

### 2.3. L'area dei processi

di Massimo Farina

Indipendentemente dal fatto che un Dipartimento di Prevenzione si trovi in un contesto Aziendale o Regionale dove vengono applicati modelli organizzativi quali:

- ◇ Joint Commission of Accreditation of Health Organization (JCAHO),
- ◇ Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA), modello che possiede riferimenti specifici al contesto delle attività territoriali e della prevenzione,
- ◇ modelli Regionali collegati all'accREDITamento specifico della regione come previsto dal D.Lgs.229/99,
- ◇ il modello ISO 9001:2000,

o al momento non abbia adottato ancora nessun modello specifico, vi sono alcuni principi di carattere gestionale, “*gli otto principi per la qualità*” comuni a tutte le organizzazioni, quindi anche quelle sanitarie, che è bene tenere presente al fine di costruire una base concreta su cui creare un sistema organizzativo efficace ed efficiente.

Tali principi sono validi indipendentemente dal fatto che si applichi il modello ISO 9001:2000 o qualsiasi altro modello organizzativo, sono quelli riportati nella figura seguente.



Fig. 2.3.1: Gli otto principi di gestione per la qualità

Tutti e otto i principi, hanno un significato di estrema utilità nella loro applicazione al contesto del Dipartimento di Prevenzione, basti pensare all'importanza della centralità del cliente –utente per le prestazioni delle diverse strutture le Dipartimento o alla leadership ed al coinvolgimento del personale nella gestione del cambiamento nelle singole strutture.

### **2.3.1 Approccio e gestione per processi: metodi applicativi**

Premessa l'importanza di tutti ed otto i principi citati, nelle pagine seguenti concentriamo la nostra attenzione su due principi che stanno alla base degli esempi dei case study del capitolo 3 :

- ◇ l'approccio per processi (il quarto principio)
- ◇ la gestione per processi (il quinto principio).

Questa scelta è data dal fatto che la conoscenza dei processi del contesto del Dipartimento di Prevenzione e delle relative prestazioni, è la premessa all'adozione di qualunque modello organizzativo e gestionale il Dipartimento intenda adottare, sia per scelta propria che su indicazioni specifiche delle Aziende e/o della Regione di appartenenza.

La conoscenza dei propri processi ed il loro governo, costituiscono le condizione di base per ogni azione di miglioramento; naturalmente tutto ciò è tanto più efficace quanto maggiore è il coinvolgimento del personale e la "guida" al cambiamento, intesa come leadership delle direzioni.

#### *Quarto Principio: Approccio basato sui processi*

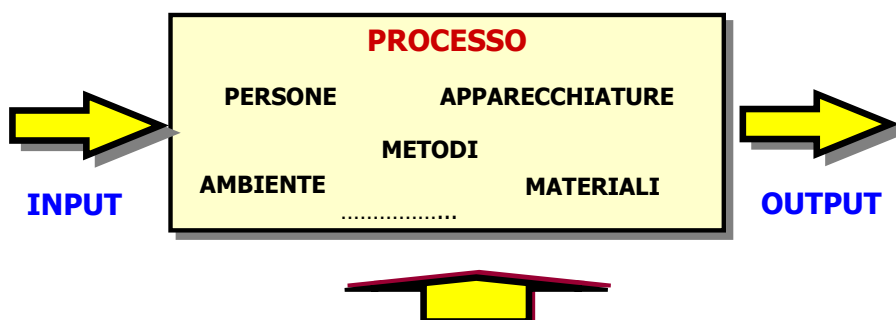
Questo principio rappresenta la vera, grande innovazione della gestione delle organizzazioni aziendali, che non sempre hanno la coscienza dei propri processi.

*“Un risultato desiderato si ottiene con maggior efficienza quando le relative risorse ed attività sono gestite come un insieme di attività correlate o interagenti, che trasformano elementi “in ingresso” in elementi “in uscita”.”*

I primi passi verso l'applicazione dell'approccio per processi sono costituiti dalla definizione di due aspetti:

1. cosa si intende per “*processo*”,
2. quali possono essere le modalità per identificare e studiare i “*processi*” utilizzando metodi strutturati.

In merito al primo tema, il “*processo*”, questo è rappresentato da una sequenza di attività correlate ed interagenti finalizzate ad uno specifico risultato finale rappresentato dall’output (fig. 2.3.2).



**LO SCOPO DEL PROCESSO È QUELLO DI AGGIUNGERE VALORE**

Fig. 2.3.2: Esempio di rappresentazione del processo

Il significato di output è correlato al valore aggiunto generato dal processo stesso: quest’ultimo presenta maggior valore quando dimostra maggior qualità e maggiore capacità di servizio (valutabile dal cliente-utente del processo), e richiede minori tempi e costi (valutabile dall’organizzazione).

Un elemento importante e particolarmente innovativo, valorizzato ed enfatizzato “*dall’approccio per processi*”, è la diversa visione delle responsabilità del personale che opera nel processo stesso. Di fatto si passa dal concetto obsoleto di “*mansione*” a quello più evoluto ed attuale di “*responsabilità*”, quest’ultima definita nel contesto di un processo codificato ed orientato al raggiungimento di un risultato definito.

In merito al secondo aspetto, cioè quello relativo alle modalità per identificare e studiare i processi utilizzando metodi strutturati, è fondamentale tenere presente che è opportuno seguire i seguenti punti:

- ◇ definire le attività necessarie per ottenere i risultati desiderati,

- ◇ stabilire chiaramente le responsabilità per la gestione dei processi e delle prestazioni/attività principali,
- ◇ analizzare e misurare le potenzialità delle prestazioni/attività principali,
- ◇ individuare le interfacce delle attività principali tra le diverse funzioni del Dipartimento di Prevenzione e tra esso e l'Azienda Sanitaria,
- ◇ mettere a fuoco i fattori (quali le risorse, i metodi, i materiali) in grado di migliorare le principali attività dell'organizzazione,
- ◇ valutare i rischi, le conseguenze e l'impatto delle attività sui clienti, sui fornitori e sulle altre parti interessate.

A prima vista, tali aspetti possono sembrare scontati, in realtà essi richiedono un radicale cambiamento culturale da parte delle organizzazioni sanitarie: la volontà di “mettersi in discussione”.

A tale profondo cambiamento non sono chiamate solo le Aziende Sanitarie nel loro complesso, ed i Dipartimenti di Prevenzione nel nostro caso, ma soprattutto le singole unità organizzative ed i loro professionisti che, per lungo tempo, hanno operato come entità a “*compartimenti stagni*”, prevalentemente concentrate sul loro specifico obiettivo e con una spesso limitata attenzione alle possibili e reciproche interazioni con le altre organizzazioni, pensiamo ad esempio la sovrapposizione di attività di vigilanza da parte di diverse organizzazioni del Dipartimento.

Di fatto, si è venuto così a sviluppare ed a giustificare quello che la più moderna letteratura internazionale sulle organizzazioni aziendali definisce come “*regno funzionale*”. L'elemento che contribuisce maggiormente ad amplificare “*l'effetto regno*” è dato dal fatto che, quando si parla di Strutture Sanitarie, e nel nostro caso dei Dipartimenti di Prevenzione, si è portati a pensare che i loro “clienti” siano unicamente i cittadini – utenti, la comunità, le istituzioni, ecc. In realtà, oltre a questo genere di “*cliente*”, che potremmo definire come “*cliente esterno o cliente finale*”, vi è un'altra tipologia di “*cliente*”, altrettanto importante: quella del “*cliente interno*”, vale a dire del cliente appartenente alla stessa organizzazione (es. la Direzione Strategica, le altre unità organizzative del Dipartimento di Prevenzione che ricevono il risultato del nostro lavoro, ecc.).

In ogni attività critica del “*processo di produzione*” di un prodotto e/o di erogazione di un servizio esiste, infatti, la funzione del “*fornitore*” e quella del “*cliente*”: il soddisfacimento delle esigenze di ognuno di

questi soggetti intermedi crea un processo di “*qualità*” che rappresenta la imprescindibile premessa per la creazione di un sistema di gestione per la qualità.

La mancanza di comunicazione e collaborazione tra fornitori e clienti interni ricadrà fatalmente sui “*clienti finali*”, cioè sui cittadini–utenti, riducendo il “valore” dei servizi erogati.

In questa dinamica ritroviamo naturalmente anche il rapporto tra il personale della stessa struttura del Dipartimento di Prevenzione, che può trovarsi a fornire indicazioni non sempre coerenti dinanzi ad una richiesta dell’utenza o a seguito di una attività di vigilanza che ha coinvolto diverse persone della stessa organizzazione o di organizzazioni diverse del Dipartimento.

Molto spesso, infatti, la stessa organizzazione, nel nostro caso una delle unità organizzative del Dipartimento, es. l’Igiene Sanità Pubblica, la Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL), l’Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, la Sanità Animale, ecc., oltre che nella posizione di fornitore, si può trovare anche in quella di cliente: basta pensare ad esempio alla completezza delle richieste e delle informazioni, che, se non presenti o esaustive, non consentono di erogare correttamente le proprie prestazioni e servizi.

