

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

CHE COS'E' UNA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

F. Di Stanislao Presidente Nazionale ASQUAS

L'organizzazione può essere definita come “un sistema costituito da elementi, tra loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo”.

Facciamo riferimento al modello classico proposto dal dott. Roberto Vaccani.

Vaccani R. - La Sanità incompiuta. Nuova Italia Scientifica, Milano, 1992;

15 Vaccani R. - Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo. Carocci, 2012

Gli elementi costitutivi di una organizzazione sono articolati in tre categorie:

- 1 **Input** (fattori di contesto, esterni all'organizzazione, che ne influenzano e condizionano l'operato);
- 2 **Variabili interne** (fattori interni all'organizzazione che condizionano la "produzione" dei beni/servizi);
- 2 **Risultati** (i “prodotti” dell'organizzazione)

I FATTORI DI INPUT

Sono i fattori di contesto, fattori esterni all'organizzazione che ne influenzano e condizionano l'operato, possono essere ricondotti ai seguenti elementi principali:

- **Bisogni**, sono gli elementi che giustificano l'esistenza stessa dell'organizzazione, e che nelle organizzazioni che producono servizi (sanità, scuola, ecc..) Sono i bisogni dei soggetti che entrano in contatto con l'organizzazione stessa (il malato da assistere, i discenti da istruire, ecc.);
- **Mandato**, ossia le attribuzioni che ciascuna organizzazione riceve dall'autorità a essa sovraordinata. Per i servizi pubblici, il più delle volte si tratta di mandato esplicitamente normato, in quanto le attribuzioni vengono definite attraverso norme di legge; mentre nel caso di organizzazioni autonome (partiti, associazioni, ecc..) e non sottoposte ad alcun ordine gerarchico il mandato è il più delle volte autodeterminato sulla base di motivazioni varie (politiche; religiose; filosofiche; ecc.): in questo caso si parla di mandato implicito o interno. In tutte le organizzazioni spesso coesistono diversi mandati formali e interni, la cui possibile opposizione può essere causa di inefficienza e inefficacia;
- **Risorse**, ossia la dotazione di personale, finanziamenti, strutture e strumentazioni allocata nell'organizzazione da parte delle strutture sovraordinate;
- **Variabili socioeconomiche**, ossia le variabili culturali, sociali, politiche, economiche, produttive, demografiche, ecc. Che possono influenzare l'intero sistema organizzativo attraverso vincoli, stimoli, condizionamenti, pressioni, ecc.;
- **Informazioni**, che rappresentano per l'organizzazione lo strumento fondamentale per ottenere l'immagine del mondo che la circonda;
- **Innovazioni**, cioè le nuove conoscenze/scoperte tecnologiche (preventive, diagnostiche, terapeutiche, ecc.) e gestionali (informatizzazione, ma anche modelli organizzativi ecc.), che costituiscono in sanità un elemento cruciale per modificare le scelte operative e di influenzare in modo decisivo le scelte organizzative.

NOTA BENE: La capacità di adeguamento alle modifiche di contesto permette alle organizzazioni di rimanere al passo con la modernizzazione e offrire tempestivamente agli utenti le migliori pratiche per la tutela della salute.

LE VARIABILI INTERNE

Le variabili interne vengono distinte in:

- **Struttura di base**, che comprende la divisione gerarchica (organigramma), l'attribuzione delle funzioni/attività (funzionigramma), la divisione/attribuzione delle risorse umane/ economiche/impiantistico-tecnologiche/strutturali, la collocazione degli spazi di lavoro (lay-out).
- **Meccanismi di funzionamento/operativi**, che comprendono:
 - o Meccanismi di selezione;
 - o Meccanismi di formazione del personale;
 - o Sistema informativo;
 - o Meccanismi di presa di decisione;
 - o Meccanismi di valutazione;
 - o Meccanismi di premio/sanzione;
 - o Meccanismi di acquisizione di beni e servizi;
 - o Processi di cambiamento.
- **Processi sociali**, costituiti dall'insieme dei comportamenti personali, delle relazioni interpersonali e collettive che gli individui mettono in atto nei confronti dell'organizzazione nella quale si trovano e che creano il "clima" dell'organizzazione (possono sfociare ad esempio anche in rivendicazioni sindacali). Tali processi vengono grandemente condizionati – oltre che da variabili legate a elementi hard dell'organizzazione (rapporti gerarchici, sistema premiante, ecc..) – da variabili soft più intimamente connesse al vissuto dei singoli operatori quali il sistema valoriale di cui ogni individuo è portatore, le attese individuali, gli orientamenti culturali, i fattori ergonomici, i sistemi di protezione e sicurezza nel lavoro, ecc.



I meccanismi operativi si suddividono in tre aree di macro-processi:

o Processi operativi, ossia le linee di produzione fondamentali che vedono coinvolti direttamente i professionisti nel percorso del malato (es. Medici, radiologi, farmacisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc.). Tali processi sono quelli definibili *core-business* dell'organizzazione;

o Processi di supporto, sono i processi che supportano i processi operativi in modo da renderli efficaci e efficienti (approvvigionamento, manutenzione, gestione del sistema informativo, gestione finanziaria, ecc.);

o Processi strategico-gestionali, sono i processi portati avanti dai vertici dell'organizzazione (*leadership*, sistema decisionale, sistema premiante, gestione del personale, ecc.)

I RISULTATI

I risultati

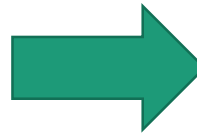
In campo sanitario si distinguono tra i risultati

- la fornitura di prestazioni e servizi (**output**)
- gli esiti ottenuti attraverso tali prestazioni (**outcome**)

Per prestazioni e servizi si intendono i beni materiali o immateriali prodotti (ricoveri, interventi diagnostico-terapeutici e preventivi, ecc.) (**output**) ;

per esiti si intendono gli esiti ultimi dei beni prodotti (reale effetto sulla salute in termini di malattie guarite, malattie evitate, morti evitate, ma anche cultura della salute, stili di vita, prevenzione e, NON DA ULTIMO, la soddisfazione del cliente!...) (**outcome**)

