

I Sistemi Qualità

Dr. Ulrich Wienand

Marzo 2016

Mission di un'Organizzazione Sanitaria

- curare ed assistere persone che vi si rivolgono con bisogni di tipo sanitario
- migliorare lo stato di salute dei pazienti
- erogare prestazioni sanitarie di elevata qualità



Prodotto – Servizio

- in ambito industriale: beni materiali tangibili
- in ambito servizi: immateriali
- = prestazione (?)
- = miglioramento stato salute (?)
- output



Prodotto – Servizio

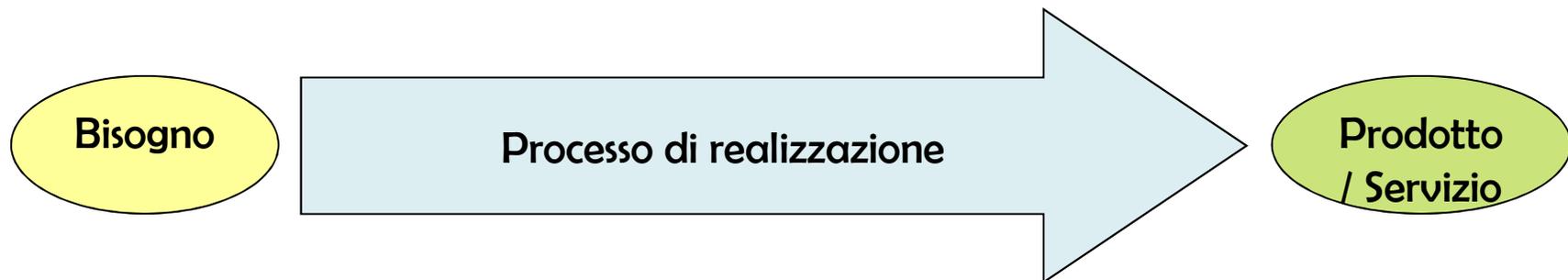
- È la ragione per cui un cliente si rivolge ad una organizzazione
- Legittima l'esistenza dell'organizzazione stessa

Dpcm 19 maggio 95



QUALITA'

L'insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruitori.



Sistema QUALITA'

Insieme di responsabilità, struttura organizzativa, procedure, attività, capacità, risorse, che mira a garantire che processi, prodotti, servizi soddisfino i bisogni dei clienti/fruitori.

Elementi Sistema Qualità

1. Mission:

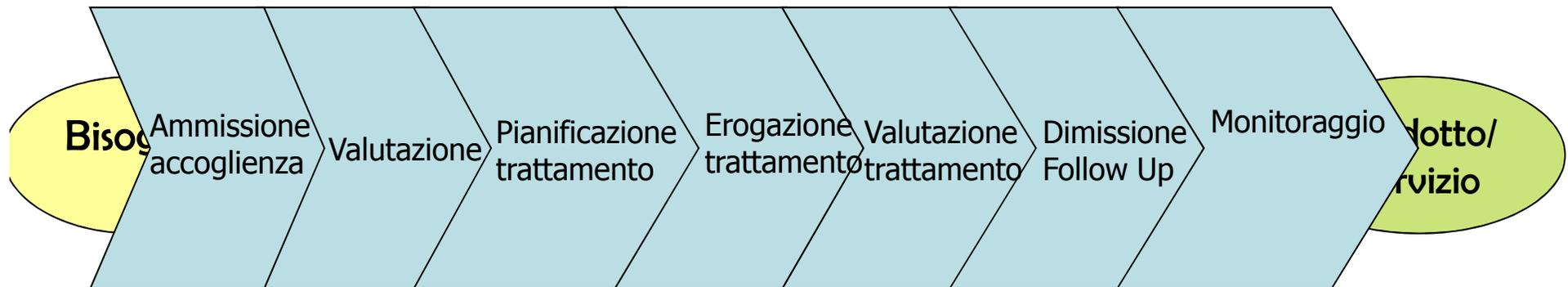
- individuare fruitori/clienti
- partire da valori