L’Azienda Sanitaria nel suo complesso ed il Dipartimento di Prevenzione nello specifico, possono essere visti, infatti, come una macro-organizzazione, o un insieme di macro-processi, al cui interno vi sono altri processi e attività contraddistinte da diverse azioni tra loro collegate, ognuna delle quali, a sua volta, in grado di produrre “*valore aggiunto*”.

L’Azienda Sanitaria può quindi essere intesa come un sistema dove coesistono e cooperano sotto-sistemi (le unità organizzative) tra loro spesso collegate in una “*catena del valore*” orientata al cliente. Questo aspetto è sempre più all’attenzione anche dei Dipartimenti di Prevenzione che hanno attivato o stanno per rendere operativo lo “*sportello unico della prevenzione*”; sistema di grande utilità per gestire ed incanalare le richieste dell’utenza in unico punto di gestione della “*domanda/risposta*” che può non essere utile così come potrebbe, se a monte della sua istituzione non è stata effettuata una adeguata analisi dei processi e delle loro correlazione in ottica di cliente e fornitore interno al Dipartimento.

Al fine di attuare il “miglioramento continuo” in una struttura sanitaria complessa, nel nostro caso il Dipartimento di Prevenzione, per creare cioè più valore nel servizio sanitario erogato ai clienti/utenti, occorre incrementare il valore dei singoli processi che compongono i singoli sotto-sistemi, quelli delle singole unità organizzative.

Quinto Principio: Comprensione e gestione dei processi

Questo principio è una diretta conseguenza di quello precedente ed anch'esso è alla base dei contenuti metodologici esplicitati più avanti nel sotto-capitolo.

*“Identificare, capire e gestire un sistema di processi interconnessi per perseguire determinati obiettivi, contribuire all'efficacia ed all'efficienza dell'organizzazione.”*

Per poter applicare questo principio è necessario attivare, tre le altre, le seguenti azioni:

- ◇ identificare i processi propri del Dipartimento di Prevenzione e delle sue unità organizzative,
- ◇ declinare per ogni processo le prestazioni correlate
- ◇ capire le correlazioni tra i processi/prestazioni che compongono il sistema,
- ◇ definire i ruoli e le responsabilità del personale coinvolto nel raggiungimento degli obiettivi dei processi e delle prestazioni,
- ◇ definire gli obiettivi del Dipartimento e delle unità operative, e individuare le attività specifiche dei processi/prestazioni che contribuiscono al raggiungimento dei traguardi,
- ◇ sottoporre il sistema a continue misurazioni e valutazioni allo scopo di migliorare in modo continuativo le attività e le prestazioni.

Nell'enunciato del principio, “*identificare, capire e gestire*”, come rappresentato nella fig. 2.3.4, è richiamato il concetto di gestione, ovvero la “*misura dei processi/prestazioni*”.

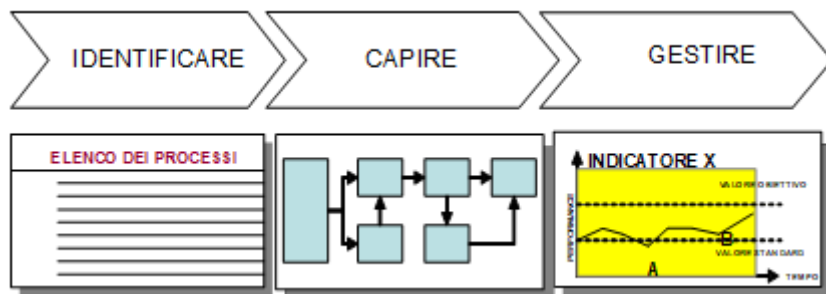


Fig. 2.3.4: *Comprensione dei processi e loro misura*

Riportando al pratico questi due fondamentali principi nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, dobbiamo premettere che è necessario identificare e rappresentare, anche graficamente, i processi e le loro interazioni al fine di facilitarne la comprensione. Per contestualizzare i processi del Dipartimento di Prevenzione nella Struttura Sanitaria, occorre tenere presente come sono codificati i processi nel contesto di azienda. A tale livello i processi possono essere divisi in due diverse categorie (fig. 2.3.5): i processi principali ed quelli di supporto.

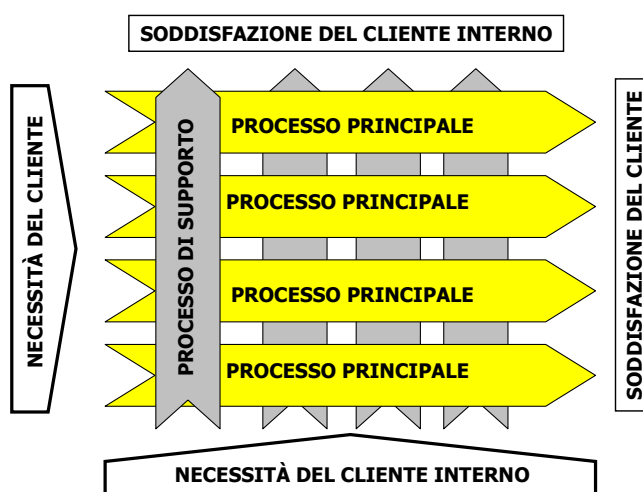
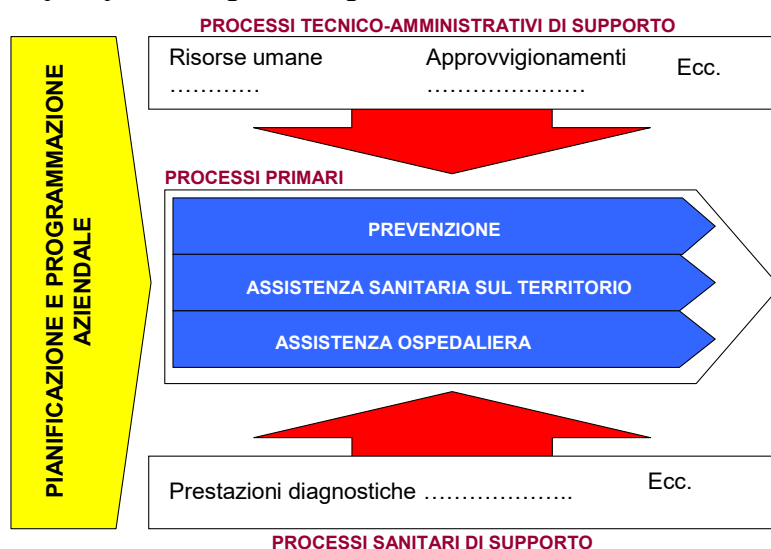


Fig.2.3.5 *Correlazione tra processi principali e processi di supporto*

I processi principali sono quei processi Aziendali che hanno impatto sul risultato dell'Azienda Sanitaria: sono, infatti, quelli che producono un risultato direttamente percepito dal cliente-utente.

Tali processi, sono anche quelli che spesso risultano oggetto della valutazione della qualità percepita, direttamente di presso le strutture del Dipartimento di Prevenzione, o dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e/o dallo sportello unico della Prevenzione. Il risultato di tali processi viene, solitamente, utilizzato dal cliente-utente per valutare e scegliere l'Azienda Sanitaria alla quale rivolgersi per richiedere le prestazioni di cui necessita, se possibile una scelta, o per valutare il servizio ricevuto nel caso sia l'unica soluzione possibile, come spesso avviene nel contesto dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nel contesto dell'Azienda Sanitaria dove opera il Dipartimento di Prevenzione possono essere classificati, ad esempio, come processi principali quelli di seguito raffigurati:



*Fig.2.3.6. Esempio di rappresentazione della correlazione tra processi principali e processi di supporto nell'Azienda Sanitaria.*

Dalla rappresentazione si evince che i processi del Dipartimento di Prevenzione sono annoverabili nella categoria dei processi principali, quelli cioè direttamente visibili dal cliente utente dell'organizzazione.

I processi di supporto sono invece quei processi necessari per la gestione dell'Azienda Sanitaria in quanto forniscono risorse e condizioni operative indispensabili per il buon funzionamento dei processi principali.



I processi delle organizzazioni dell’Azienda Sanitaria che svolgo il ruolo di “Servizi”, sono definiti di supporto, poiché solitamente non sono tutti direttamente visibili dal cliente-utente dell’organizzazione sanitaria in termini di risultato percepito, ma sono necessari per il funzionamento dell’organizzazione e spesso risultano di pari importanza ai processi principali. Un tipico processo di supporto è rappresentato da quello di gestione delle risorse umane/formazione.

Una volta inquadrati i processi a livello di Azienda Sanitaria, si può passare alla identificazione dei processi e delle loro interazione in una specifica struttura; il nostro Dipartimento di Prevenzione dove sono identificabili i processi specifici. Vi possono essere diverse rappresentazioni e classificazioni, di seguito riportiamo un esempio di mappatura dei processi del Dipartimento di Prevenzione nel suo complesso, rappresentazione adottata dalle diverse Aziende Sanitarie, per le quali sono ripostati i casi di studio del capitolo 3.