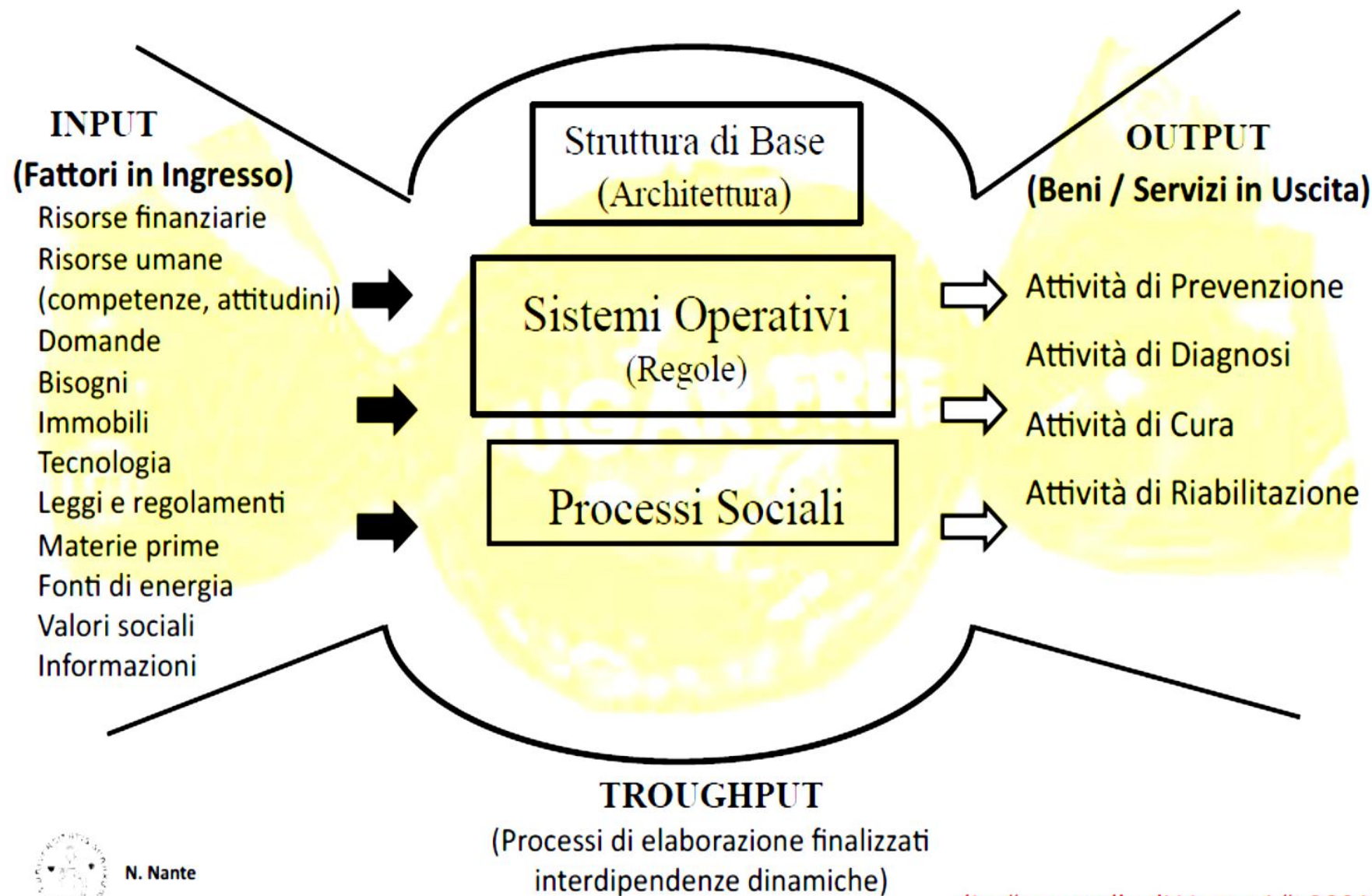
OUTPUT



OUTCOME



ANALISI SISTEMICA DI STRUTTURA SANITARIA

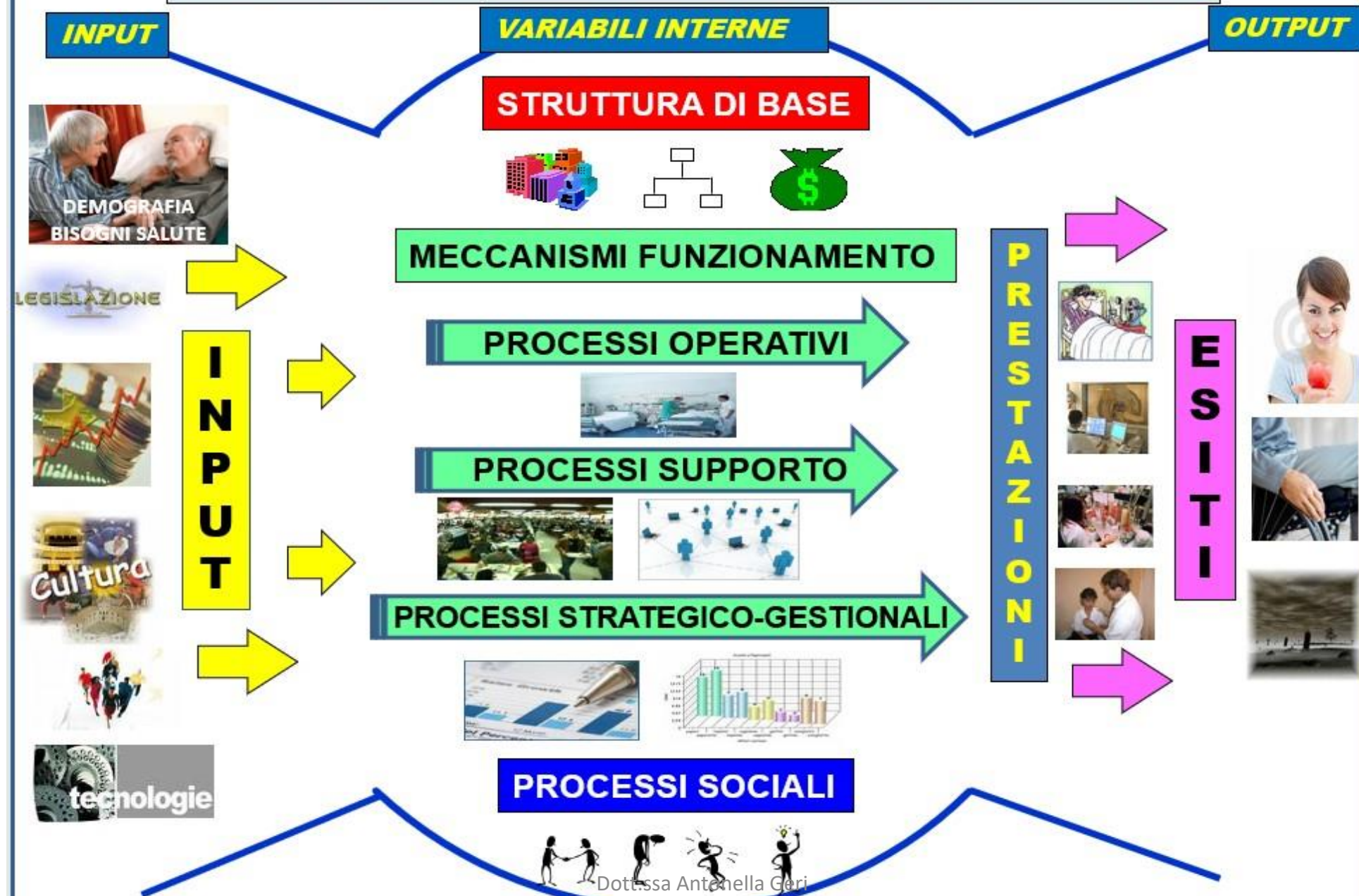


N. Nante

Dott.ssa Antonella Geri

(La "caramella di Vaccani"; 2001)

ANALISI SISTEMICA DI STRUTTURA SANITARIA



LA QUALITA'

CHE COS'E' LA QUALITA' IN SANITA'

Lo IOM nel 1993 definì la qualità dell'assistenza sanitaria come «**il livello cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di risultati sanitari desiderati e sono coerenti con le conoscenze professionali disponibili**».

IOM (USA) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. 5 Defining Quality of Care. (Jo Harris-Wehling). Editor: Kathleen N. Lohr.. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.

Nel 1985 W.H.O. non fornì una definizione “*descrittiva*” della qualità dei servizi, ma specificò alcune “**dimensioni**” (o “*categorie generali*”, “*elementi costitutivi*”) della “*qualità nei servizi sanitari*”. Questo concetto con gli anni andò ampliandosi e perfezionandosi fino a definire, attraverso un lavoro continuo di confronto, ricerca, analisi e studio da parte delle principali organizzazioni internazionali (W.H.O.-OMS Organizzazione Mondiale della Sanità e O.E.C.D- OCSE - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) e autorevoli organismi di ricerca (IOM – Institute of Medicine-USA) il cosiddetto **framework scientifico** che definisce la qualità dei servizi sanitari.