2. Prodotti:

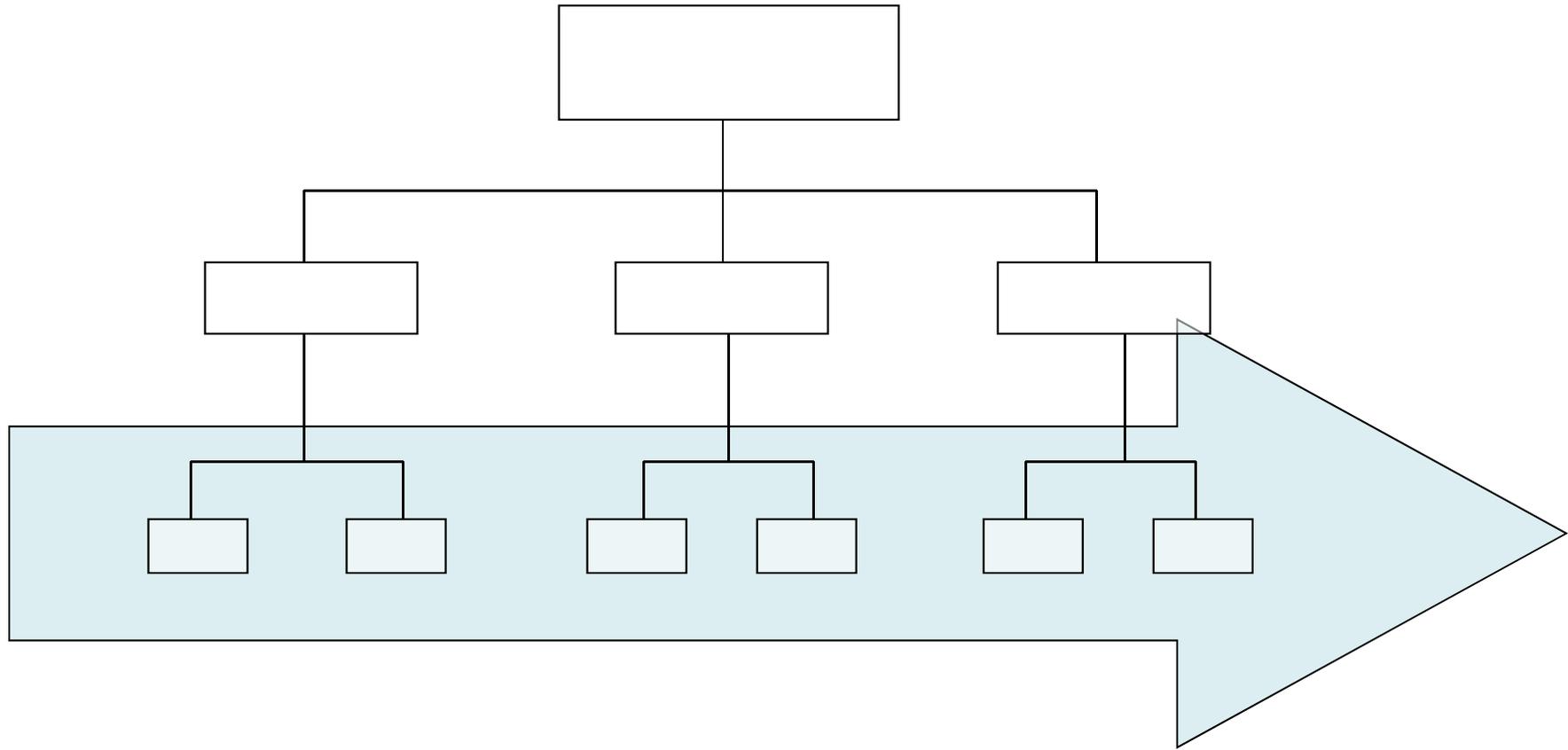
- individuare prodotti ..
- .. le caratteristiche di qualità
- definire il livello di qualità dei prodotti

Prodotto – Servizio

- Risultato di una sequenza di attività organizzate e finalizzate che ha valore per il cliente finale
- “Processo”



