* è centrato esclusivamente sul compito
* è valutato sulle iniziative portate a termine	* valutato sulla «qualità» del progetto

Fig. 5 - Differenze tra il gruppo di miglioramento e il gruppo di progetto

4.2. I gruppi di miglioramento

4.2.1. Il modello dei gruppi di miglioramento e la loro organizzazione interna.

Sono pensati come «braccio operativo» formalizzato e presidiato dal Progetto Qualità Totale; concepiti come piccoli gruppi composti da personale operativo, volontario, orientato al miglioramento della qualità dei risultati, recuperano le potenzialità degli operatori valorizzandole, permettono un percorso di sviluppo personale continuo ed una visione complessiva dei processi organizzativi.

Il gruppo di miglioramento vive la sua esperienza come parte della vita organizzativa e del lavoro quotidiano, ha ambiti di lavoro definiti (sottoprocessi), realizza progetti di innovazione e sviluppo, controlla la «ricaduta» organizzativa (costi, comunicazione, coinvolgimento, formazione...) e produce cultura professionale ed organizzativa. In ciò è molto diverso dal tradizionale gruppo di progetto, potendo agire secondo la dimensione del miglioramento continuo, con ampia autonomia e su cose concrete continuamente misurabili nei risultati raggiunti (Fig. 5).

E' stato curato in modo approfondito l'avvio di tali gruppi ricercando per loro certezze organizzative interne nonché modalità di collegamento permanente con il sistema nel suo complesso (Fig. 6).

4.2.2. L'avvio dei gruppi di miglioramento

Su ciascuno dei processi individuati come priorità è stato attivato uno specifico gruppo di miglioramento costituito da 8-12 operatori volontari, appartenenti a Servizi diversi ed a diverse professionalità, il che conferisce ai gruppi di miglioramento un'innovativa connotazione trasversale (Fig. 7).

E' stata definita una modalità di lavoro interna (cfr. Fig. 6) con ruoli e responsabilità precise (sono stati individuati per ogni gruppo un coordinatore responsabile ed un co-responsabile). Il Comitato Processi ha fornito linee di indirizzo ed obiettivi di lavoro. I gruppi di miglioramento dopo un training formativo ai coordinatori, hanno iniziato a lavorare seguendo una metodologia di analisi e di lavoro vertente sui seguenti presupposti:

1. Il punto di riferimento fondamentale è il Cliente del Processo: Clienti sono tutte le diverse classi in cui si possono suddividere i Pazienti-Utenti in base alle loro esigenze o alle caratteristiche della domanda sanitaria che pongono, Clienti sono i colleghi o le strutture sanitarie della stessa USL che beneficiano di un determinato risultato prodotto dal processo considerato.
2. Per poter migliorare un processo occorre considerare attentamente non solo il Cliente ma l'associazione Cliente-Prodotto/Servizio di cui il