Donabedian, uno dei padri della qualità in sanità, ha fornito una bussola per descrivere il concetto complesso della qualità, offrendoci una chiave di lettura sugli oggetti di misurazione/valutazione:

(Donabedian A. - Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966, 44; 166-203

Donabedian A. -The quality of care. How can it be assessed. JAMA 1988, 260: 1743-1748)

Valutazione di struttura connota le caratteristiche dello scenario nel quale avviene l'erogazione dell'assistenza. Include le caratteristiche quali-quantitative delle risorse materiali (ambienti fisici, impianti, tecnologie, ecc.), delle risorse economiche, delle risorse umane (quantitative e qualitative) e della struttura organizzativa (articolazione organizzativa, sistema decisionale, sistema di valutazione, sistema premiante, sistema informativo, sistema formativo ecc.). Questo tipo di valutazione basa la sua logica sul fatto che per fornire un servizio di buona qualità sono necessarie (ancorché spesso non sufficienti!) la presenza di risorse umane, materiali ed economiche adeguate.

Valutazione di processo riguarda l'analisi delle modalità con cui vengono effettuate le diverse attività professionali (diagnostiche, terapeutiche, preventive, riabilitative). Il principale oggetto di osservazione sono le procedure tecnico-operative. Questo tipo di valutazione basa la sua logica sull'equazione good care = good outcome, cioè se ciascun operatore applicasse gli interventi secondo quanto viene dettato dalle correnti conoscenze scientifiche, i risultati dell'assistenza dovrebbero essere migliori di quelli conseguenti alla non corretta applicazione delle conoscenze scientifiche.

Valutazione dei risultati (outcome). Il presupposto logico della misurazione della qualità dell'assistenza in base ai risultati da essa ottenuti è semplice ed ineccepibile. Gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sono quelli di promuovere la salute, curare le malattie, arrestare la loro progressione, restaurare le capacità funzionali, alleviare dolore e sofferenze: la qualità dell'assistenza dovrebbe sempre misurare il raggiungimento di uno di questi obiettivi. Il miglioramento delle conoscenze e i cambiamenti comportamentali più salutari sono inclusi nella definizione del miglioramento dello stato di salute. Donabedian include tra gli esiti anche la soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'assistenza ricevuta.

IL FRAMEWORK SCIENTIFICO DELLA QUALITA'

LE DIMENSIONI DELLA QUALITA' IN SANITA'

Quali
caratteristiche
deve avere un
Servizio Sanitario
per essere un
Servizio di
Qualità????

- Accessibilità
- Accettabilità
- Adeguatezza delle risorse umane, strutturali e tecnologiche
- Appropriatezza clinica
- Appropriatezza organizzativa
- Centralità del paziente
- Competenza professionale e culturale
- Economicità
- Efficacia
- Efficienza
- Equità
- Eticità
- Integrazione e continuità assistenziale
- Sicurezza
- Soddisfazione del cliente
- Soddisfazione del professionista
- Tempestività
- Trasparenza
- Umanizzazione delle cure

LE 5 MACRO CATEGORIE DELLA QUALITA'

Le diverse dimensioni della qualità sono state utilizzate in molti paesi per strutturare framework concettuali utilizzati per costruire **sistemi di valutazione** della *performance* (*capacità dei singoli professionisti, delle equipe di lavoro, dei servizi/aziende sanitarie, di raggiungere gli obiettivi di qualità nei tempi previsti*) dei servizi sanitari.

L'ASIQUAS (ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA QUALITA' DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI) nell'elaborazione del *framework* ha individuato 5 macro "categorie":

VALORI	Equità	Umanizzazione delle cure	Eticità	
CENTRALITA' DEGLI ATTORI	Soddisfazione del professionista	Soddisfazione del cliente	Accettabilità	Centralità del paziente
QUALITA' PROFESSIONALE	Efficacia	Appropriatezza clinica	Competenza professionale e culturale	Sicurezza
QUALITA' MANAGERIALE	Efficienza	Appropriatezza organizzativa	Trasparenza	Economicità
	Tempestività	Adeguatezza delle risorse umane, strutturali e tecnologiche	Accessibilità	
INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Integrazione e continuità assistenziale			

VALORI

EQUITA'= la situazione che garantisce **uguali possibilità a tutti** i soggetti nel poter soddisfare in pari misura i propri reali bisogni di salute. Significa fornire assistenza che non faccia distinzioni e non presenti differenza rispetto a genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socioeconomico.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE= Rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. (Agenas - AA.VV Focus on . L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi - Monitor 32, pagg. 8-58, 2013)

L'umanizzazione delle cure è l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali, è **l'attenzione a 360° del paziente preso in carico**, senza sottovalutare alcun aspetto e soprattutto quelli **psicologici e relazionali**. Significa, nella quotidianità, non isolare la pratica clinica da un trattamento complessivo della persona e un ascolto concreto dei suoi bisogni e delle sue necessità.

ETICA = in assistenza **etica** è tutto ciò che è indiscutibilmente **degno e proprio dell'uomo** e tutto ciò che si oppone a quanto non accostabile alla **dignità** della persona in quanto tale.

Agire un'assistenza etica significa rispettare i principi universali a tutela della dignità della persona.

I codici deontologici ci aiutano.

Seguiamo i principi della bioetica:

Principio di Autonomia: il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale;

Principio di Beneficenza: il personale sanitario deve agire tutelando l'interesse del paziente;

Principio di Non Maleficenza (primum non nocere): il personale sanitario non deve causare danno al paziente;

Principio di Giustizia: in caso di risorse limitate, i trattamenti devono essere distribuiti tra i pazienti in modo equo e giusto.

CENTRALITA' DEGLI ATTORI

SODDISFAZIONE DEL PROFESSIONISTA= L'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative. (Avallone F. e Bonaretti M. : Benessere Organizzativo- Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Collana: Analisi e strumenti per l'innovazione. 2003, pp 116. Rubbettino Editore, Economia e Finanza)
Implica la ricerca costante del benessere organizzativo nell'organizzazione **a tutti i livelli (organizzazione, azienda, struttura, équipe, ...)**

SODDISFAZIONE DEL CLIENTE= *è la Qualità percepita dagli utenti*, intesa come percezione dei beneficiari diretti (pazienti/cittadini) che sentono o meno di ottenere ciò che richiedono ai servizi.

(Ovretveit J. (1992). Ovretveit J. (1992) Health Service Quality: An Introduction In Quality Method for Healt Services, Blakwell, Oxfords)

Confronto tra le aspettative con cui l'utente si accosta alla tipologia di prodotto/servizio e la performance percepita (la percezione del prodotto/servizio ricavata dopo il consumo/utilizzo).