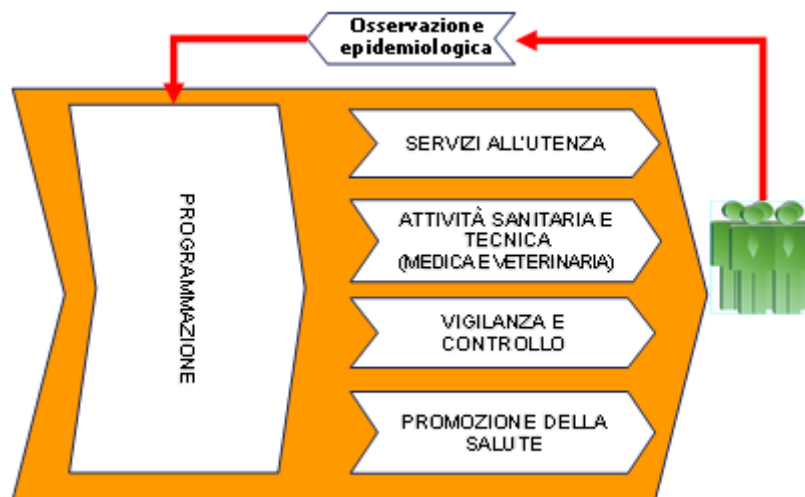


Fig.2.3.7. Esempio di mappatura dei processi del Dipartimento.

La mappatura dei processi è correlata alla identificazione degli elementi distintivi dei processi intesi come: input/fornitore, output/cliente, scopo del processo ed owner dello stesso.

Di seguito riportiamo un esempio di descrizione degli elementi distintivi dei processi: vigilanza e controllo e attività sanitaria.



### Vigilanza e controllo

<b>Scopo del processo</b>	Verificare l'applicazione di norme specifiche, processi e disposizioni e relativi risultati volti alla riduzione dei fattori di rischio		
<b>Input</b>	Piano di lavoro Segnalazioni esterne	<b>Input fornito da (fornitore)</b>	Direttore di Unità Richiedente (Istituzioni, cittadino, associazioni)
<b>Output</b>	Verbali Relazioni Rapporti di sopralluogo Richieste di provvedimenti	<b>Output ricevuto da (Cliente)</b>	Richiedente (istituzioni, associazioni) Persona fisica o giuridica oggetto del controllo Direzione

Fig.2.3.8. Esempio di elementi distintivi del processo “Vigilanza e controllo” del Dipartimento di Prevenzione.



### Attività sanitaria (medica e veterinaria)

<b>Scopo del processo</b>	Erogare attività specialistica in area medica e/o veterinaria rivolta alla persona e/o all'animale, rilasciare pareri preventivi e/o relazioni su ambienti di vita e di lavoro		
<b>Input</b>	Richiesta di prestazione Piano di lavoro	<b>Input fornito da (fornitore)</b>	Utente Direttori di Unità Organizzativa
<b>Output</b>	Documentazione della prestazione (certificati, relazioni, etc.)	<b>Output ricevuto da (Cliente)</b>	Utente Richiedente (persona fisica o giuridica) Direzione

Fig.2.3.9. Esempio di elementi distintivi del processo “Attività Sanitaria” del Dipartimento di Prevenzione.

La mappatura dei processi del Dipartimento di Prevenzione può essere considerata la prima fase dello studio ed analisi dei processi/prestazioni del Dipartimento come di seguito rappresentato.

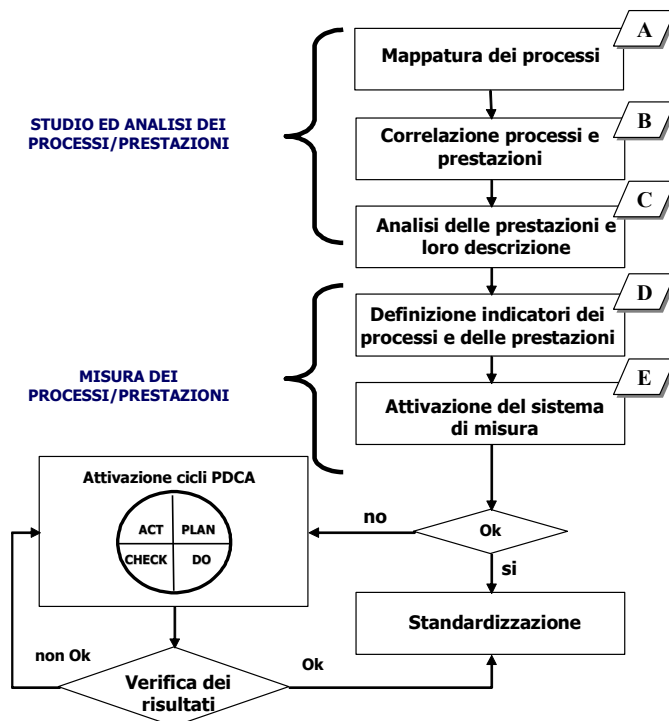


Fig. 2.3.10: Fasi metodologiche per lo studio e la misura dei processi/prestazioni del Dipartimento di Prevenzione

Per le diverse fasi dell'approccio metodologico, oltre alla fase A trattata nelle pagine precedenti, sono illustrate nelle pagine seguenti alcuni aspetti essenziali delle fasi B – E, in merito alla loro applicazione nel contesto dei Dipartimenti di Prevenzione.

### ***B - Correlazione processi e prestazioni***

Una volta identificati i processi è utile esplicitare le prestazioni correlate; all'interno di un processo vi possono essere diverse prestazioni come negli esempi sotto descritti.

<b>PROCESSO</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
Servizi all'utenza	Assistenza sull'applicazione delle norme Attività di consulenze specifiche: es consulenze per Igiene edilizia, argomenti di medicina del lavoro, consulenze per Igiene ambientale, etc. Attività di informazione all'utenza di tipo medico-preventivo, .....
Attività sanitaria e tecnica	Pareri sanitari per il rilascio di autorizzazione per estetisti, piercing, tatuatori, parrucchieri e barbieri Pareri sanitari per strutture socio-sanitarie, ecc. Attività di sorveglianza sulle malattie infettive/attività vaccinale .....
.....	.....

*Fig. 2.3.10: Esempio di correlazione processi e prestazioni nell'Igiene e Sanità Pubblica*

<b>PROCESSO</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
Attività sanitaria e tecnica	Autorizzazioni luoghi di lavoro sotterranei o semisotterranei .... Pareri ed eventuali prescrizioni su progetti di nuovi insediamenti lavorativi .....
Controllo	Autorizzazioni (nulla osta) alla bonifica di materiali contenenti amianto e certificazioni di restituibilità dei locali bonificati dalla presenza di materiali contenenti amianto .... Attività di controllo ispettivo (es. su cantieri edili, su impianti industriali, etc.) .....
.....	.....

*Fig. 2.3.11: Esempio di correlazione processi e prestazioni nello SPRESAL*

<b>PROCESSO</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
Attività sanitaria e tecnica	Pareri sanitari per autorizzazioni aziende produttrici di alimenti di origine animale Reg. CE 852/04, 853/04, 1774/02, 79/05, Legge 283/62, D.L.ivo. 333/99 ecc. Accertamenti sanitari (gestione positività contaminanti, cisticercosi, TBC, BRC, animali morti, macellazioni d'urgenza, intervento per incidenti stradali ecc.) Rilascio certificazioni
Controllo	Attività di ispezione nelle aziende che producono, trasformano, confezionano, depositano, trasportano, vendono alimenti di origine animale Attività di Audit ex art. 2 Reg. CE 882/04 di buone prassi igieniche e H.A.C.C.P. Attività di vigilanza e controllo ufficiale (con eventuale sequestro sanitario) .....
.....	.....

*Fig. 2.3.12: Esempio di correlazione processi e prestazioni nell'area veterinaria "Igiene degli alimenti di origine animale"*

Eccetto specifiche attività/prestazioni, come nel caso delle attività vaccinali umane, che possono rientrare nell'attività sanitaria medica, proprie di alcune unità organizzative, nel caso specifico, dell'Igiene e Sanità Pubblica, un elemento importante da considerare nella mappatura dei processi è la presenza del processo in diverse unità operative del Dipartimento di Prevenzione.

Una uniforme "visione" ed "interpretazione" del processo nelle diverse strutture interessate è un elemento fondamentale per definire processi condivisi e modalità di programmazione delle attività in modo codificato ed omogeneo.

Nella gestione dei processi del Dipartimento di Prevenzione infatti, è opportuno valutare e rendere oggettiva, al fine di definire eventuali aree di miglioramento, non unicamente l'area della gestione delle attività, ma anche quella della programmazione delle stesse.

### ***C - Analisi delle prestazioni e loro descrizione***

La fase di analisi delle prestazioni è fondamentale per codificare in modo univoco la sequenza delle attività svolte, le relative responsabilità e le modalità di lavoro che devono essere applicate ed adottate per garantire il raggiungimento della finalità della prestazione; in altre parole per garantire il “*valore*” atteso dalle specifiche prestazioni.

A garanzia di una corretta analisi dei processi/prestazioni è importante che sia identificato per ogni processo, e categoria di prestazioni, di ciascuna unità organizzativa un responsabile di tale processo/prestazione.