AZIENDA

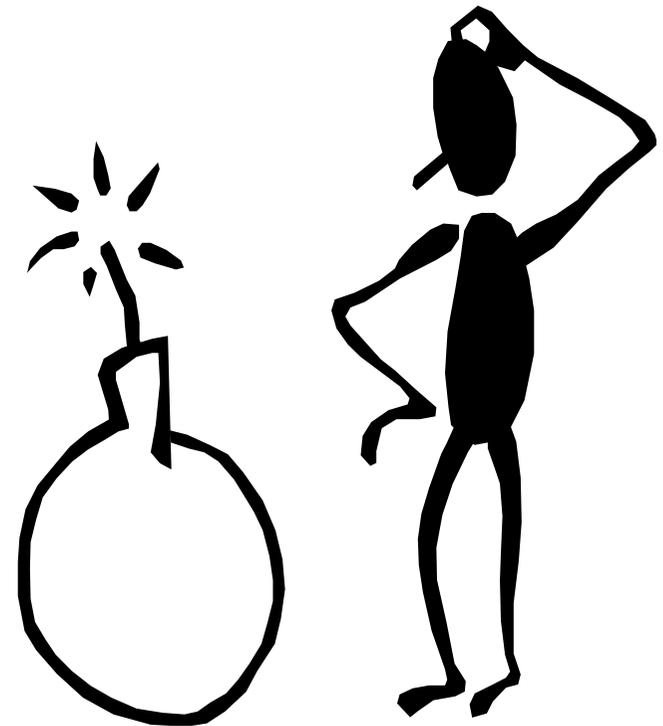


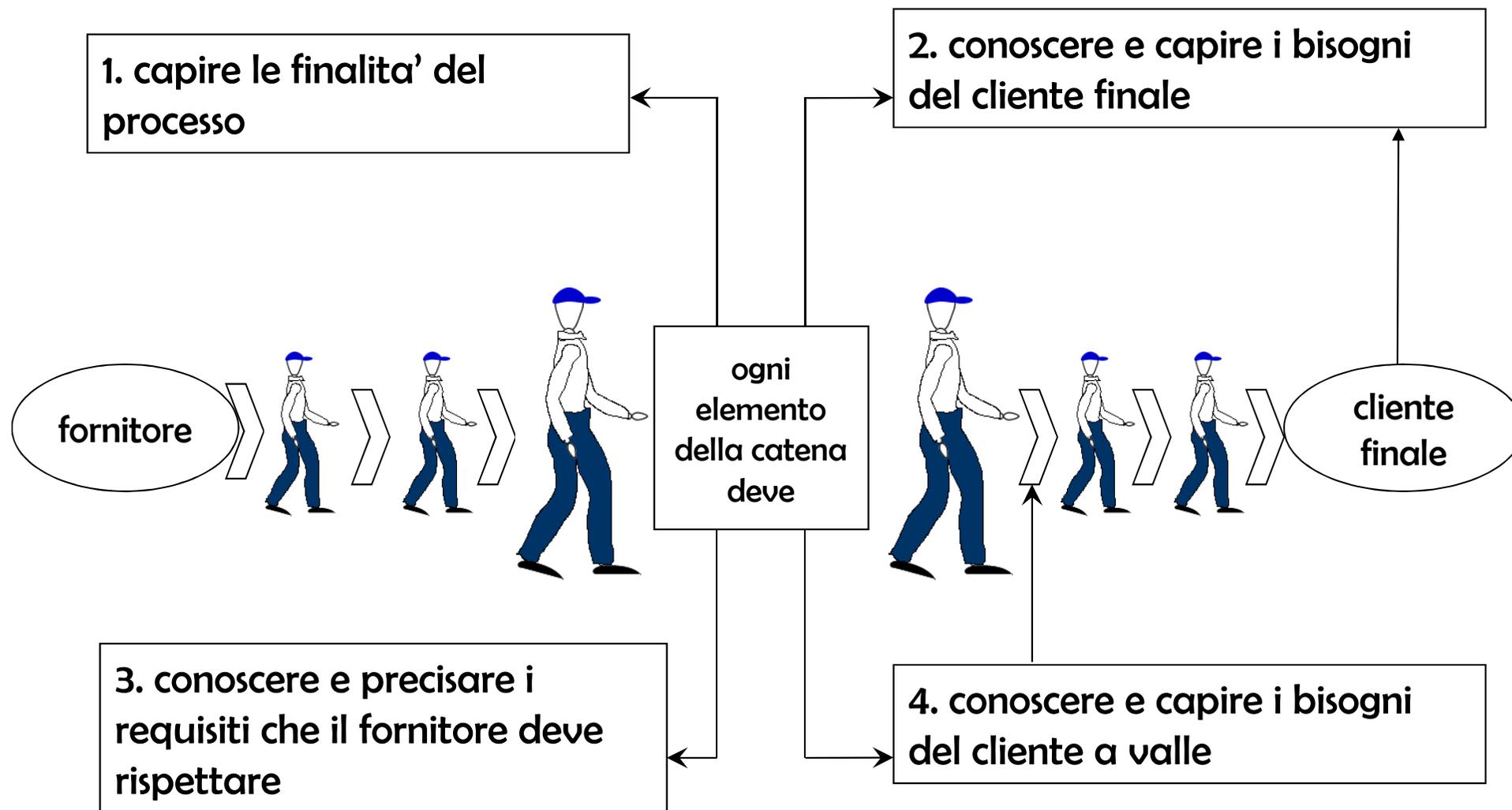
sono i processi a creare valore

Perche' è difficile ragionare per Processi ?

Le organizzazioni non sembrano costruite per erogare servizi ai clienti ma per preservare l'ordine interno....
La struttura interna può costituire una barriera nei confronti dei clienti.... Le strutture organizzative sono verticali, mentre il servizio al cliente è orizzontale.”

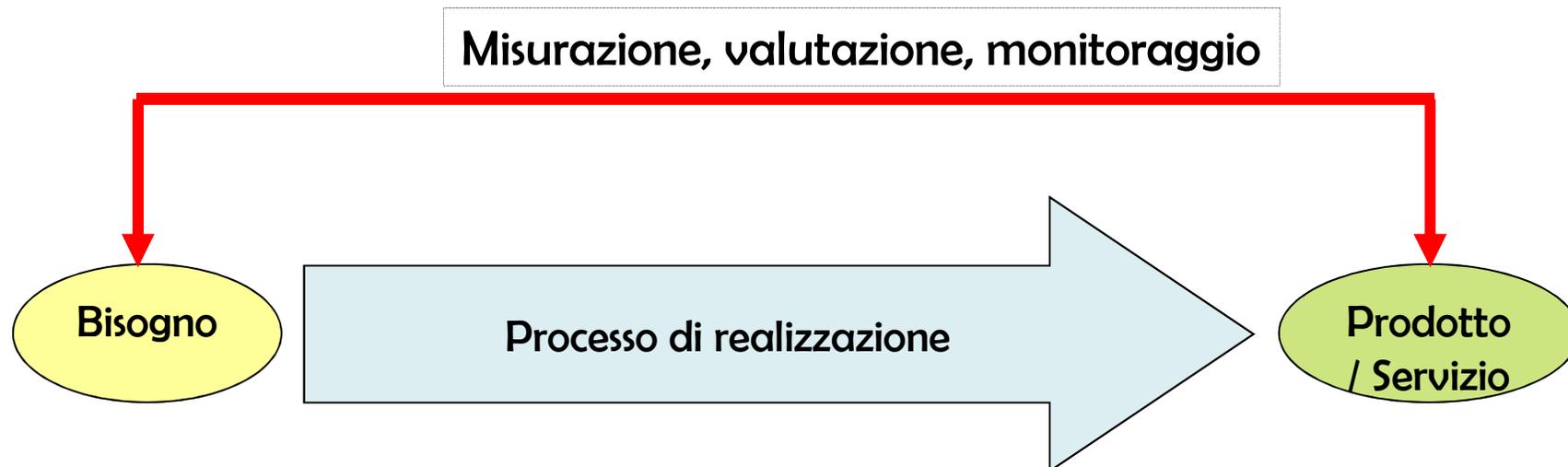
George Fisher (CEO Motorola)