(Oliver, R.L.: Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings, Journal of Retailing, 1981, 57(3), pp. 25-48)

I cittadini sono attenti soprattutto a preservare:

- *Autonomia* (coinvolgimento nelle scelte e possibilità di ottenere informazioni su trattamenti ed esami alternativi rispetto a quelli proposti);
- *Possibilità di scelta* (dei professionisti da cui farsi curare);
- *Comunicazione* (chiarezza delle informazioni ricevute e possibilità di fare domande);
- *Confidenzialità* (delle informazioni personali);
- *Dignità* (essere trattati con cortesia e rispetto, rispetto della privacy del corpo o sua non esposizione);
- *Comfort ambientale* (pulizia, spazi);
- *Prontezza di accesso* (tempi per arrivare, tempi di attesa);
- *Accesso ai familiari e alla rete di sostegno.*

ACCETTABILITA'= coerenza tra modalità erogative e aspettative/desideri dei clienti (assistiti) rispetto a **qualità della vita, assenza di fastidio/dolore, possibilità di gestire le conseguenze dell'intervento sanitario.**

CENTRALITA' DEL PAZIENTE= La migliore cura è quella cucita su misura per ciascuno dei cittadini, **non è uguale per tutti, ma ugualmente personalizzata.** Si estrinseca in una serie di diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini e che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari, dal medico a chi programma l'assistenza territoriale.

«Centralità del paziente» significa fornire assistenza rispettosa e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantendo che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche. La centralità del paziente viene declinata nei seguenti punti

- a) Rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dei pazienti;
- b) Coordinamento e integrazione delle cure;
- c) Informazione, comunicazione e educazione;
- d) Benessere fisico;
- e) Supporto emotivo: alleviare la paura e l'ansia;
- f) Coinvolgimento di familiari e amici

I diritti del paziente sono: - libertà di scelta del luogo di cura - diritto a essere informato sulla malattia - diritto a essere informato sulla terapia e opporsi o dare il consenso (consenso informato)- diritto del paziente di “essere preso in carico” dal medico o dall'équipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico - diritto alla riservatezza.

Il concetto di Centralità del paziente sottolinea l'importanza delle preferenze e dei valori dei singoli pazienti e della società e implica che questi siano stati sollecitati e presi in considerazione nel processo decisionale dell'assistenza sanitaria su tutti i piani, sia nelle scelte politiche che nelle scelte del piano di cura/assistenza personalizzato.

Porre il cittadino al centro del piano di cura significa fornire un'assistenza rispettosa e sensibile alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantire che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche. (Institute of Medicine (US) Committee on

Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Chapter 2 - Improving the 21st-century Health Care System)

QUALITA' PROFESSIONALE

EFFICACIA= E' la **capacità di ottenere gli esiti desiderati**: es. riduzione della mortalità e della morbidità, miglioramento della qualità di vita dei pazienti, identifica l'entità dei benefici ottenuti dall'assistenza sanitaria.

HO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO.

Considera il livello di perseguimento degli obiettivi di salute definiti sulla base dei bisogni di salute del singolo utente (o della comunità) e perseguiti sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione. (W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneve, 2006 – Pag 9)

APPROPRIATEZZA CLINICA= la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle **esigenze della persona** e al **contesto sanitario**.

Consiste nell'utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche.

(Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.)

SICUREZZA = La riduzione dei danni associati all'assistenza e alle cure entro un minimo accettabile. E' la libertà da danni accidentali o evitabili dovuti alle cure sanitarie!

Assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

(Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – GLOSSARIO. Luglio, 2006)

COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE = il grado in cui il personale sanitario ha formazione e capacità di **valutare, trattare e comunicare** con i propri clienti. Sono comprese le competenze tecniche e culturali. Considerare la formazione continua come parte integrante della professione e dell'organizzazione. Adeguare competenze, conoscenze e abilità agli obiettivi delle professioni e delle organizzazioni.

La competenza consiste nella **comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale**. Le competenze si esprimono in termini di **responsabilità e autonomia**. *(Comunità Europea, 2009, Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008, presenta il Quadro Europeo delle Qualifiche e dei Titoli (European Qualification Framework - EQF)*

La competenza dei professionisti sanitari si esprime non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di **interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe**, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Realizzare un sistema **EVIDENCE BASED** significa riferire ogni azione clinica e organizzativa ai dati e al **metodo scientifico**. **Valutare sistematicamente i risultati delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito**. Mantenere stretti monitoraggi continui su processi clinici, assistenziali e organizzativi e sugli esiti. Stimolare la ricerca di soluzioni innovative e sostenere il cambiamento. E' un valore che si riferisce a tutti gli ambiti e livelli, clinici, assistenziali e organizzativi.

QUALITA' MANAGERIALE

EFFICIENZA= Assistenza sanitaria effettuata in modo da **ottimizzare l'uso delle risorse** per il perseguimento degli obiettivi di salute e per ridurre/annullare gli sprechi (di attrezzature, forniture, idee, energie, ecc.) (Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – GLOSSARIO. Luglio, 2006)

L'efficienza è il **rapporto fra input** (risorse impiegate) e **output** (beni prodotti e/o servizi erogati) e in ambito sanitario essa viene misurata da **indicatori di rendimento** che permettono il **monitoraggio della produttività delle risorse fisiche** utilizzate in relazione ai volumi di attività prodotti dal sistema sanitario.

Tali **indicatori di efficienza** hanno lo scopo di offrire delle misurazioni che permettano di ottenere la **massimizzazione dei beni prodotti** o dei **servizi erogati** in relazione ai fattori produttivi impiegati e la **minimizzazione dei costi di produzione**.

Efficienza significa evitare gli sprechi, in particolare gli sprechi di attrezzature, forniture, idee, tempo ed energia!

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA= Erogazione di un servizio in un contesto organizzativo idoneo e congruente con le caratteristiche di complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare.

Ministero della Salute: Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche. Roma, dicembre 2012

TEMPESTIVITA'= La caratteristica di quanto viene fatto con prontezza e **al momento opportuno**, riconducibile quindi anche al concetto di utilità.

E' la capacità del sistema di fornire assistenza in tempi congrui rispetto al bisogno manifestato/riconosciuto. (Healthy People 2020. Access to Health Services. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and HealthPromotion)

TRASPARENZA= trasparenza nella comunicazione **privata** con il cittadino, e cioè fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico) e nella comunicazione **pubblica**, delle scelte organizzative e politiche.

Trasparenza significa **Confrontare e scambiare informazioni ed esperienze in un clima di collaborazione e di supporto specifico**. Coinvolgere il cittadino nella valutazione dei Servizi che riceve.

Trasparenza significa garantire la semplicità per utenti/stakeholder di reperire, acquisire e comprendere le informazioni necessarie per poter usufruire al meglio e valutare la qualità del servizio di proprio interesse.

Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche. Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici. Delibera n. 3/2012

ECONOMICITA'= Con economicità si intende la capacità una organizzazione di soddisfare i propri fini; in particolare la capacità di fornire un servizio **al minor costo con la maggior soddisfazione del cliente**. Non comporta solo l'analisi della spesa per l'intervento effettuato, ma considera la spesa per ottenere il risultato finale. (es. risparmio sul materiale ma produco LdP? Risparmio sull'organico e aumentano le cause per cadute accidentali?...)

OTTENERE IL **RISULTATO** CON LA MINORE SPESA

ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE= Corrispondenza e aggiornamento quali-quantitativo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche agli effettivi bisogni dei pazienti, alle disposizioni legislative nazionali/regionali ed alle innovazioni tecnologiche validate. AslQuAS

ACCESSIBILITA' = La facoltà o la possibilità di **accedere** a un luogo o a una **risorsa**.

Una sanità accessibile è una sanità che può essere tempestiva ed erogata in *setting* operativi facilmente raggiungibili dal punto di vista **geografico**, **logistico** e **organizzativo**, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute.