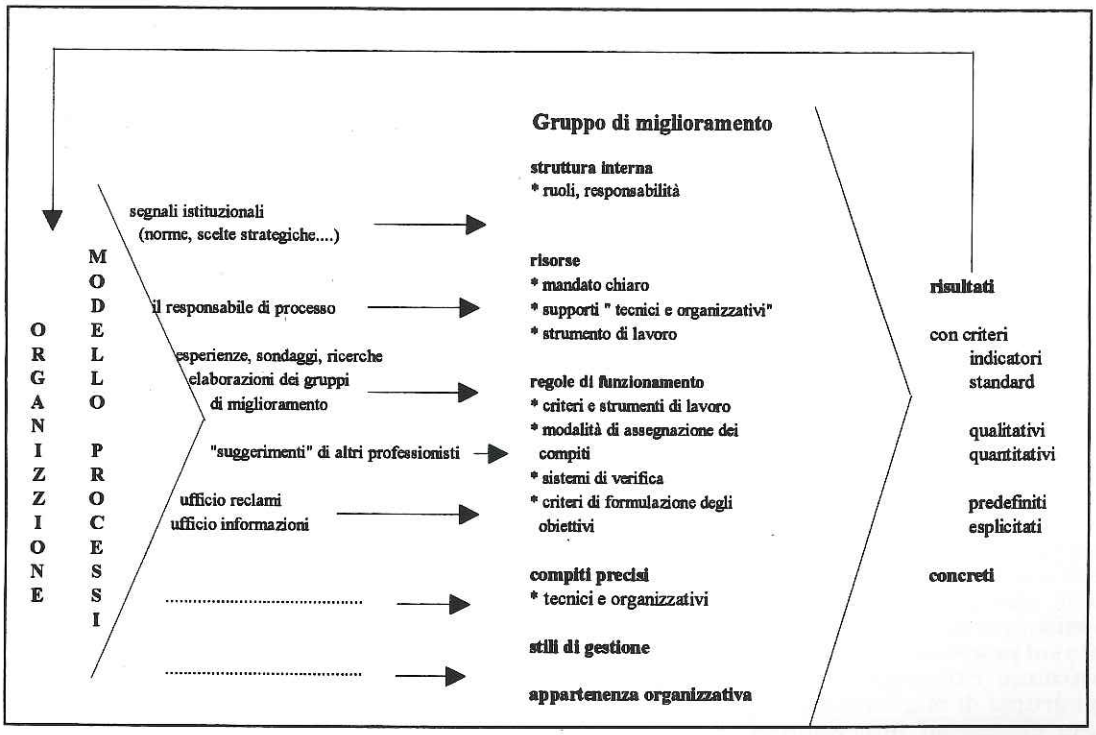


Fig. 6 - Il percorso di lavoro dei gruppi di miglioramento

PROCESSO	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO
Prevenire	Epidemiologia Profilassi malattie infettive
Fornire assistenza di base	Assistenza domiciliare
Fornire prestazioni diagnostiche e specialistiche	Prenotare i percorsi Erogazione delle prestazioni
Fornire assistenza ospedaliera	Predisporre professionalità Ristorazione ospedaliera
Prestare assistenza in emerg.	Accesso al Pronto Soccorso
Gestire le risorse strumentali	Strategie di acquisizione

Fig. 7 - Processi e relativi gruppi di miglioramento

cliente fruisce e che il Processo genera, come risultato.
3. Il Processo deve essere ricostruito, considerando tutte le sue componenti fondamentali: le attività che lo costituiscono, la loro tipologia, la logica che le collega, gli eventi e le condizioni che le innescano; la tecnologia a disposizione, le persone che intervengono, la loro competenza, il livello professionale.
4. Il cliente esprime delle aspettative rispetto al Prodotto o al Servizio, sia in modo diretto, sia attraverso le lamentele, i reclami, la ricerca di informazioni. Questi elementi caratterizzano gli attributi di qualità del Prodotto o del Servizio.
5. Gli attributi citati vengono realizzati da una catena di relazioni causa-effetto che si snoda lungo il processo.
6. La misurazione degli attributi di prodotto o servizio deve essere collegata alla misurazione dei parametri di processo. La misurazione ripetuta nel tempo consente di fissare dei riferimenti, di controllare l'evoluzione, di stabilire piani di miglioramento e gestirne il raggiungimento.
7. La misurazione consente di raffrontare i risultati ed il valore dei parametri di processo con le stesse grandezze misurate su altri processi simili. Ciò costituisce un'occasione di scambio di esperienze e di modalità di gestione del processo aiutandone il miglioramento.
8. Le analisi, le misurazioni, i reclami dei Clienti, i loro apprezzamenti devono produrre Azioni di miglioramento, progetti di intervento di qualsiasi portata, modificazioni minime o radicali nell'assetto del processo. La realizzazione di queste azioni, il concretizzarsi delle idee prodotte durante l'analisi è misurato in termini di miglioramento sul processo.
L'Amministratore Straordinario ha conferito ai gruppi di miglioramento un mandato diretto ad intervenire trasversalmente sull'organizzazione, realizzando analisi e progetti di trasformazione.

4.2.3. Esempi di lavoro dei gruppi di miglioramento

Dopo circa un anno di attività (da novembre '93) tutti i gruppi hanno presentato almeno un rapporto di lavoro al Comitato Processi con i risultati raggiunti.
I due esempi riportati di seguito sono stati realizzati da due gruppi di lavoro avviati alla fine del '92 con l'obiettivo di validare una metodologia di lavoro poi trasformatisi in gruppi di miglioramento che, avendo iniziato la loro attività in precedenza, hanno raggiunto alcuni risultati significativi ed abbondantemente operativi.