Il responsabile deve essere inteso come “l’owner del processo/prestazione”, colui cioè che lo descrive e lo aggiorna, lo misura ed attiva le azioni di miglioramento, anche se all’esterno della struttura del Dipartimento di Prevenzione dove il processo risiede, come nel caso di attività di vigilanza che hanno impatto su più organizzazioni del Dipartimento stesso. In questo ultimo caso, naturalmente, con il supporto/coinvolgimento della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e per quanto necessario della Direzione Aziendale.

L’owner del processo/prestazione ha, ad esempio, le seguenti responsabilità:

- ◇ studiare ed analizzare le prestazioni e definirne gli indicatori,
- ◇ monitorare l’andamento delle stesse,
- ◇ attivare le azioni di miglioramento sul processo/prestazione e nelle sue diverse fasi di sviluppo,
- ◇ interagire con gli altri processi/prestazioni interessati al fine di migliorarne le interfacce siano esse in entrata, con i fornitori, che in uscita, con i clienti (interni ed esterni).

Premesso questo, è importante sottolineare anche il fatto che la crescente complessità del contesto, ed anche le emergenze che un Dipartimento di Prevenzione si trova ad affrontare, richiedono particolare attenzione e modalità oggettive di programmazione delle attività prima ancora che la codifica dell’esecuzione delle attività routinarie.

Prima di passare ad una rapida descrizione delle modalità operative che il Dipartimento di Prevenzione può mettere in pratica per studiare e

migliorare, se necessario, la gestione delle attività abituali è utile sottolineare l'importanza della programmazione e pianificazione delle attività. Di seguito riportiamo alcune considerazioni in merito a questi due aspetti.

### **1. Programmazione delle attività**

Sempre più è necessario identificare modalità codificate e trasparenti per la programmazione delle attività nell'anno. Tale programmazione deve essere in linea con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e con gli indirizzi Regionali, talvolta anche nel rispetto di regolamenti valevoli a livello europeo come più avanti illustrato.

Le attività di programmazione consentono di indirizzare i processi e le prestazioni correlate verso gli obiettivi che il Dipartimento di Prevenzione si è dato nell'anno.

Un esempio di programmazione delle attività è relativo alle campagne vaccinali che indirizzano i processi dell'Igiene e Sanità Pubblica verso obiettivi di copertura vaccinale.

In altri contesti come nel caso delle prestazioni delle unità organizzative di "Sicurezza e prevenzione negli ambienti di lavoro" - SPRESAL, il contesto di lavoro, legato anche ad incidenti occorsi nell'ambito delle attività lavorative, sono chiamati a dare evidenza dei criteri con i quali sono definite le priorità nella programmazione annuale delle attività.

Solamente nel caso in cui l'organizzazione si sia dotata di criteri oggettivi e formalizzati essa è in grado di motivare le proprie scelte operative senza incorrere in risvolti che possono incidere sull'immagine dell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, dell'Azienda Sanitaria di competenza e dei professionisti che operano in essa.

Nel caso della definizione delle priorità nella programmazione per la struttura per la Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro – SPRESAL, ad esempio, possono essere identificate le attività/ditte di competenza del controllo da parte della struttura, e devono essere definite e formalizzate le regole per la identificazione delle priorità di programmazione della vigilanza e del controllo applicate nella struttura.

In questo caso tipologie di ditte/attività di competenza possono essere ad esempio:

1. Agricoltura (es. aziende agricole, allevamento, viticoltura, consorzi agricoli, cooperative, ecc.)
2. Banche ed assicurazioni
3. Commercio (tutti i negozi, supermercati, ecc.)
4. Ditte che gestiscono impianti di telecomunicazione ditte correlate
5. Costruzioni stradale ed edilizia
6. Enti pubblici (uffici regione, stato, strutture dei comuni, ecc.)
7. Forestazione
8. etc.

Una volta elencate tutte le tipologie di attività/ditte occorre definire dei criteri di priorità da applicare nel contesto della attività/ditte oggetto del controllo quale ad esempio: il “Rischio di Settore” definibile come rapporto del Rischio Infortunistico (basso – alto) e Rischio per la Salute, inteso come malattie professionali (basso-alto). Inserendo in una matrice delle priorità, come nella figura sotto riportata, i parametri applicati alle diverse attività/ditte, possono essere identificate in modo oggettivo le priorità d’intervento.

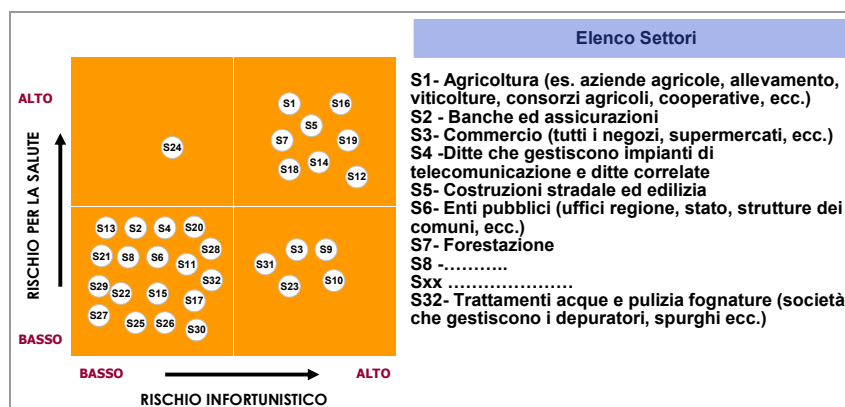


Fig.2.3.13. Esempio di rappresentazione di matrice per la definizione delle priorità d’intervento.

Criteri di prioritizzazione delle attività per una coerente ed oggettiva programmazione delle attività annuali e per la pianificazione delle attività dei breve periodo, sono sempre più in fase di adozione e sviluppo nel contesto dei Servizi di Igiene degli Alimenti (SIAN) e



dell'Area veterinaria, ad esempio in merito a quanto previsto dai Piani Regionali Integrati dei Controlli (PRIC).

Il PRIC è previsto dall'art. 41 del Regolamento CE 882/2004 e riguarda tutto l'ambito di applicazione del medesimo regolamento, includendo i controlli volti a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e a tutelare gli interessi dei consumatori.

Secondo le direttive Europee, infatti, le attività di controllo ufficiale devono essere "giustificate" e graduate in relazione alla conoscenza e valutazione scientifica dei pericoli che, nelle varie fasi della filiera della produzione alimentare, possono determinare un rischio per la salute dei consumatori e per la qualità degli alimenti e dei mangimi.

Le attività di controllo ufficiale dovranno basarsi pertanto, per quanto possibile, su una classificazione dei rischi in categorie o gerarchie di rischio.

In tali attività di controllo, sono sempre più chiamate le Regioni nella verifica dell'applicazione dei Regolamenti comunitari nelle attività di "vigilanza e controllo" adottati dalle AUSL negli ambiti di competenza.

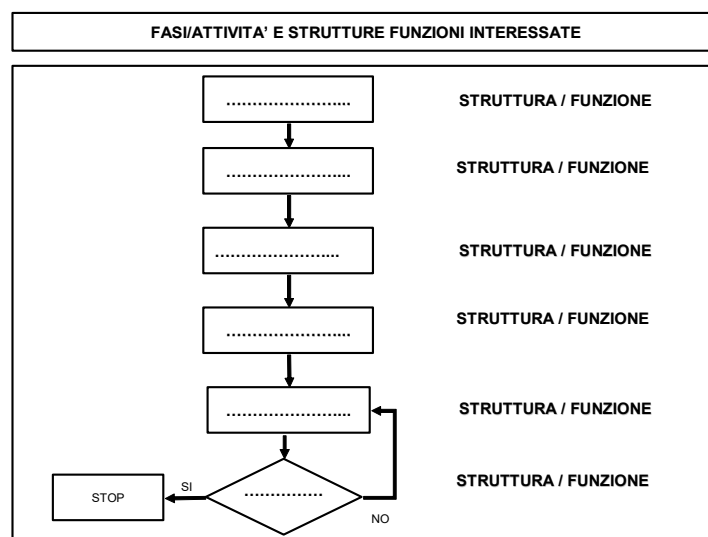
## **2. Pianificazione delle attività**

Una analoga logica di prioritizzazione, naturalmente, deve essere adottata per la pianificazione delle attività, all'interno di un settore di attività/ditte, per la definizione delle priorità delle attività/ditte da sottoporre ad ispezione, vigilanza o audit in un dato periodo; ad esempio il mese od il trimestre.

Può accadere che il personale del Dipartimento faccia qualche resistenza nella definizione dei piani di lavoro settimanali o in ogni caso di breve periodo. Tale condizione, è spesso legata al fatto che la pianificazione può essere vista come una attività di controllo del proprio operare, più che come uno strumento di aiuto nella definizione delle attività da fare in un determinato lasso di tempo, nel rispetto degli obiettivi. Per superare tale condizione è certamente fondamentale il ruolo delle Direzioni nella funzione di leader al cambiamento, ma lo è anche il far comprendere a chi deve pianificare le attività, in ottica di un risultato, i vantaggi possono essere ad esempio:

- ◇ il poter distribuire efficacemente il lavoro, senza condensarlo in un unico periodo,
- ◇ avere la possibilità di scegliere, in modo oggettivo le attività da fare slittare o annullare, nel caso di emergenze sanitarie che impegnano in modo non preventivato e preventivabile il personale,
- ◇ rendere oggettive le scelte operative derivate dalle priorità d'intervento.