Per accessibilità tuttavia si intende anche il **superamento dei pregiudizi** che, pur inconsapevolmente, i sanitari nutrono verso alcune categorie di persone. E' dimostrato che persone provenienti da gruppi storicamente emarginati possono essere soggette a pregiudizi ingiusti che derivano da pregiudizi inconsapevoli degli operatori sanitari:

- Appartenenza ad etnie e razze emarginate
- Genere
- Orientamento sessuale
- Sieropositività (HIV)
- Età
- Disabilità
- Sovrappeso e obesità

- Condizione socio economica
- Patologie psichiatriche
- Provenienza da aree rurali marginali
- Disturbi da abuso di sostanze
- Malattie croniche complesse

Il pregiudizio può portare le persone a ricevere un **trattamento scadente**, a **ricevere diagnosi imprecise o ritardate**, può portare alla sottovalutazione di segni e sintomi riferiti, dimissione precoce, mancato/ritardato accesso al ricovero.

È importante che le istituzioni mediche e i professionisti lavorino attivamente per eliminare i pregiudizi di genere nella diagnosi medica, così come nella ricerca, nelle pratiche sul posto di lavoro e nei protocolli di trattamento.

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/biases-in-healthcare>

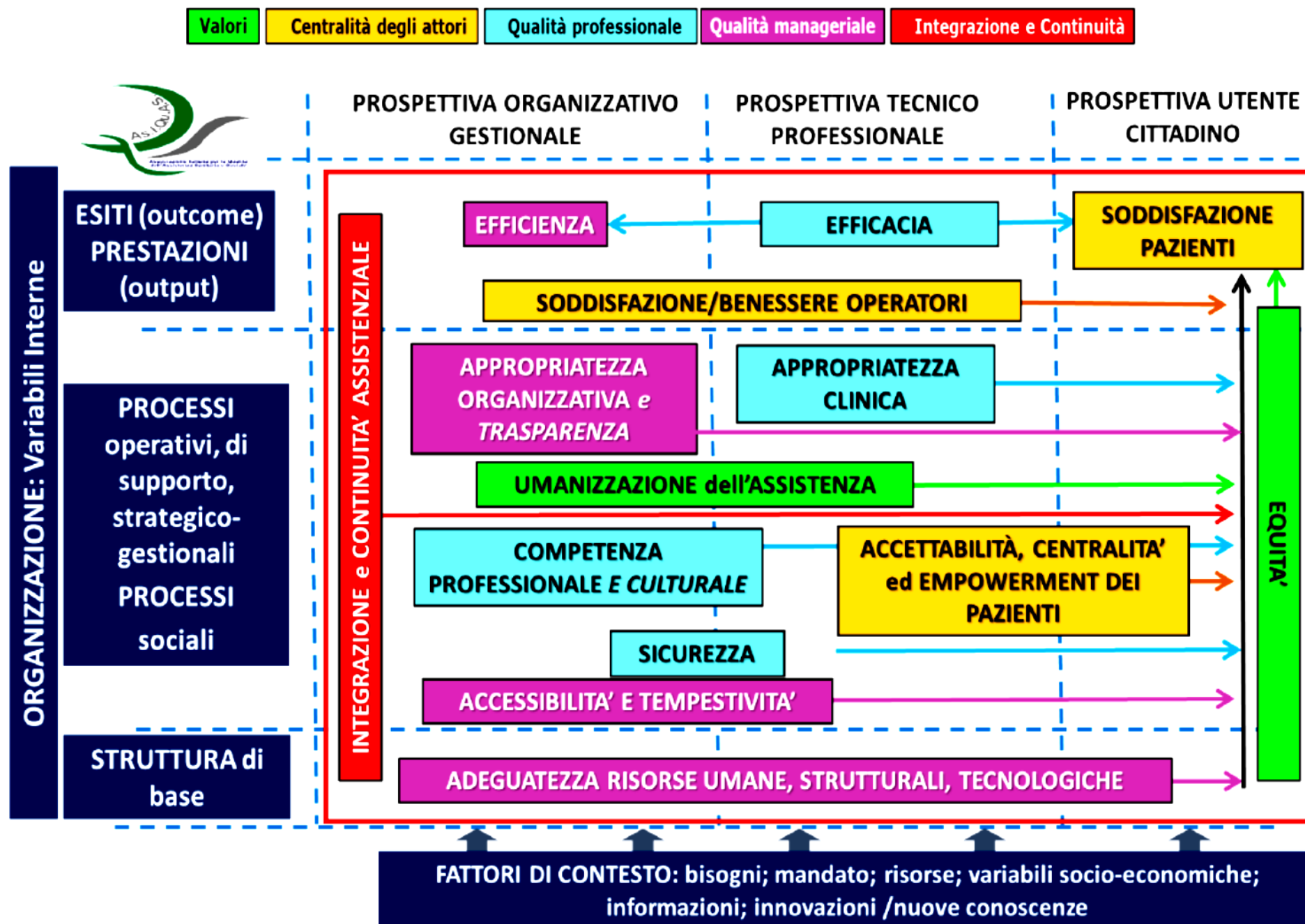
INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE= La continuità di cura è **un contesto ideale in cui un paziente ha a propria disposizione un'assistenza sanitaria coordinata e senza interruzioni**, nonostante tutte le complessità del Sistema Sanitario e il coinvolgimento di differenti specialisti in ambiti di cura (es. **PDTA**), e nonostante la necessità di allestire l'assistenza in contesti diversi (continuità H-T, medicina di prossimità, case della salute, presa in carico long term care...).

Continuità assistenziale significa **promuovere la collaborazione tra discipline professionali, organizzazioni e istituzioni secondo modalità esplicite e condivise.**

La Continuità delle cure è l'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento dei servizi (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone) **all'interno e tra le diverse istituzioni** variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti. (AslQuAS)

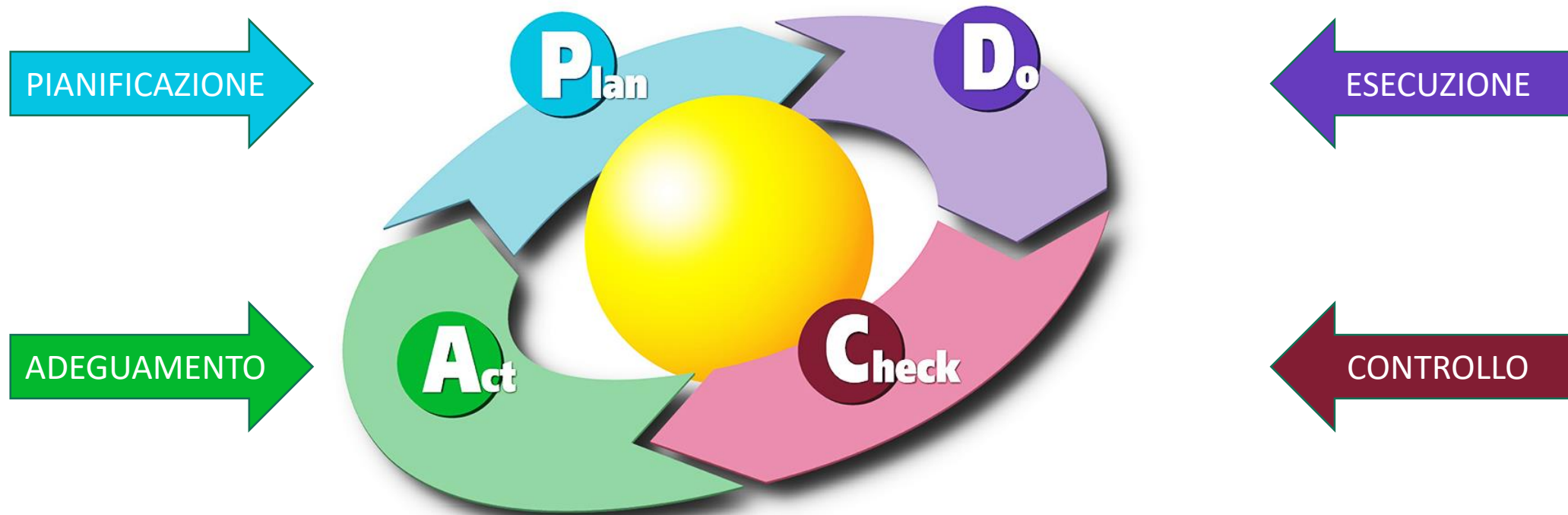
LA MATRICE FRAMEWORK ASIQUAS



PDCA

IL CICLO DELLA QUALITA'