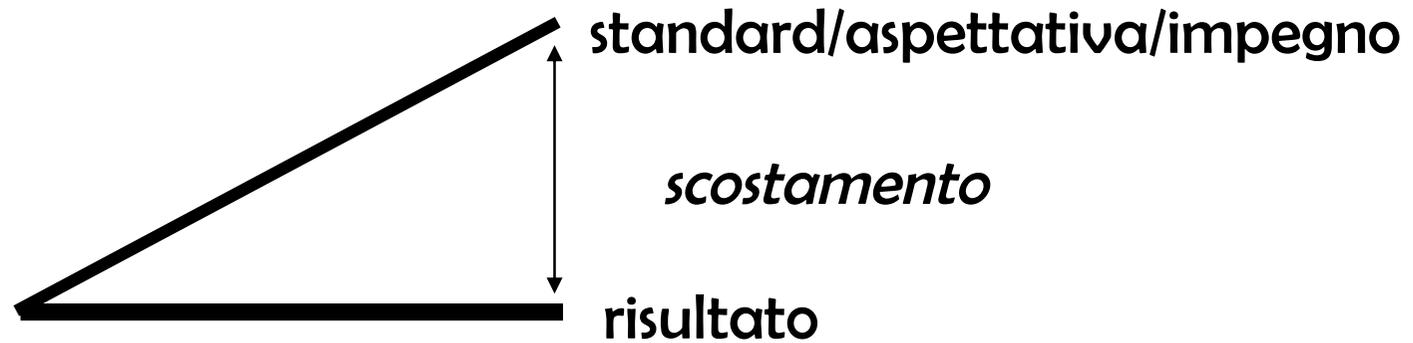


QUALITA'

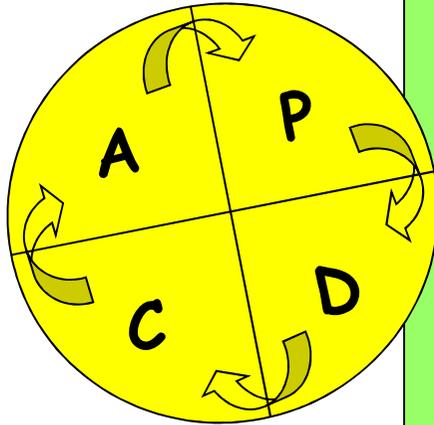
- dal latino “qualis”: proprietà che caratterizza persona, animale, cosa, oggetto
- **Valutazione:** processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge determinati obiettivi
- **Monitoraggio:** modalità sistematica di valutazione continua delle attività basata sulla documentazione esistente
- **Indicatore:** strumento di misurazione



Lo scostamento e il livello di insoddisfazione sono misurabili



Il Ciclo della Qualità (PDCA)



PLAN (PIANIFICARE)

1. Individuazione del problema
2. Analisi del problema
3. Ricerca delle cause
4. Identificazione delle soluzioni

DO (ESEGUIRE)

5. Attuazione delle soluzioni

CHECK (CONTROLLARE)

6. Valutazione dell'efficacia delle soluzioni

ACTION (STANDARDIZZARE)

7. Standardizzazione definitiva delle soluzioni e revisione dell'attività svolta

Avere sotto controllo le attività

S = (standard) definire uno standard

D = (do) mettere in atto

C = (check) controllare

A = (act) agire per ripristinare lo standard

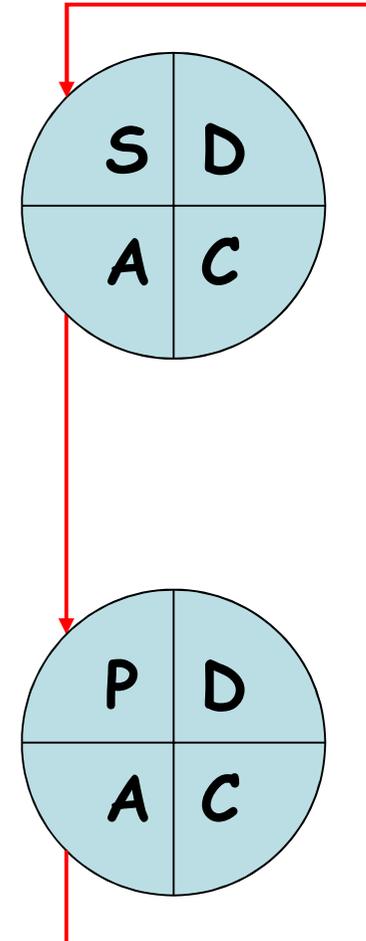
Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi

P = (plan) pianificare un nuovo standard

D = (do) sperimentare

C = (check) valutare

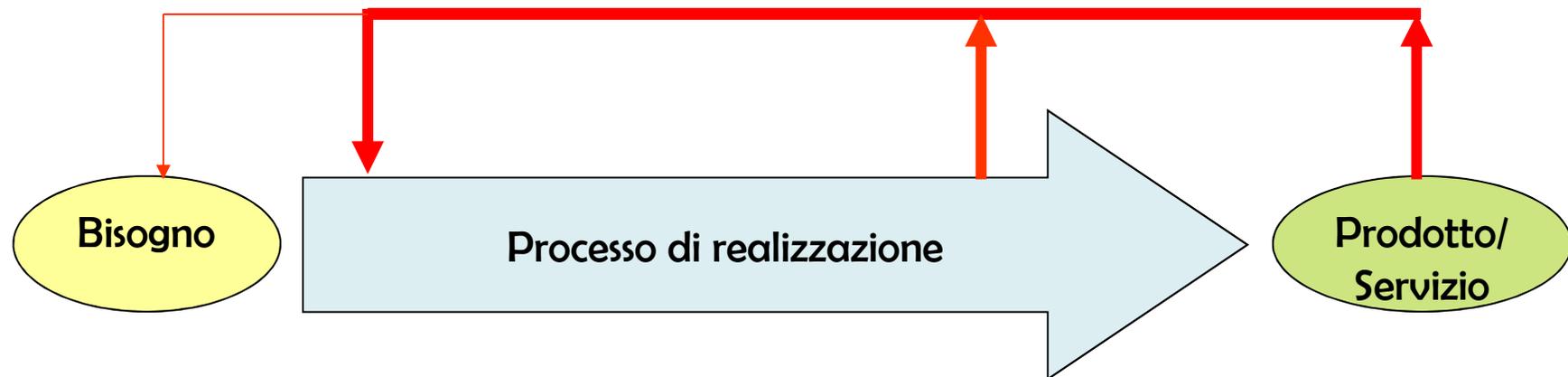
A = (act) modificare/migliorare lo standard



Ciclo della Qualità

Un sistema, per quanto ben organizzato, deve ricercare un proprio miglioramento continuo in quanto:

- le regole studiate a tavolino devono essere valutate dopo la loro applicazione;
- le variabili da gestire in un sistema complesso sono molte e non si riescono sempre a prevedere tutte;
- il contesto cambia continuamente.