4.2.3.1. Accesso al pronto soccorso

Nel campo dell'accesso e gestione del Pronto Soccorso, si sono ottenuti significativi risultati così sintetizzabili:
a) Le modalità di accesso: ad ogni paziente che accede al Pronto Soccorso è assegnato un codice colore in relazione alla gravità del caso: rosso per l'emergenza, giallo per l'urgenza, verde per i problemi differibili e bianco per gli accessi impropri.
L'introduzione di un codice colore in funzione della gravità e la creazione di un primo accoglimento (triage) infermieristico funzionante nelle 24 ore ha permesso l'azzeramento delle attese per i casi gravi (emergenze ed urgenze) (Fig. 8). I corsi di formazione per infermieri e un confronto permanente tra il risultato del triage e la valutazione medica, assicurano la correttezza del processo, limitando casi di sottostima della gravità (Fig. 9, 10).
Un pannello luminoso informa i cittadini su quanto sta succedendo. I turni del personale sono stati riorganizzati in funzione del flusso orario di domanda. La struttura spaziale e logistica del reparto è stata ridefinita. Il tutto viene presidiato con misurazioni periodiche che permettono sia di evidenziare i miglioramenti che le criticità persistenti (soprattutto nei rapporti con altri settori organizzativi).
b) L'organizzazione dell'accoglienza: potendo avere nella stessa sede il coordinamento dell'assistenza extra ospedaliera (Centrale Operativa) e il Pronto Soccorso, è possibile l'allertamento già prima che il paziente arrivi in loco con l'assenza quindi di tempi di attesa intra-ospedalieri.
I tempi di accettazione del ricovero ospedaliero ordinario sono stati annullati attivando modalità di movimentazioni dei documenti mentre il cittadino va direttamente in reparto. Oltre agli indubbi vantaggi per il cittadino, si sono potuti ridurre i costi dell'affollamento nella sala d'aspetto del Pronto Soccorso. Sono state infine predisposte modalità di accesso dirette dal «triage» ad alcune specialità in funzione di protocolli predefiniti (Fig. 11).
c) Interventi diretti sul cliente-paziente: oltre l'informazione relativa al codice colore con schede e manifesti presenti nei locali di attesa, è stata curata l'accoglienza di quei pazienti ricoverati in urgenza, e quindi privi del necessario, con la messa a disposizione di un set di materiale personalizzato (pigiama, ciabatte, asciugamano, necessario per la toilette). E' inoltre in fase di studio la realizzazione di accorgimenti ambientali quali la collocazione di televisori a circuito chiuso per rendere più confortevole l'attesa.

Fig. 8 - Tempo d'attesa per la 1ª visita al Pronto Soccorso per codice colore

	CODICI DI GRAVITÀ			
(ora: minuti)	**media**	**rosso**	**giallo**	**verde**
1993	0:27	0:01	0:12	0:29
1994	0:21	0:00	0:05	0:23

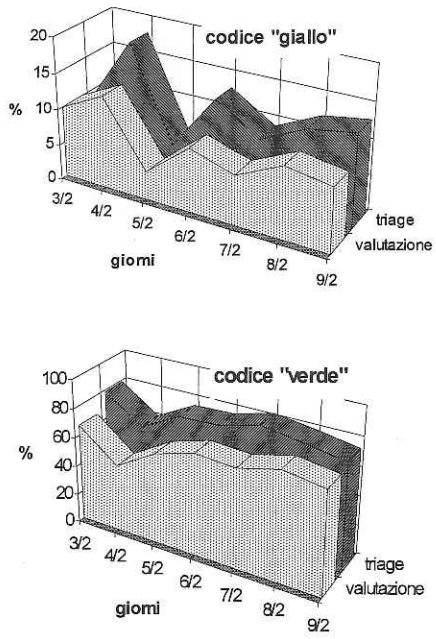


Fig. 9, 10 - Confronto nella settimana di rilevazione tra il triage infermieristico e la valutazione medica

d) La formazione: diversi progetti di formazione sia di tipo tecnico che sugli aspetti relazionali e del lavoro di équipe hanno coinvolto tutti gli operatori. Vengono effettuati corsi per volontari delle croci di Assistenza e per i medici di Medicina Generale come strumento di integrazione e qualificazione del lavoro.

e) Modifiche strutturali: si è predisposta la riunificazione dei locali dedicati all'emergenza-urgenza e l'avvio di un piccolo reparto di Medicina d'Urgenza (14 p.l.) per brevi degenze e con funzioni di filtro.