IL CICLO DI DEMING



Il **ciclo Deming** o **ciclo PDCA** (*Plan, Do, Check e Act*), è un metodo di gestione della qualità che consente di attuare una strategia di **miglioramento continuo (a spirale)** nelle aziende, facilitando così la risoluzione dei problemi in modo strutturato e sistematico.

Questa procedura è composta da quattro fasi fondamentali: pianificazione, esecuzione, controllo e adeguamento. Il nome della procedura proviene dal cognome di **William Edwards Deming**, sebbene la creazione della stessa sia attribuita al suo mentore, Walter Shewhart.

PLAN

1. Pianificare

L'obiettivo di questa fase è definire il problema o la procedura che si desidera migliorare.

La fase di pianificazione del ciclo di Deming può essere suddivisa in tre sottoprocessi che servono a portare a termine tre azioni:

1. **Determinare le opportunità di miglioramento (= CRITICITA')** e **analizzare la situazione di partenza**. In questa azione è necessario porre l'accento sulle cause che stanno generando il problema. Il **Principio di Pareto** può esserci utile in questa fase, dice che la maggior parte degli effetti negativi di un problema (80%) sono causati da poche cause (20%).

2. **Stabilire obiettivi misurabili**. Questi devono essere specifici, realizzabili, pertinenti e orientati ai risultati.

3. **Preparare il piano d'azione**. Questo sottoprocesso include lo studio e la selezione delle opzioni correttive più appropriate, dei responsabili di ciascuna azione e delle date di esecuzione.

DO

2. Fare!

Si attua il piano di miglioramento rispettando il programma, modalità, tempi stabiliti.

OBBLIGATORIO e FONDAMENTALE: MONITORARE GLI ESITI COSTANTEMENTE!!!!

Il principio di **Pareto** è un risultato di natura statistico-empirica che si riscontra in molti sistemi complessi dotati di una struttura di causa-effetto. Il principio afferma che circa il 20% delle cause provoca l'80% degli effetti. Questi valori vanno da intendersi come qualitativi e approssimativi. Esso prende il nome da Vilfredo Pareto (1848-1923), uno dei maggiori economisti e sociologi italiani e trova applicazione in una sorprendente moltitudine di ambiti e discipline.

CHECK

3. Verificare

Valutare i risultati del piano eseguito attraverso l'analisi dei risultati monitorati. Si producono grafici, lettura critica dei dati. Possono emergere nuovi indicatori da introdurre, si rendicontano i risultati al gruppo.

Una volta valutati i risultati, possono presentarsi **due scenari**:

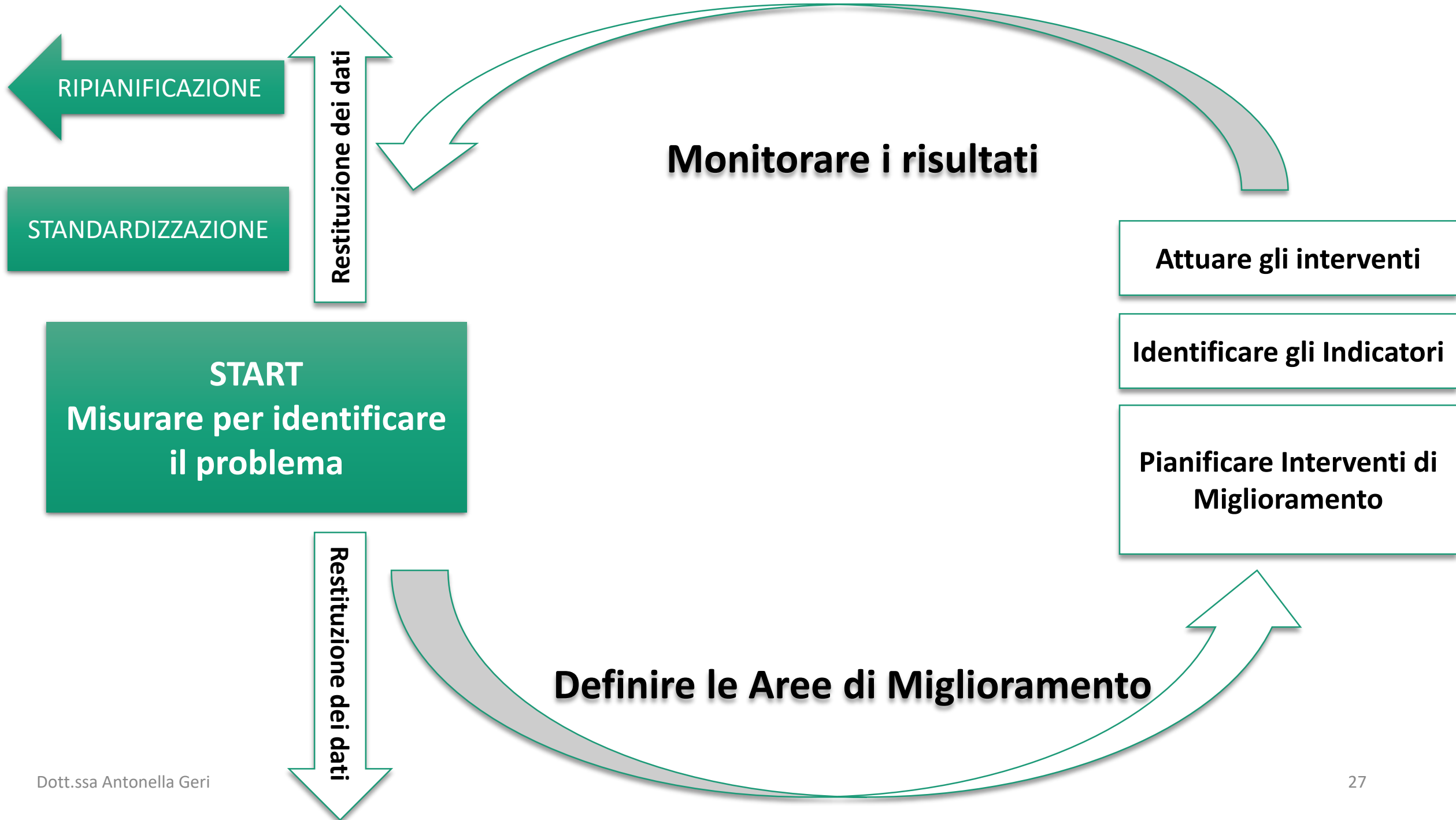
- **L'obiettivo è stato raggiunto** e il ciclo Deming passa alla fase successiva di **standardizzazione**. È essenziale verificare che non vi siano "effetti collaterali", ovvero che non si sia generato o in altre aree a seguito del ciclo.
- **L'obiettivo non è stato raggiunto**. In questo caso può essere necessario ripianificare e ripartire con il ciclo di Deming.