Elementi Sistema Qualità

1. Mission:

- individuare fruitori/clienti
- partire da valori

2. Prodotti:

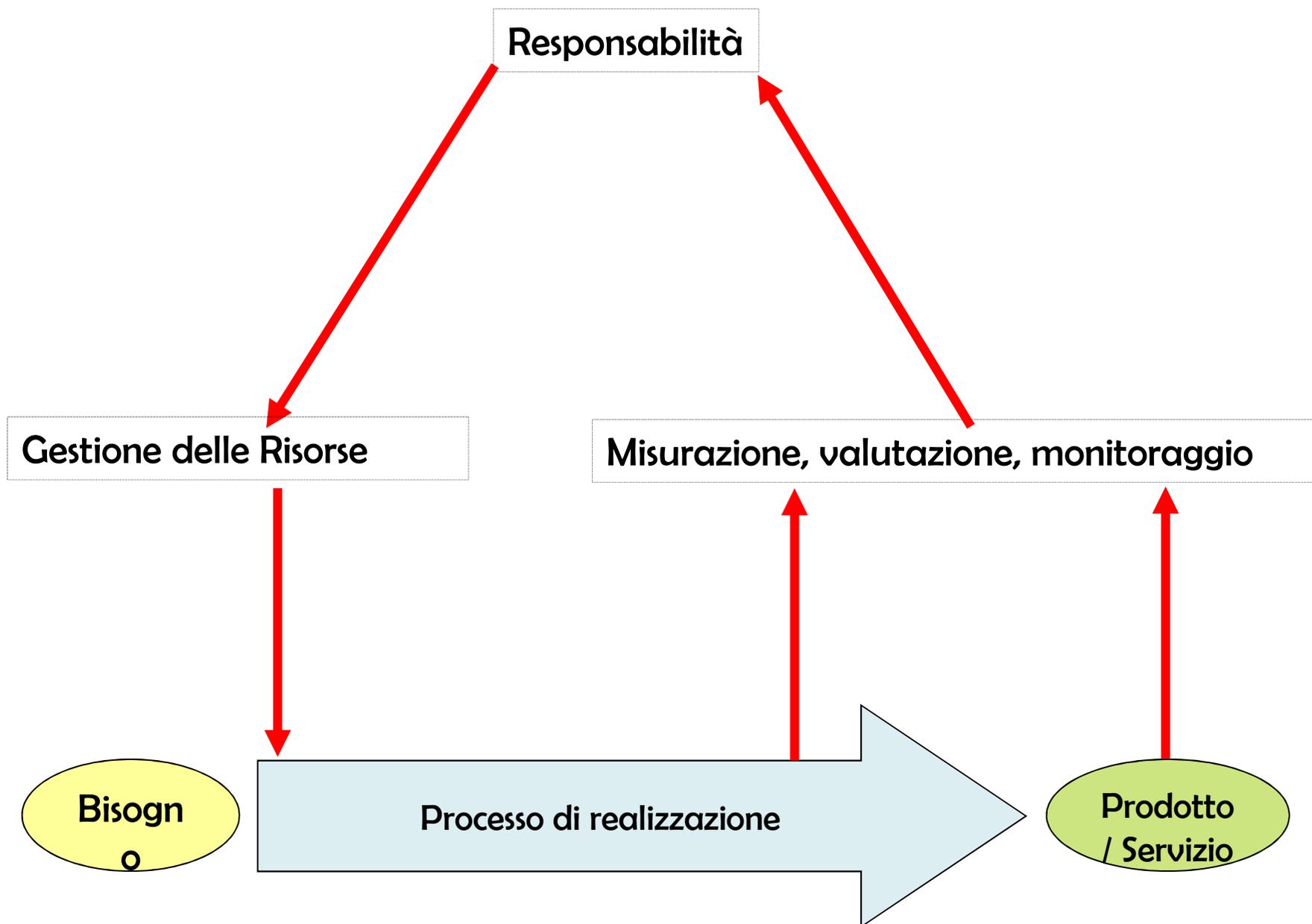
- individuare prodotti
- definire il livello di qualità dei prodotti