4.2.3.2. Prenotare i percorsi

Sul processo di erogazione delle Prestazioni Diagnostiche, che si snoda attraverso le fasi di richiesta del medico curante, prenotazione presso gli Uffici USL, pagamento della quota a carico dell'assistito (ticket), fruizione della prestazione, ritiro di un referto e ritorno dal medico di base per la diagnosi, sono state considerate tutte le occasioni di attesa in coda da parte del paziente misurandone l'entità mediante campionamenti e rilevazioni statistiche.

In base alle aspettative ed alle osservazioni dell'utenza, sono stati effettuati interventi organizzativi importanti (il decentramento delle sedi di prenotazione e la loro ridistribuzione in più punti del territorio, l'informatizzazione dell'attività, l'attivazione di modalità di prenotazioni telefoniche, dislocate in punti diversi, la diversificazione delle modalità di pagamento ticket, la centralizzazione della consegna referti e la loro spedizione a domicilio) che hanno consentito di facilitare il percorso degli utenti.

Gli indicatori di qualità evidenziano alcuni risultati significativi (Fig. 12):

a) Riduzione di quasi il 50% (da 25' a 12') di attesa per la prenotazione avendo introdotto il nomenclatore delle prestazioni e l'utilizzo di codici a barre per le prestazioni.

b) Creazione delle condizioni per l'effettuazione della prenotazione telefonica e la consegna a domicilio del referto tramite la «busta sanitaria» (con conseguente eliminazione dei tempi di attesa per due delle cinque tappe del processo).

c) Sono state introdotte casse automatiche accessibili 24 ore al giorno, mentre è allo studio la possibilità di pagamento presso sportelli bancari.

d) Da giugno 1994 sarà possibile la prenotazione con un sistema informatizzato in rete in 20 punti diversi dell'USL (attualmente il punto di pre-