ACT

4. Agire

Se il ciclo si è dimostrato efficace, la modifica va documentata, **standardizzata** e controllata.

E' opportuno restituire le informazioni al personale organizzando, ad esempio, sessioni di formazione. Per un monitoraggio esaustivo dei nuovi processi, è importante definire gli indicatori chiave di prestazione da analizzare e monitorare!



COSA SONO GLI INDICATORI

Gli indicatori sono strumenti in grado di **mostrare (misurare) l'andamento di un fenomeno** che si ritiene rappresentativo per l'analisi e sono utilizzati per monitorare o valutare il grado di successo, oppure l'adeguatezza delle attività implementate.

“Un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito”.

INDICATORI DI PROCESSO

Considerato che non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti), gli indicatori di processo vengono definiti **proxy (sostitutivi)**, perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. Monitorano il processo con cui voglio ottenere il risultato (es. ho fatto TOT corsi di formazione, ho distribuito TOT questionari, ho fatto TOT vaccinazioni, ho fatto TOT interventi di educazione sanitaria...)

INDICATORI DI ESITO (misura l'OUTPUT)

Documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbidità), oppure economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente). Sono indicatori del risultato ottenuto mediante il processo (es. i discenti hanno aumentato le loro competenze, ho definito i risultati della ricerca, ho abbassato l'incidenza della malattia, le abitudini di vita delle persone educate sono migliorate...)

INDICATORI DI IMPATTO (misura l'OUTCOME)

Esprimono l'impatto che il piano di miglioramento ha sulla salute, sono in forte interdipendenza con fattori anche esterni all'azione. (Es. la cultura delle persone e del gruppo è accresciuta e i comportamenti sono modificati, la ricerca ha portato ad attuare cambiamenti migliorativi, lo stato di salute delle persone e della popolazione è migliorato...)

COME DEVONO ESSERE GLI INDICATORI

semplici e poco costosi da ricavare

credibili

confrontabili

condivisibili, cioè trasparenti

controllabili

significativi e pertinenti

rilevati puntualmente

facilmente accessibili

semplici da interpretare

facilmente riproducibili e
rappresentabili

misurabili oggettivamente
(ad es. una quantità, un conteggio, una percentuale, un rapporto, ecc)

COME DEVONO ESSERE GLI OBIETTIVI



ADERENTI ALLE LINEE STRATEGICHE

SFIDANTI (CHALLENGING)

SPECIFICI

MISURABILI

RAGGIUNGIBILI (ACHIEVABLE)

RILEVANTI

TEMPORIZZATI

COSTRUIRE LA QUALITA' DI UNA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

L'ACCREDITAMENTO AUTORIZZATIVO O ISTITUZIONALE

L'**accreditamento istituzionale** è il processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la **possibilità di erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale**.

Si tratta di un **processo di accertamento del possesso di standard qualitativi** predeterminati in relazione alla tipologie delle prestazioni da erogare, necessario per ottenere lo status di ente appartenente al SSN

L'ACCREDITAMENTO VOLONTARIO ALL'ECCELLENZA

L'accreditamento all'eccellenza è un percorso volontario nel quale un **Ente esterno** valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

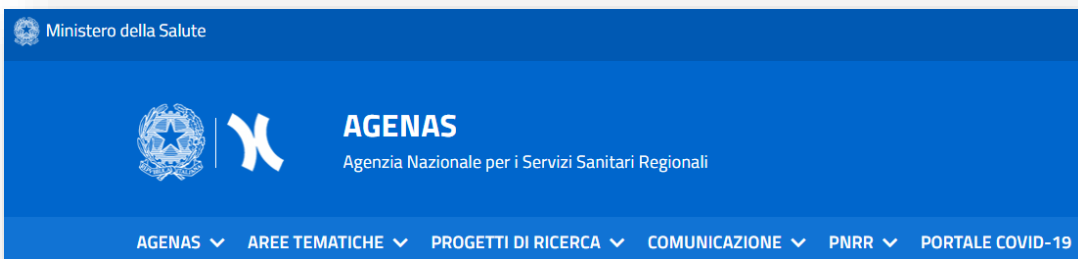
A partire dai D.L. 502/'92 e D.L.517/'93 si è avviato un cambiamento profondo del modello di erogazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo che una pluralità di soggetti possano operare all'interno del SSN, tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta : l'obiettivo dichiarato è quello di introdurre meccanismi di concorrenza tra i vari soggetti erogatori, nell'ipotesi che ciò contribuisca ad un miglioramento del livello di efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il D.L. 517/93 fissa i tre elementi fondamentali che regolano i rapporti tra azienda sanitaria, erogatori di prestazioni e cittadini utenti: questi sono "...fondati sul criterio dell'accREDITAMENTO delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate" (art.8). **L'accREDITAMENTO istituzionale o autorizzativo si avvia come un processo di verifica di conformità a *standard* di qualità stabiliti dalle Regioni per accedere a contratti col SSN.** La valutazione è prevista dalla normativa per poter operare come fornitore nell'ambito del SSN; il mancato accREDITAMENTO ha quindi, effetti sanzionatori in quanto non consente di svolgere tale ruolo.

La normativa attuale di riferimento è il **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70** ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") e il **decreto 23 maggio 2022, n. 77**, del Ministero della Salute concernente il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", **cosiddetto DM 71/2022.**

Sono stati predisposti dall'AGENAS **quattro manuali operativi** che, riprendendo i contenuti del Disciplinare tecnico del 2015, hanno declinato i requisiti e le evidenze per le diverse tipologie di strutture.

Il nuovo modello di accreditamento istituzionale si articola nelle quattro fasi del Ciclo di Deming (PDCA, acronimo di Plan–Do–Check–Act, in italiano "Pianificare - Fare - Verificare - Agire"), si basa sulle evidenze individuate dal “Disciplinare per la revisione della normativa sull’accreditamento”, recepisce gli standard di qualità del DM n.70/2015.

I manuali proposti da AGENAS tendono verso un percorso di sviluppo progressivo del sistema e una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti finalizzata a innescare processi di miglioramento continuo e rendere tangibile l'impegno concreto di ciascuna organizzazione sanitaria nel migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza erogata. I manuali vanno contestualizzati alle differenti realtà regionali e rappresentano un riferimento operativo che può essere modificato, integrato e migliorato, fermo restando la necessità di ottemperare alle evidenze definite dal “Disciplinare per la revisione della normativa sull’accreditamento” appositamente evidenziate nel testo con il carattere grassetto.



<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/accreditamento/governance-nazionale>

1. [Proposta modello di accreditamento delle strutture ospedaliere](#) (PDF)
2. [Proposta modello di accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera](#) (PDF)
3. [Proposta modello di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale](#) (PDF)
4. [Proposta modello di accreditamento delle strutture di medicina di laboratorio](#) (PDF)

La visita di accreditamento istituzionale o autorizzativo

Nell'accREDITAMENTO autorizzativo la visita assume il carattere di una visita ispettiva: compito del valutatore è l'individuazione delle non conformità esistenti.



L'ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

E' il processo mediante il quale un'organizzazione sanitaria, su richiesta **volontaria**, viene valutata al fine di stabilirne **l'aderenza a standard di eccellenza studiati per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza sanitaria**.