Tornando all'approccio metodologico, una volta definite in modo formalizzato le regole per la programmazione e pianificazione delle attività, è opportuno descrivere, in modo semplice: le fasi, le regole e le responsabilità di esecuzione delle attività stesse, che possono essere raffigurate come segue.



*Fig.2.3.14: Esempio semplificato di descrizione delle prestazioni con attività e strutture/ funzioni interessate*

Per redigere documenti che possano essere mantenuti aggiornati e “vivi”, è opportuno, infatti, che il personale del Dipartimento di Prevenzione possa descrivere ed aggiornare nel tempo, in autonomia, le regole di lavoro che possono evolvere e modificarsi; per fare questo ogni semplificazione anche nella rappresentazione e descrizione delle prestazioni è doverosa.

Gli strumenti utilizzati per lo studio possono essere i seguenti:

- ◇ riunioni con i referenti dei settori/aree interessate nei processi (sia interni che esterni al Dipartimento),
- ◇ flow-chart top-down per l'individuazione delle attività interessate,
- ◇ matrice di dettaglio delle attività definite,
- ◇ etc.

Tale approccio porta alla descrizione delle prestazioni, inteso come: chi fa che cosa, come, dove, quando, perché, e descrive le specifiche delle attività da svolgere e la loro successione logica. Il metodo aiuta tutto il personale a comprendere come i servizi e le prestazioni offerte seguono percorsi governati da regole codificate, e fa in modo che l'organizzazione abbia una visione d'insieme delle proprie prestazioni e che siano codificate le relative attività.

In merito al dettaglio delle attività definite e codificate, è bene ricordare che queste possono essere documentate nei modi più consoni all'organizzazione stessa. La documentazione realizzata è solitamente rappresentata dalle procedure e/o dalle istruzioni operative, spesso già redatte per rispondere ai requisiti di Accreditamento Regionale, sempre più presenti nei diversi contesti in ambito nazionale.

Da un punto di vista generale, a proposito della documentazione delle prestazioni e dei loro processi, è bene considerare che il numero delle procedure ed il loro dettaglio, dovrebbe essere commisurato alle reali necessità dell'organizzazione, tenendo conto che i documenti scritti devono riferire le modalità e le responsabilità di esecuzione di attività qualora la loro assenza pregiudichi la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L'estensione delle procedure e dei documenti, infatti, dipende dalle dimensioni dell'organizzazione, dalla complessità dei processi/prestazioni descritti e dalla loro interazione e, non ultimo, dalla preparazione e formazione del personale interessato nei processi/attività analizzati.

Lo studio e l'analisi delle prestazioni aiuta a definire da parte dell'organizzazione, nel nostro caso le singole unità organizzative del Dipartimento di Prevenzione, gli elementi tecnici, organizzativi e di risorse.

In merito alle risorse, un particolare aspetto è quello delle risorse umane e delle risorse tecnologiche, con ciò intendendo non tanto e non solo il loro numero, ma principalmente le loro competenze, nel caso delle risorse umane, ed il livello tecnologico, nel caso delle apparecchiature.

Descrivere le prestazioni e le relative attività, attraverso l'attivazione di un team eterogeneo appartenente al personale del Dipartimento, permette che si evidenzino e si pongano in risalto, tutti i ruoli professionali interessati nelle attività descritte e le relative competenze. Per ogni ruolo è così possibile definire il livello di competenza necessaria al fine di presidiare efficacemente ed in modo efficiente le attività identificate.

In linea con le esigenze di definire piani formativi adeguati, che non siano semplicemente orientati alla raccolta dei crediti formativi ECM, bensì guidati dagli obiettivi di un efficace percorso formativo, il metodo di analisi utilizzato favorisce la identificazione delle competenze e degli eventuali *gap* esistenti.

E' fondamentale, infatti, che il personale operante nei processi descritti posseda un adeguato grado di:

- ◇ istruzione,
- ◇ formazione,
- ◇ esperienza,
- ◇ abilità.

Tali elementi costituiscono nel loro complesso la “*competenza*” del personale del Dipartimento, enfatizzando l'importanza del “*fattore umano*” per il miglioramento continuo delle attività e dei processi.

Un esempio di dati da codificare inerenti la competenza del personale è di seguito riportato.

<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	<b>Unità Organizzativa: Funzione:</b>
<b>ISTRUZIONE</b>	Il livello di istruzione è rappresentato dal grado richiesto per eseguire le attività
<b>FORMAZIONE</b>	La formazione è rappresentata dai corsi di specializzazione, master, corsi professionali sostenuti, ecc.
<b>ESPERIENZA</b>	Si intende l'esperienza acquisita nella vita professionale nei diversi settori (correlati alle competenze richieste per la funzione / ruolo)
<b>ABILITÀ</b>	Capacità specifiche del singolo nel saper utilizzare ad esempio strumenti informatici, attrezzature particolari, gestire risorse umane, ecc..

*Fig. 2.3.15: Esempio di profilo professionale e dei relativi contenuti*

Una volta definite per i diversi ruoli professionali le necessità di competenza del personale: Medici, Tecnici della Prevenzione, Assistenti Sanitari, Chimici, etc., l'organizzazione deve fornire loro l'adeguato addestramento. La definizione dei profili professionali, infatti, aiuta la Direzione delle singole unità organizzative del Dipartimento, e la stessa Direzione del Dipartimento, a passare da una identificazione delle attuali competenze del personale ad una definizione delle competenze necessarie.

Come vedremo successivamente, il contributo degli indicatori di misura delle prestazioni e dei servizi forniti nel processo considerato, è un ulteriore elemento che può indirizzare l'organizzazione verso le competenze da accrescere. A tale scopo può essere redatta una "matrice delle competenze" che correla tutto il personale alle competenze definite e, periodicamente, ad esempio in occasione di un riesame annuale per la pianificazione di budget, la Direzione verifica la necessità di attività formative e pianifica le azioni adeguate.

E' opportuno precisare che la formazione può avvenire in diversi modi, quali ad esempio:

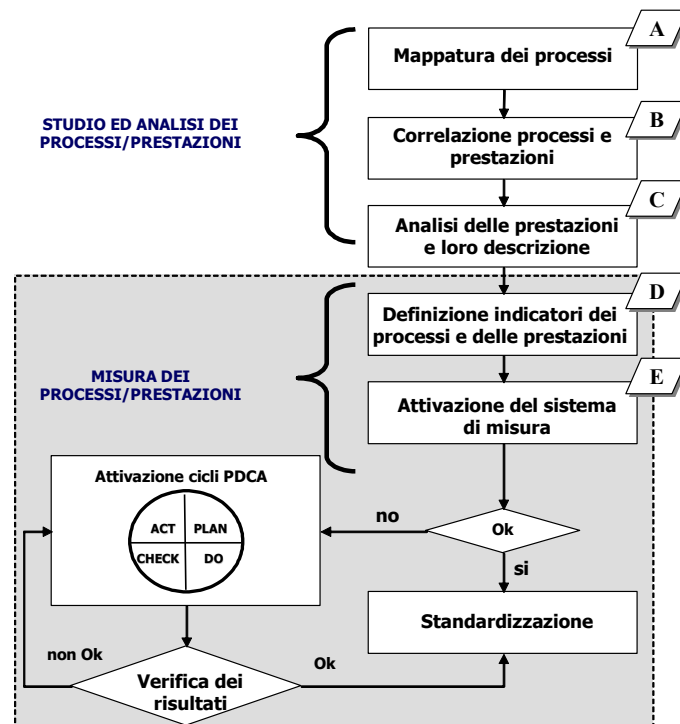
- ◇ corsi,
- ◇ affiancamento,
- ◇ lettura di documenti tecnici,
- ◇ visita ad altre organizzazioni analoghe,

ed in ogni caso la formazione deve essere registrata.

È opportuno, infine, che le Direzioni delle strutture del Dipartimento, in collaborazione per quanto di competenza, con la Struttura Aziendale per la Formazione, valutino l'efficacia della formazione e dell'addestramento, fornito secondo il processo formativo adottato.

### ***D - Definizione degli indicatori dei processi/prestazioni***

Una volta definite in modo formalizzato ed applicato, le regole per la programmazione e pianificazione delle attività e le regole dell'esecuzione delle attività, con le competenze necessarie, la gestione per processi dovrebbe portare alle fasi della misura descritte nei punti D ed E della figura sotto riportata.



*Fig.2.3.14. Le fasi della misura dei processi e delle prestazioni*

Le attività correlate alla misura dei processi e delle prestazioni sono guidate alla identificazione dei “clienti” dei processi ed alle loro esigenze: ciò è premessa alla definizione degli indicatori del

processo/prestazione prescelto come contesto del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi forniti.