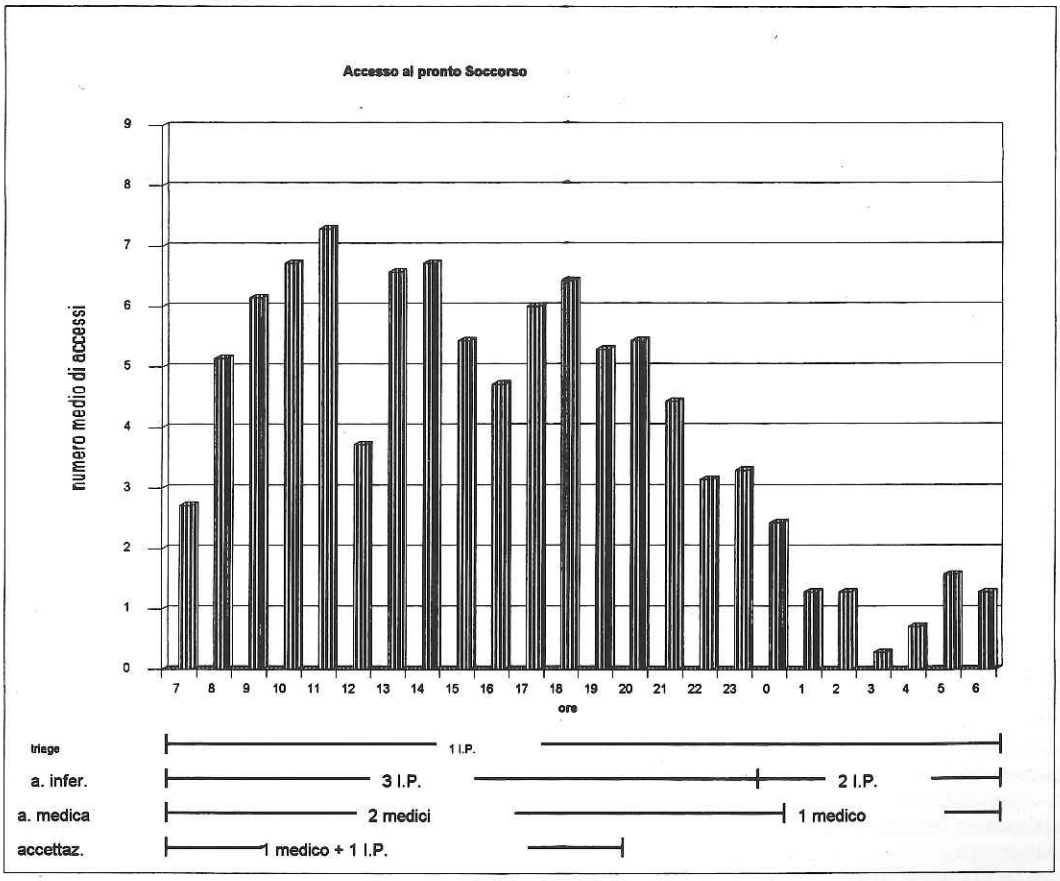


Fig. 11 - Accesso al Pronto Soccorso: la struttura organizzativa e gli orari di lavoro sono in relazione al flusso orario degli accessi

notazione è unico).
e) La qualità del lavoro degli operatori è migliorata per interventi formativi per adattamenti ergonomici della struttura di sportello.
f) Il flusso di domanda di prestazioni sanitarie è rimasto elevato presso il pubblico (85%) e si contiene sempre più il ricorso al privato (contro la tendenza nazionale).

4.3. Il coinvolgimento, la partecipazione, l'informazione

4.3.1. La partecipazione ed il coinvolgimento

All'inizio il coinvolgimento operativo era limitato ad un gruppo di circa 10 individui, oggi i 9 Gruppi attivati coinvolgono oltre 110 persone, ma il numero delle persone disposte al coinvolgimento diretto sta crescendo rapidamente.
Anche la partecipazione dei dirigenti ai maggiori livelli è fondamentale: a questo proposito, occorre rilevare che il Comitato Processi si riunisce regolarmente da 6 mesi. Inoltre per non trascurare anche il minimo contributo, è stato predisposto uno «spazio» che consente ai dipendenti di contribuire al miglioramento con suggerimenti di vario genere. Chiunque percepisca la necessità di miglioramento in qualsiasi punto dell'organizzazione è autorizzato a proporre idee di cambiamento che vengono analizzate ed affidate ai Gruppi perché le realizzino nel loro lavoro sui processi. Alla data odierna il Programma Suggerimenti, annunciato alla fine di settembre '93, ha raccolto quasi 50 contributi originali, riconosciuti validi ed accettati.

4.3.2. L'informazione e la formazione

L'88% dei Dirigenti e Quadri (su un totale di 164 persone) invitato al corso «Leadership per la qualità» ha partecipato volontariamente e altre 50 hanno immediatamente offerto la loro candidatura per guidare o contribuire in modo determinante al lavoro dei gruppi di miglioramento. E' stato avviato inoltre un programma di formazione di base per tutto il personale (da concludere in un biennio) sui temi del lavoro di squadra e dell'appartenenza organizzativa che ha coinvolto già 500 persone con ampia soddisfazione e riscontri operativi precisi. Tra i primi ad essere coinvolti sono stati coloro che operano nei settori direttamente interessati dalle azioni di miglioramento (front-office ed area dell'emergenza urgenza).
Attraverso un bollettino interno «9 Notizie» (al 20º numero) viene data ampia diffusione alle notizie sulla vita dell'organizzazione e sugli sviluppi del progetto Qualità; tale strumento raggiunge regolarmente l'82% degli operatori.