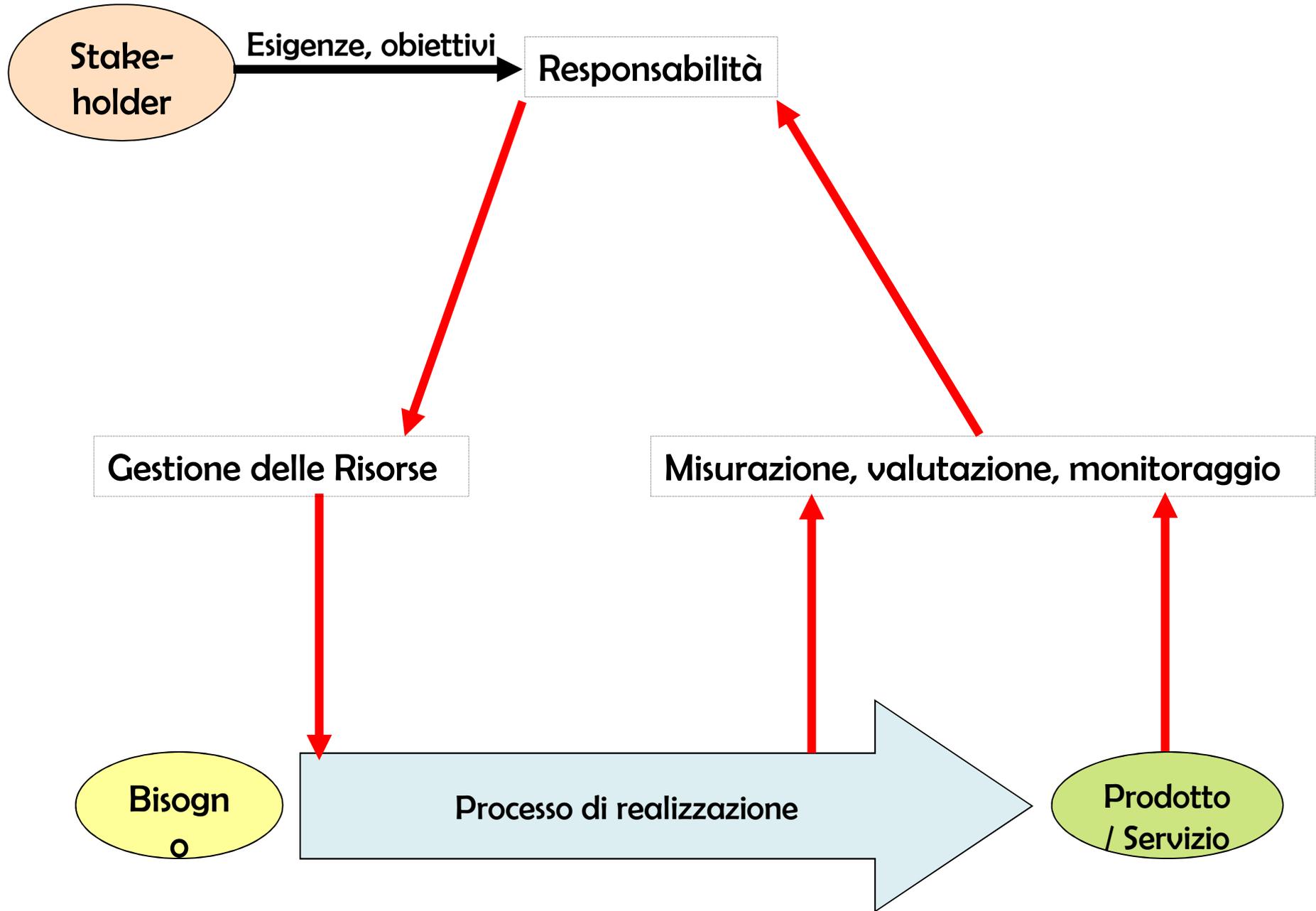
3. Processi

- analizzare i processi

4. Monitoraggio e miglioramento

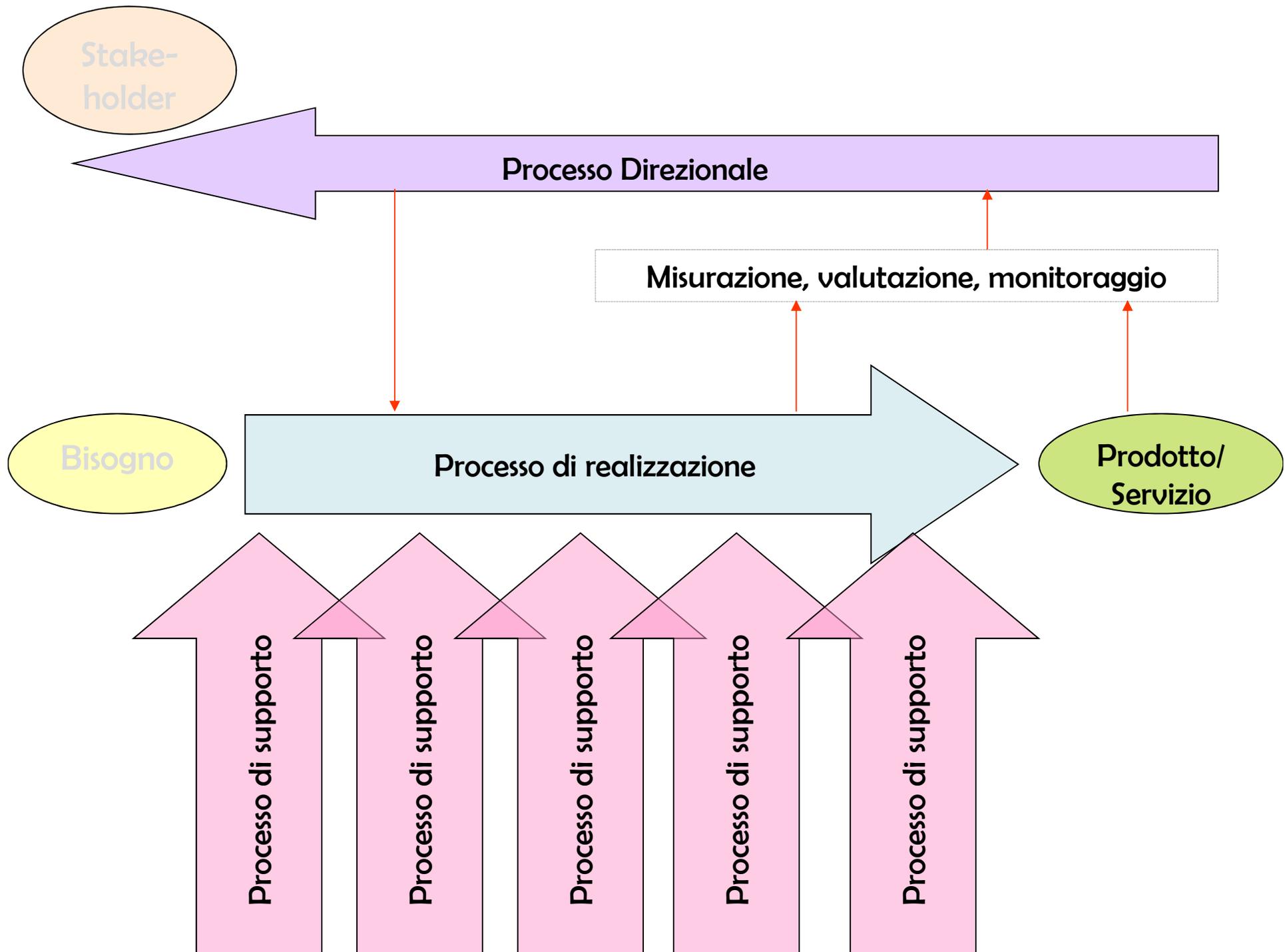
- definire indicatori
- misurare qualità del prodotto
- Ciclo di miglioramento della Qualità (PDCA)