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, i “clienti” di una prestazione del Dipartimento di Prevenzione possono essere definiti anche come “le parti interessate” o *stakeholder*. L’individuazione di tali interlocutori consente di individuarne le esigenze al fine di misurare la relativa soddisfazione.

I clienti possono essere i clienti-utenti finali della prestazione sanitaria (es. i cittadini-utenti, i medici richiedenti un servizio o un prodotto, le attività/ditte del territorio, i comuni, etc.) e la loro percezione relativa a quanto ricevuto può essere definita come “Indicatore di Qualità”. In tal caso gli elementi di valutazione sono rappresentati dalla “Qualità + Servizio” per le prestazioni ricevute. Le esigenze di tali tipologie di clienti si collegano a valutazioni in merito all’efficacia.

Un’altra tipologia di cliente è rappresentata dalla Direzione del Dipartimento, dall’Azienda Sanitaria, e dalla Regione di appartenenza, e le loro esigenze si collegano anche a valutazioni in merito all’efficienza e dei processi; tale dimensione è quella degli “Indicatori di Performance”. In tal caso gli elementi di valutazione sono rappresentati da “Tempi + Costi”. Il valore complessivo generato dal processo è pertanto fornito dagli indicatori di qualità e di performance come rappresentato nella figura seguente.



Fig.2.3.15: Indicatori di qualità e di performance

Nelle due categorie di indicatori di qualità e performance, possiamo identificare due ulteriori categorie di indicatori:

- ◇ gli indicatori di risultato,
  - ◇ gli indicatori di processo/prestazione.
- illustrati nella figura sotto riportata.

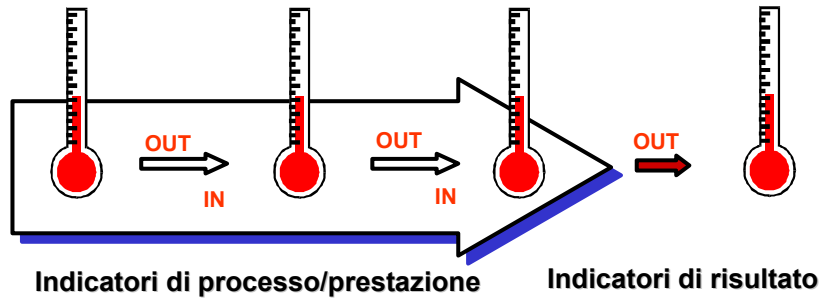


Fig. 2.3.16: Indicatori di risultato e di processo/prestazione

Gli indicatori di risultato misurano il “prodotto” del processo, mentre gli indicatori di “processo/prestazione” misurano gli elementi “interni” al processo che possono fornire indicazioni “precoci” sui risultati finali che potranno essere generati dai processi.

In senso generale, gli “indicatori” sono rappresentati dalle informazioni qualitative e/o quantitative che consentono di valutare le variazioni del processo/prestazione nel tempo, nonché di verificare il conseguimento degli obiettivi prefissati e di consentire una corretta assunzione delle decisioni.

#### ***E - Attivazione del sistema di misura***

Nello studio delle singole prestazioni correlate ai processi del Dipartimento, la fase di misura prevede che il personale che opera nei processi/prestazioni, ed in particolare *l'owner del processo*, possa monitorare le caratteristiche dei prodotti/servizi per verificarne il rispetto delle specifiche stabilite.

Tale attività deve essere condotta quando le fasi di realizzazione del prodotto e/o erogazione del servizio sono state definite e utilizzate nella prassi quotidiana. Nella fase di analisi periodica degli indicatori, infatti, si potrebbe verificare la necessità di intervenire in quanto l'indicatore risulta esterno ai limiti definiti.

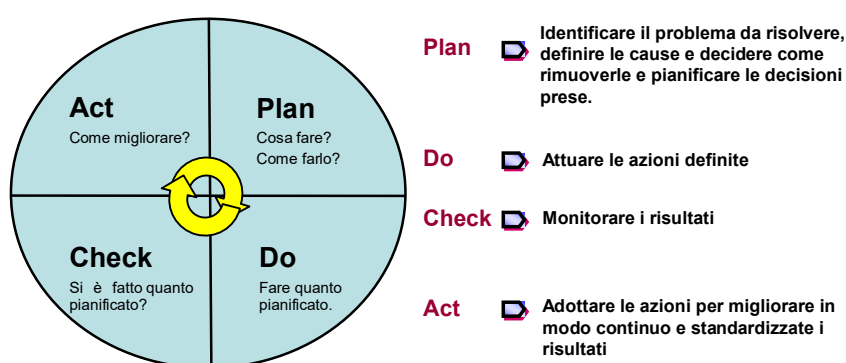


In tal caso si devono attuare delle azioni di miglioramento continuo secondo la logica del Plan – Do – Check – Act (PDCA) che è uno degli strumenti del miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi forniti da una organizzazione, nel nostro caso il Dipartimento di Prevenzione nel contesto dell’Azienda Sanitaria di appartenenza.

Il miglioramento continuo si attua con l’applicazione dei cicli Plan, Do, Check, Act (PDCA) attraverso i passaggi di:

- ◇ identificazione del problema da affrontare,
- ◇ analisi del problema attraverso la raccolta e analisi dei dati,
- ◇ identificare le cause probabili,
- ◇ scelta e pianificazione delle contromisure,
- ◇ realizzazione – introduzione dei cambiamenti,
- ◇ conferma del risultato desiderato,
- ◇ standardizzazione.

raappresentato graficamente nella figura sotto riportata.



*Fig. 3.3.17: Il ciclo PDCA – Plan, Do, Check, Act.*

Come premesso la formazione su tali logiche e strumenti diviene il mezzo per poter attivare il miglioramento.

È pertanto fondamentale che nel piano formativo del personale del Dipartimento di Prevenzione, siano presenti eventi formativi sugli aspetti collegati alla gestione ed il miglioramento organizzativo dei processi, oltre che agli aspetti tecnico-professionali.

Lo studio dei processi/prestazioni consente di allineare il personale che opera nel processo, i fornitori ed i clienti, sulle modalità con cui sarà strutturato il processo stesso.

Possiamo affermare, inoltre, che la necessità di misura dei processi/prestazioni nasce da:

- ◇ necessità di valutare lo stato di raggiungimento di un obiettivo,
- ◇ necessità di tenere sotto controllo il processo/prestazione,
- ◇ identificare le opportunità di miglioramento.

Al fine di comunicare efficacemente con le Direzioni è importante sottolineare che la misurazione è il linguaggio che rende chiari i concetti che potrebbero essere vaghi ed interpretabili. La misurazione non si utilizza per controllare, ma per comunicare la performance del processo. Lo scopo fondamentale del sistema di misura è quello di:

- ◇ supportare le scelte,
- ◇ motivare i comportamenti al miglioramento continuo,
- ◇ monitorare lo stato di salute del processo/prestazione,
- ◇ valutare se si soddisfano i clienti del processo/prestazione.

Gli indicatori devono servire non tanto per una analisi rispetto al passato, ma per una analisi rispetto al futuro (valore obiettivo). Per ogni processo è utile rappresentare graficamente gli indicatori, come nell'esempio della figura oltre riportata.

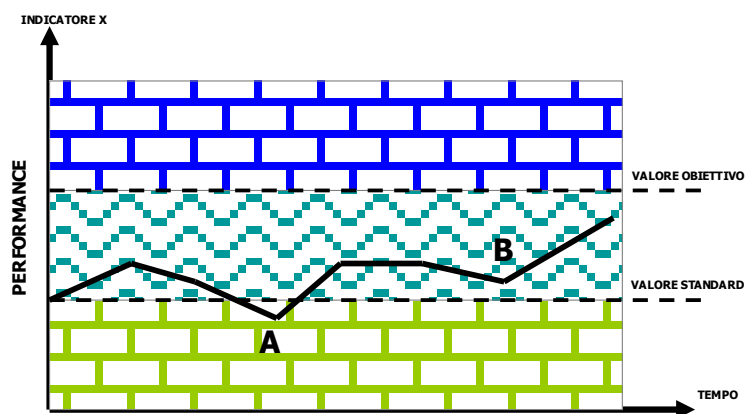


Fig. 2.3.18: Esempio di rappresentazione degli indicatori.

Nel grafico illustrato, quando il parametro valutato si trova nel punto A, si attivano azioni correttive al fine di riportare i valori nel range definito, mentre nel caso del punto B, sono attivate azioni preventive per invertire la tendenza alla flessione e portare i valori verso il valore obiettivo.

La Direzione della singola organizzazione del Dipartimento così come la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, deve peraltro avere una visione complessiva dell'andamento dei processi/prestazioni della propria organizzazione e per fare questo ogni owner di processo deve identificare quelli di competenza.

La visione complessiva dell'andamento dei processi del Dipartimento consente inoltre una comunicazione efficace con la Direzione Aziendale. Sono sempre più numerose, infatti, le Aziende Sanitarie che coinvolgono la Direzione delle unità organizzative nelle contrattazioni annuali di budget. Nella figura seguente è raffigurato il concetto del cruscotto dei processi del Dipartimento di Prevenzione come strumento di gestione dell'organizzazione.