E' inoltre la manifestazione **dell'impegno concreto** di un'organizzazione sanitaria a migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza erogata, a garantire un ambiente sanitario sicuro e ad adoperarsi in modo costante per ridurre i rischi a carico dei pazienti e del personale.

L'accreditamento di eccellenza esprime il livello di qualità e di eccellenza raggiunto da una struttura sanitaria nell'ambito di un processo valutativo dinamico orientato al **miglioramento continuo**, in relazione ad obiettivi predefiniti di performance, in termini di qualità e sicurezza delle cure sanitarie.

La preparazione richiede tempo e una conoscenza approfondita degli **standard**.

Nell'accreditamento all'eccellenza, la visita è occasione per un **confronto** tra pari sui problemi esistenti al fine di promuovere un miglioramento organizzativo. Di conseguenza il valutatore svolge più un ruolo di **consulente** e tende ad evidenziare gli aspetti positivi, la qualità della prestazione professionale realizzata o realizzabile, concorre ad individuare le possibili aree di miglioramento.

Gli standard sono suddivisi per **Area Clinica**, comprendono sia le attività **Ospedaliere** che **Territoriali**. Nei mesi che precedono il processo, vengono forniti dei manuali per l'autovalutazione dell'Organizzazione.

Le visite di Accredimento si svolgono da parte della Commissione Accreditante congiuntamente con il personale sanitario.

Tutti i livelli dell'organizzazione vengono coinvolti.

Le principali Organizzazioni Internazionali di Accreditamento

- Stati Uniti d'America - *Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)* e *Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO).*
- Australia - *Australia Council on Healthcare Standard (ACHS)*
- Canada – *Canadian Council on Health Services Accreditation (CHSA)*
- Regno Unito - *King Fund Organization Audit (KFOA)*

ACCREDITATION CANADA

PRATICHE ORGANIZZATIVE OBBLIGATORIE

MANUALE 2016

Programma Qmentum International: Versione 3
per le visite di accreditamento a far data dal 1° aprile 2016

Nel **Programma di Accreditamento Internazionale Qmentum**, le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche basate sulle evidenze che trattano le aree di alta priorità ritenute fondamentali per la qualità e per la sicurezza. Accreditation Canada definisce una POO come una pratica essenziale che ogni organizzazione è tenuta a mettere in atto allo scopo di incrementare la sicurezza del paziente e di minimizzare il rischio.

P
ratiche

O
rganizzative

O
bbligatorie

Cultura della sicurezza

Responsabilità per la Qualità

Gestione di incidenti sulla sicurezza dei pazienti

Relazioni trimestrali sulla sicurezza dei pazienti

Processo comunicativo sugli incidenti sulla sicurezza dei pazienti...

Comunicazione

Identificazione dei pazienti

Lista di abbreviazioni proibite

Farmacia di comunità

Riconciliazione farmacologica come priorità strategica

Riconciliazione farmacologica durante le transizioni assistenziali

Servizi di terapia intensiva

Servizi ambulatoriali

Servizi di assistenza domiciliare e sul territorio

Pronto soccorso

Servizi di assistenza a lungo termine

Checklist per la sicurezza in chirurgia

Trasferimento delle informazioni durante le transizioni assistenziali .

Uso dei farmaci

Programma di gestione degli antimicrobici
Elettroliti concentrati.....
Sicurezza nell'uso di eparina
Medicinali ad alto livello di attenzione.....
Farmacia di comunità.....
Sicurezza delle pompe a infusione
Sicurezza nell'uso dei narcotici.....

Controllo delle infezioni

Conformità all'igiene delle mani
Formazione e addestramento sull'igiene delle mani..
Tassi di infezione
Sanificazione.....

Ambiente di lavoro/Capitale Umano

Programma di manutenzione preventiva
Formazione e addestramento sulla sicurezza dei pazienti
Prevenzione della violenza sul luogo di lavoro ..
Flusso dei pazienti
Piano per la sicurezza dei pazienti

Valutazione dei rischi

Prevenzione delle cadute e riduzione delle lesioni
Servizi ospedalieri.....
Servizi di assistenza a lungo termine.....
Valutazione del rischio per la sicurezza in ambiente domestico.....
Prevenzione delle lesioni da decubito.....
Prevenzione del suicidio
Profilassi del tromboembolismo venoso (TEV)
Trattamento di lesioni cutanee.....
POO negli standard

Gli Standard di accreditamento e i manuali

- 1-Abuso sostanze e gioco d'azzardo
- 2-Case management
- 3-Cure oncologiche
- 4-Dipartimento di emergenza
- 5-Donatori organi e tessuti deceduti
- 6-Gestione dei medicinali
- 7-Hospice cure palliative fine vita
- 8-Leadership
- 9-Preparazione alle emergenze e disastri
- 10-Prevenzione e controllo delle infezioni
- 11-Salute e benessere della popolazione
- 12-Servizi ambulatoriali
- 13-Servizi di area critica
- 14-Servizi di assistenza domiciliare
- 15-Servizi di assistenza primaria
- 16-Servizi di diagnostica per immagini
- 17-Servizi di eccellenza
- 18-Servizi di laboratorio biomedico
- 19-Servizi di lungodegenza
- 20-Servizi di ostetricia
- 21-Servizi di riabilitazione
- 22-Servizi di salute mentale
- 23-Servizi di sanità pubblica
- 24-Servizi medici di emergenza e trasporto intraospedaliero
- 25-Servizi odontoiatrici
- 26-Servizi ospedalieri
- 27-Servizi per la disabilità intellettiva e dello sviluppo
- 28-Servizi per la salute degli animali e sicurezza alimentare
- 29-Servizi perioperatori e procedure invasive
- 30-Servizi trasfusionali
- 31-Sterilizzazione dispositivi medici
- 32-Strutture residenziali per anziani
- 33-Telemedicina
- 34- Correctional Services
- Aggiornamento del Programma Qmentum International
- Manuale POO
- Outbreak Preparedness Assessment Tool - Final - April 4 2021 (003)
- PCHS (1)
- POCT-2018-EN
- Raccolta di Criteri per le Strutture Accademiche e di Ricerca
- Strumento di Valutazione dello Stato di Preparazione alle Epidemie

L'accreditamento è...

Un processo tramite il quale le organizzazioni esaminano e migliorano regolarmente e costantemente i propri servizi.

Uno strumento per identificare le aree di miglioramento.

Una misura dei servizi di un'organizzazione rispetto a degli standard di eccellenza

- Fornisce analisi della qualità dei servizi erogati
- Identifica i punti di forza e le aree di miglioramento dei processi
- Confronta i servizi erogati con gli standard internazionali di eccellenza
- Offre un processo graduale che riconosce diverse fasi di miglioramento della qualità
- Aumenta la capacità di gestire cambiamenti complessi

Copyright ©2018 HSO e i suoi concessionari di licenze. Tutti i diritti riservati.



La visita di accreditamento all'eccellenza

Nell'accreditamento di eccellenza, la visita è invece occasione per un confronto tra pari sui problemi esistenti al fine di promuovere un miglioramento organizzativo. Di conseguenza il valutatore svolge più un ruolo di consulente e tende ad evidenziare gli aspetti positivi, la qualità della prestazione professionale realizzata o realizzabile, concorre ad individuare le possibili aree di miglioramento.



A 3D bar chart with five bars of increasing height, colored red, orange, yellow, light green, and dark green. A blue line graph is overlaid on the bars, showing a fluctuating upward trend. The chart is set against a white background with a light gray grid on the floor.

**Arrivederci!
A presto!**