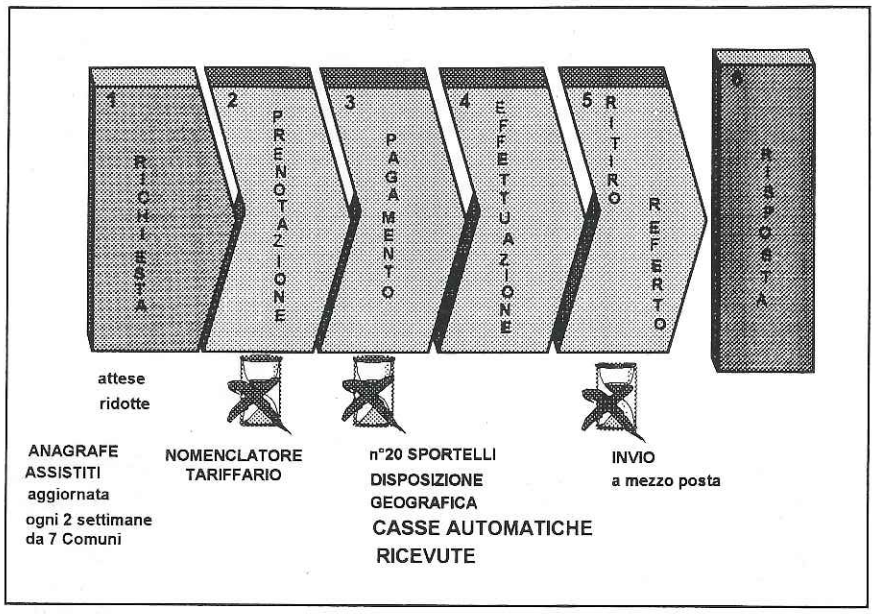


Fig. 12 - Il processo di effettuazione delle visite specialistiche

4.3.3. Il cliente e le sue opinioni

La scheda «Informa paziente» oltre a fornire le informazioni necessarie per la vita ospedaliera permette di rilevare sistematicamente il livello di soddisfazione dei pazienti ricoverati.
L'ufficio informazioni attraverso i mass-media locali settimanalmente diffonde notizie riguardanti l'evoluzione dei servizi e le modalità di erogazione. Inoltre ha soddisfatto richieste dirette di circa 40.000 utenti in 6 mesi di attività nel 1993, altre 15.000 nel solo mese di gennaio '94.
L'Ufficio Reclami ha raccolto 15 lamentele nel corso degli ultimi tre mesi e si affianca all'Ufficio Diritti del Cittadino e all'Ufficio Informazioni.
Il Parere degli utenti è rilevato anche mediante sondaggi mirati a cogliere esigenze particolari e a determinare elementi di progettazione per nuovi servizi (esempi riguardano l'organizzazione del Centro Unificato di Prenotazione e gli orari dei pasti dei Degenti).

5. CONCLUSIONI E PIANI FUTURI

Il Comitato Processi ha già individuato altri ambiti dove è possibile avviare altri gruppi di miglioramento, mentre spontaneamente un numero cospicuo di dipendenti si propone per costituire ulteriori nuclei di lavoro.
La metodologia generale adottata ha gradualmente spinto l'organizzazione ad attivarsi nei confronti di un miglioramento che si fa sempre più impellente, sotto la pressione di un'utenza sempre più attenta e sensibile, di leggi e disposizioni che tendono a riconoscere il diritto dei cittadini all'accesso alle prestazioni sanitarie oltre che a sempre migliori condizioni di fruizione dei servizi, anche se i finanziamenti centrali si riducono (10% annuo).
La trasversalità del lavoro nei gruppi di miglioramento ha favorito un approccio metodologico e modalità di comunicazione che stanno risultando vincenti rispetto al coinvolgimento degli operatori sugli obiettivi strategici dell'organizzazione.
Il Comitato Processi sta governando questo nuovo modo di intendere l'organizzazione sanitaria orientata all'utente, includendo gradualmente, tra le proprie sfere di interesse, tutti gli aspetti «aziendali» della struttura USL. Il sistema dei processi, quindi, viene progressivamente collegato a tutti gli strumenti gestionali dell'USL: la Programmazione (budget), il Piano di Formazione, il Piano di Sviluppo delle applicazioni informatiche, la Gestione del Personale, in questo modo potranno essere efficacemente orientati agli stessi obiettivi per i quali tutti i processi lavorano.
L'istituzione parallela di sistemi di «audit» interno come premessa alla Certificazione di Qualità (necessaria in un sistema sanitario competitivo verso il quale si sta orientando la legislazione italiana) è una tappa irrinunciabile nel programma avviato di Qualità; mentre si consolida e si sviluppa l'azione dei gruppi di miglioramento, si apre quindi anche questo versante visto come strumento/risorsa del sistema complessivo di qualità.