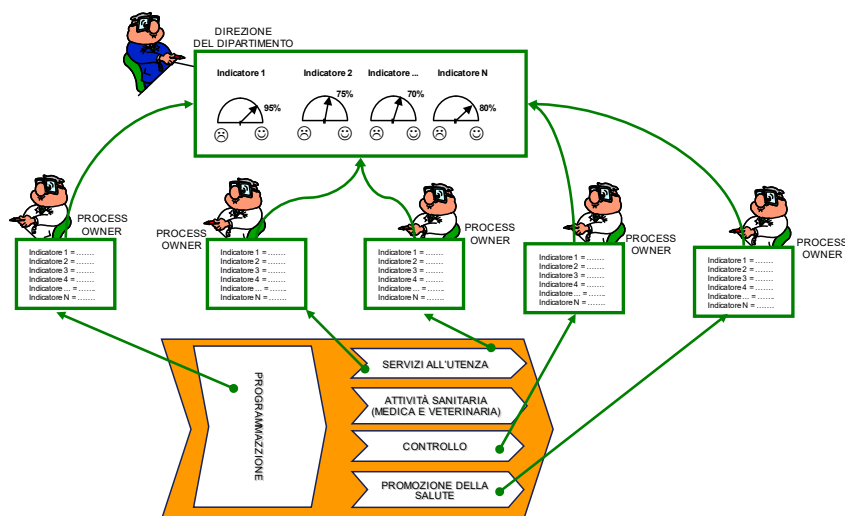


Fig. 2.3.19: Rappresentazione del cruscotto dei processi del Dipartimento di Prevenzione.

Risulta evidente che il cruscotto di tutti i processi/prestazioni è necessario alla Direzione del Dipartimento, mentre una selezione di tali indicatori, in funzione degli obiettivi aziendali dell'anno, può alimentare il cruscotto della Direzione Strategica Aziendale. Il cruscotto della Direzione Aziendale contiene o dovrebbe contenere, tra gli altri, la selezione degli indicatori dei processi delle diverse organizzazioni dell'Azienda Sanitaria di appartenenza.

Da quanto descritto si evince che la gestione dei processi non si limita alla loro rappresentazione grafica, che peraltro li esprime secondo le correlazioni in diagrammi di flusso, ma ad una "vera" comprensione e misura degli stessi, al fine di determinare la capacità di raggiungere lo scopo per il quale il processo/prestazione esiste.

L'analisi dei dati che scaturiscono dagli indicatori derivati dal monitoraggio dei processi, suggerirà il tipo di intervento più pertinente da adottare: esso potrà essere rappresentato dal mantenimento, dal miglioramento, dal ridisegno e/o dalla riprogettazione del processo stesso.

Prima di concludere questa rapida panoramica relativa allo studio dei processi e delle prestazioni correlate, e condurre il lettore nel prossimo capitolo che tratta la gestione degli obiettivi e del loro reporting, intendiamo focalizzare l'attenzione sulla "*gestione delle crisi e delle emergenze sanitarie*" aspetto verso il quale sempre più i Dipartimenti di Prevenzione sono chiamati a prendere posizioni certe e codificate.

### **2.3.2 Gestione delle crisi e delle emergenze sanitarie**

Per visualizzare il concetto di "*crisi ed emergenza sanitaria*" possiamo pensare ad esempio alla gestione delle segnalazioni relative all'avviaria o dei casi di meningite che potevano essere o sono stati riscontrati di recente in ambito internazionale e nazionale.

Rispetto alle modalità di operare ordinarie per i quali le Aziende Sanitarie sono sempre più organizzate con procedure più o meno formalizzate, ma in ogni caso standardizzate, dove è prevedibile tutto ciò che riguarda l'erogazione della prestazione e dei servizi erogati, la "*crisi*" esula dai comportamenti ordinari.

Questa condizione presuppone la capacità organizzativa del Dipartimento di Prevenzione di saper gestire situazioni sempre diverse tra loro che riguardando un evento specifico e che possono peraltro essere accomunate dal punto di vista gestionale al crisis management.

Il termine di “*situazione di crisi*”, nell’ambito dei Dipartimenti di Prevenzione, si riferisce ad eventi fortuiti ed imprevedibili che colpiscono, o possono colpire, in modo rilevante la popolazione e/o le sue attività, dove è chiamato ad intervenire il Dipartimento di Prevenzione, mettendo anche in gioco la sua stessa reputazione, con un coinvolgimento più o meno ampio la Direzione dell’Azienda Sanitaria, la Regione ed altre organizzazioni nazionali e/o internazionali.

Una situazione di crisi può avere un impatto significativo sulla salute pubblica e genera, o potrebbe generare, ampia esposizione sui media, canali televisivi, stampa, radio, ecc. di informazioni che se non gestite e fornite in modo corretto potrebbe aggravare condizioni già di per se critiche.

In generale possiamo dire che una “*crisi*” è caratterizzata dai seguenti quattro aspetti:

1. il tempo per rispondere è molto limitato,
2. le decisioni devono essere prese in modo estremamente rapido,
3. esiste, spesso, una carenza di informazioni relative alle cause dell’evento e alle relative conseguenze,
4. la richiesta di risorse (umane e di mezzi) può eccedere la disponibilità del momento.

Una procedura documentata che codifichi le modalità di gestione delle crisi, può contenere e trattare, ad esempio, i seguenti aspetti:

- ◇ come sono identificati e classificati gli eventi generatori di crisi;
- ◇ come sono gestite le segnalazioni di una possibile crisi, comprese le relative responsabilità,
- ◇ chi è, o quale è l’organizzazione che opera come coordinatore della segnalazione,
- ◇ chi decide che la segnalazione sia effettivamente una condizione di crisi e prende ogni altra eventuale decisione,
- ◇ come avviene la convocazione immediata del comitato di crisi e da chi tale comitato è composto,

- ◇ come avviene la valutazione della crisi e la definizione delle azioni relative,
- ◇ chi ha la responsabilità e come sono attuate le azioni definite,
- ◇ come avviene la chiusura dell'evento di crisi e come sono capitalizzate le esperienze all'interno della organizzazione.

Sia nella stesura della procedura di gestione della crisi, che non è solamente “*un documento di gestione delle emergenze*” ma un modo di procedere dell'organizzazione, è importante, come certamente nella sua diffusione, che siano coinvolte le persone che si troveranno, o si potranno trovare, a gestire le condizioni di “crisi”.

Il coinvolgimento del personale è determinante al fine di condividere le difficoltà e le opportunità di comportamento come vera prevenzione delle condizioni di rischio che circondano le abituali attività di lavoro, nel contesto delle attività del Dipartimento di Prevenzione e in particolare dell'Igiene e Sanità Pubblica e dell'Igiene degli Alimenti e dell'Area Veterinaria.

In conclusione di quanto detto, possiamo sostenere che l'applicazione della “*gestione dei processi*” presuppone un profondo ripensamento della propria organizzazione e del proprio modo di lavorare, e richiede spesso un radicale cambio di cultura che impegna tempo e pratica di lavoro.

Tutto ciò è, e sarà sempre più, il frutto di un profondo cambiamento che, a sua volta, presuppone a livello di Azienda Sanitaria, e nel nostro caso nel Dipartimento di Prevenzione, una visione per processi e non per funzioni, a garanzia del loro continuo miglioramento nell'interesse di tutte le parti interessate.

Tra i case study del capitolo 3, è riferito un esempio di gestione degli eventi di crisi condotto in modo strutturato.

## 2.4. La gestione degli obiettivi e del reporting

di Massimo Farina

I nuovi modelli di gestione aziendale si articolano in tre dimensioni operative:

- ◇ la pianificazione e programmazione aziendale,
- ◇ la gestione per processi,
- ◇ la gestione del quotidiano (day to day management).

La figura 2.4.1 descrive l'interazione tra le tre dimensioni, dove l'elemento chiave è rappresentato dalla coerenza tra gli obiettivi derivanti dal processo di pianificazione, la gestione per processi e la gestione del quotidiano.

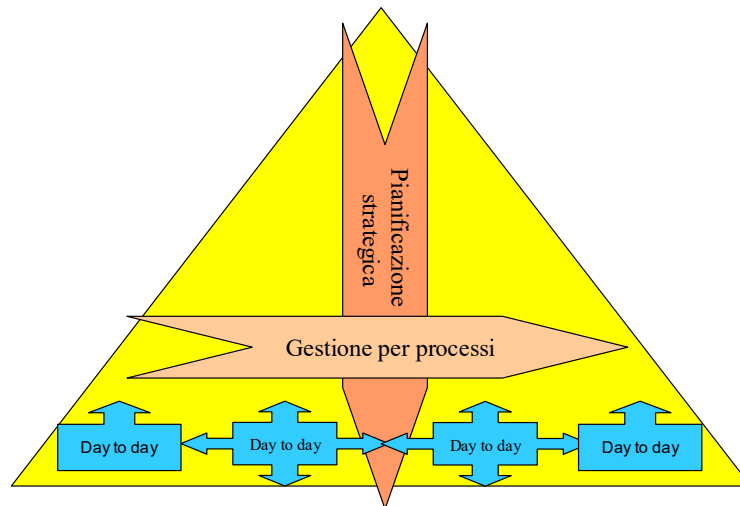


Fig. 2.4.1: Le tre dimensioni della gestione aziendale.

L'elemento chiave di questo collegamento è il piano operativo annuale di breve periodo (Documento delle Direttive) che deriva da quello pluriennale di medio-lungo periodo (Piano Attuativo Locale) e rappresenta l'output finale della pianificazione aziendale che deve rappresentare il collegamento (deployment) con i processi aziendali e quindi definirne i loro obiettivi.

Per "deployment" è inteso, mediandolo da un concetto "militare", lo schieramento degli obiettivi sui processi. Nel contesto del Dipartimento

di Prevenzione, vi sono infatti diversi processi e/o prestazioni e gli obiettivi dovrebbero “cadere” sui processi a garanzia del loro raggiungimento.

Nelle realtà dei fatti, specialmente quando queste logiche sono di recente introduzione, accade che gli obiettivi, siano declinati prima sulle strutture del Dipartimento che sui processi che dovranno supportare il loro raggiungimento.

Un esempio applicativo di tale logica è illustrato nella figura di seguito riportata.

	OBIETTIVI DI BUDGET	Igiene e Sanità Pubblica	SPRESAL	Igiene Alimenti e nutrizione	Sanità Animale	Igiene degli alimenti per animali	Igiene Alimenti di origine Animale	Medicina Legale
1	Predisposizione della relazione di servizio entro 30 maggio 2008	X	X	X	X	X	X	X
2	Mantenimento dei contratti atipici		X		X	X	X	
3	Elaborare le procedure per effettuare le ispezioni sugli stabilimenti di produzione nella filiera del latte, carne e ristorazione entro 31/12/08			X		X	X	
4	Sviluppare le attività del registro per tumori entro il 31/12/08	X		X				
5	Elaborazione delle linee guida per predisporre un manuale di buona prassi entro 15/6/08		X	X	X	X	X	
6	Recepimento, applicazione e controllo dei piani di controllo ufficiali degli alimenti (PRIC) entro 15/6/08			X		X	X	
7	Verifica mediante audit trimestrale dell'efficacia dei controlli espletati		X	X	X	X	X	
N-1	Completare lo sviluppo del modello ISO 9001:2000 per la verifica di certificazione entro il 31.12.08	X	X	X	X	X	X	X
N	.....	X						

*Fig. 2.4.2: Esempio di correlazione degli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione con le strutture organizzative*

E' importante sottolineare che gli obiettivi rappresentano la precisa descrizione del risultato finale da raggiungere devono essere:

- ◇ concreti,
- ◇ utili per tutti i co-interessati (stakeholder),
- ◇ misurabili: quantitativi ed associabili con degli indicatori,
- ◇ collegati con la politica e la strategia,
- ◇ specifici nella descrizione (non generici),



- ◇ realistici, cioè raggiungibili con un'adeguata pianificazione,
- ◇ sfidanti (motivanti per i “Manager”, intesi come i Direttori delle strutture del Dipartimento di Prevenzione e per il personale coinvolto).

Gli obiettivi dicono COSA (lo specifico risultato finale da raggiungere) e QUANDO (cioè una data o un periodo di riferimento) l'obiettivo sarà raggiunto.

Mentre gli obiettivi NON dicono COME (senza riferimento alle attività) l'obiettivo sarà raggiunto. Questo ultimo aspetto (il come) potrebbe rappresentare la descrizione delle linee guida necessarie per raggiungere gli obiettivi annuali dei processi in linea con le strategie aziendali.

Per garantire il loro raggiungimento, gli obiettivi del Dipartimento e quelli dei processi, per esempio quelli dell'Igiene e Sanità Pubblica, dell'Igiene degli alimenti, ecc. devono essere, anche se in un secondo tempo, collegati ai processi per ottenere diversi vantaggi, tra i quali:

- ◇ il coinvolgimento delle persone che operano nei processi,
- ◇ la visione d'insieme del sistema di gestione,
- ◇ la disponibilità delle persone esperte delle attività del quotidiano (day by day), in grado quindi di contribuire a risolvere problemi e creare opportunità di miglioramento,
- ◇ facilità nella individuazione delle attività da svolgere per il loro raggiungimento.

E' importante, inoltre che gli obiettivi del Dipartimento discendano dal Piano Annuale Aziendale che a loro volta derivano da quelli del Piano Pluriennale che è collegato alle strategie ed agli obiettivi strategici dell'organizzazione nella quale si trova ad operare il Dipartimento.

La figura 4.2.3 descrive tale collegamento ed estende la correlazione con i processi, i progetti e le aree delle misure.

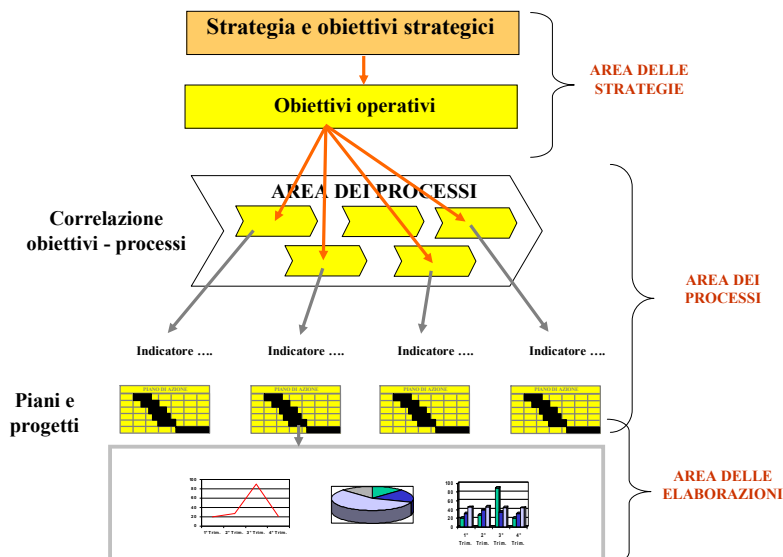


Figura 2.4.3 - Esempio di correlazione tra obiettivi, processi e indicatori

Dagli obiettivi strategici discendono gli obiettivi operativi ed è a questo livello che si trovano anche gli obiettivi proposti direttamente dalle singole strutture del Dipartimento di Prevenzione, o dal Dipartimento stesso, nel caso non vi siano direttive puntuali della Direzione Strategica. In tale evenienza gli obiettivi operativi possono anche essere rappresentati da semplici obiettivi di miglioramento derivanti dalla analisi delle misure dei processi/prestazioni di competenza, sempre nel rispetto dei requisiti di legge.

In ogni caso gli obiettivi operativi devono essere collegati ai processi delle organizzazioni del Dipartimenti di Prevenzione e, per quanto necessario, supportati di piani documentati (tale livello è quello dei piani e progetti).

Alla base di tutto questo sistema è l'area delle elaborazioni che, raccogliendo i dati sull'andamento dei processi, con la lettura dei loro indicatori, dello sviluppo dei progetti e del raggiungimento dei relativi traguardi, fornisce gli elementi alle Direzioni delle singole organizzazioni e della Direzione del Dipartimento, per i periodici riesami sullo stato di efficacia ed efficienza dell'organizzazione, in modo da comunicare in modo più efficace all'interno del Dipartimento e tra esso e la Direzione Aziendale.

### **Lettere consigliate**

A.A. Raggiungere i risultati con la gestione per processi: Migliorare i processi per essere competitivi” – CEPAS: Organismo di Certificazione delle Professionalità e della Formazione. – Ed. Franco Angeli 2006.

Barbarino F., Capire i processi. Come organizzarli, gestirli e migliorarli, UNI, 2002

Bizzarri G., Plebani M. “I processi del laboratorio clinico nell’ottica di sistema (ISO 9001:2000) dell’azienda sanitaria” Franco Angeli, 2004

Carolyn Semple Piggot, Programmazione strategica in sanità, McGraw-Hill, 2002.

Fabrizio L., Farina M. “Analisi e misura dei processi delle Strutture Farmaceutiche Ospedaliere e Territoriali”  
Ed. SIFO- EmmEffe S.r.l. Management & Formazione, 2006

Handy, Covey, Porter, Prahalad, Hamel, I nuovi paradigmi del business (Ripensare il Futuro), Il Sole 24 Ore, 2002

Ishikawa K., Guida al controllo di qualità, 12a ed., Franco Angeli, Milano, 1995.

Merli, Biroli, Organizzazione e gestione per processi, ISEDI, 1996

Merli, I nuovi paradigmi del management, Il Sole 24 ore, 1999

Negro G., Organizzare la qualità nei servizi. Un modello per l’eccellenza nelle imprese e negli enti di servizi, Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1996.

Tonchia, Tramonatano, Turchini, Gestione per processi e Knowledge management, Il sole 24 ore, 2003

Zeithaml A.V., Parasuraman A., Leonard Berry L., Servire qualità, McGraw-Hill, Milano, 1991.