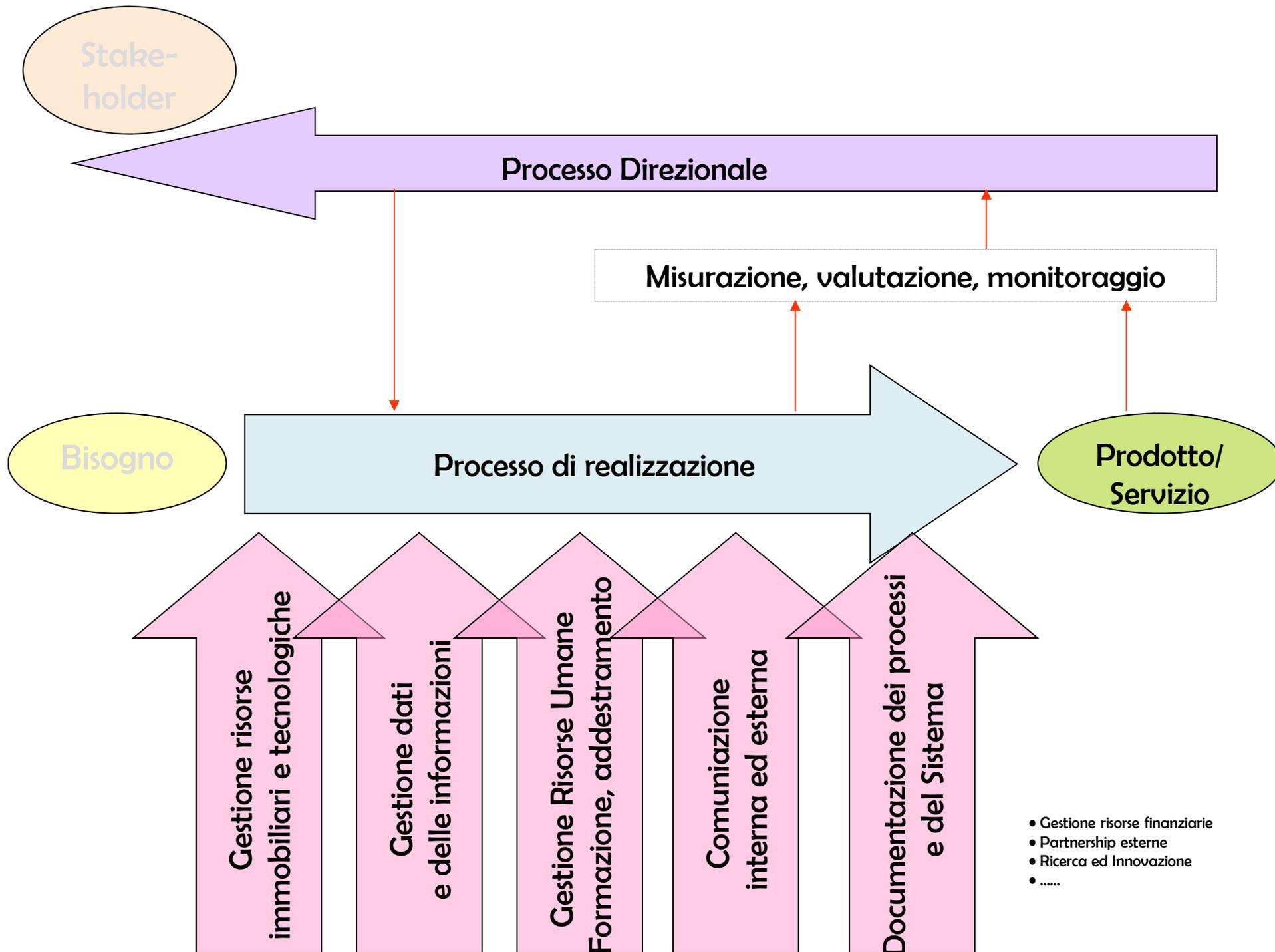




Elementi Sistema Qualità

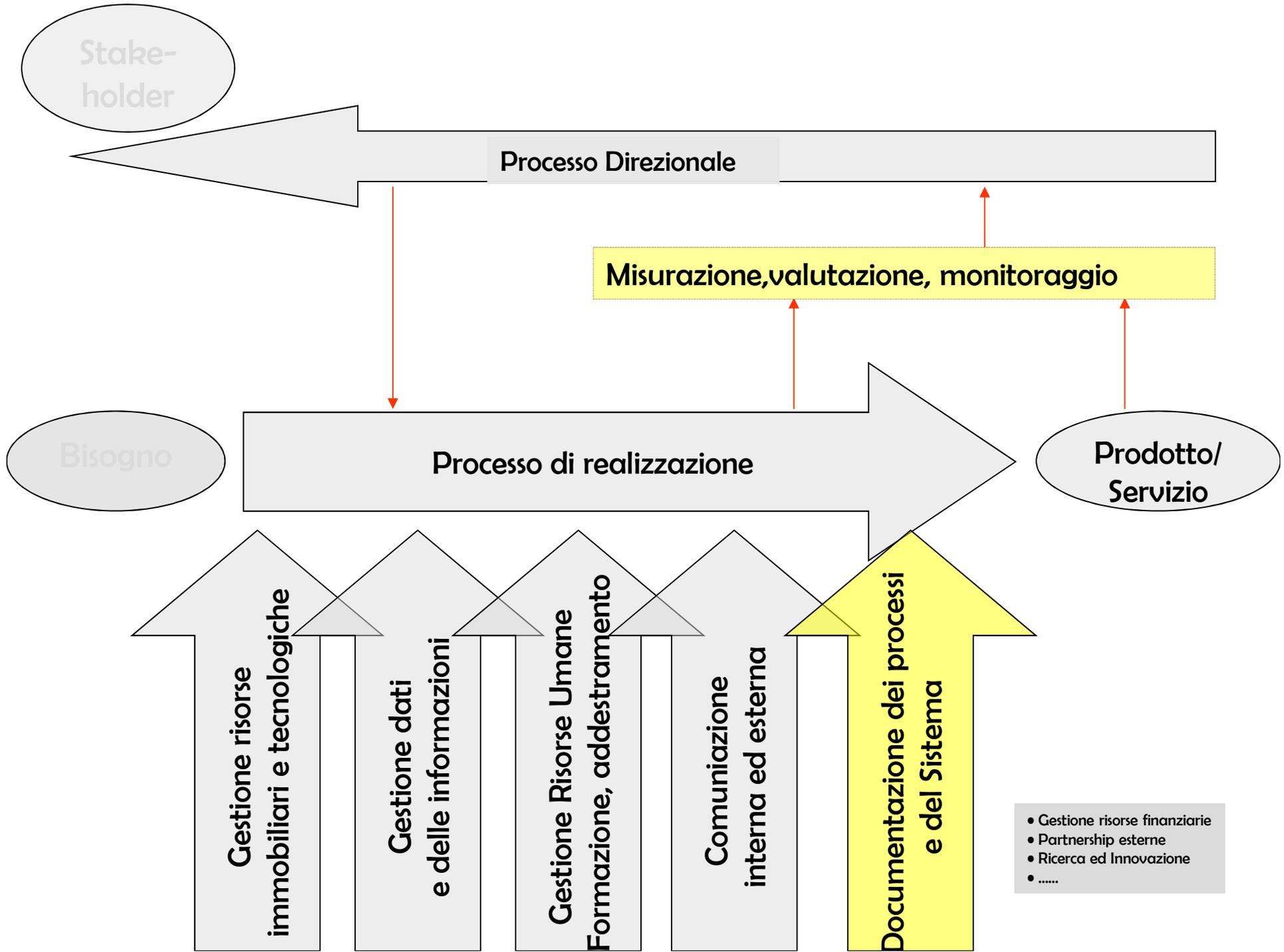
1. Mission: clienti, valori
2. Prodotti: livello qualità
3. Processi: analizzati
4. Monitoraggio e miglioramento: indicatori, ciclo PDCA
5. **Organizzazione:**
 - definizione responsabilità, organigrammi
 - obiettivi generali e specifici
 - pianificazione e verifica
 - individuazione stakeholder





Elementi Sistema Qualità

1. Mission: clienti, valori
2. Prodotti: livello qualità
3. Processi: analizzati
4. Monitoraggio e miglioramento: indicatori, ciclo PDCA
5. Organizzazione: responsabilità, obiettivi, pianificazione, verifica
6. **Gestione controllata dei processi di supporto:**
 - Risorse Umane (formazione)
 - Struttura e tecnologie
 - Sistema informativo
 - Comunicazione (interna ed esterna)
 - Documentazione



Prospettiva storica:
modelli nati nel mondo
dell'industria

Dal Controllo della Qualità ai Sistemi Qualità

- Controllo Qualità: conformità del prodotto alle specifiche definite in progettazione
- Controllo solo alla fine del processo
- Tecniche statistiche + grande esigenza di personale addetto
- Nessun feedback da parte dei clienti

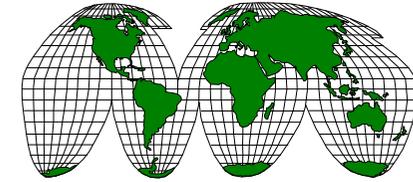
Dal Controllo della Qualità ai Sistemi Qualità

- Garanzia Qualità: norme internazionali, prima BSI poi ISO (fino a 9001:1994)
- Anche : accreditamento strutture sanitarie
- Comprende la complessità dei processi di supporto e di management
- Non offre garanzie sui risultati

Dal Controllo della Qualità ai Sistemi Qualità

- Sistemi Qualità e Modelli di Eccellenza:
- La soddisfazione del cliente è al centro del sistema
- Non solo complessità organizzativa, ma anche variabili "soft" : leadership, motivazione, soddisfazione dipendenti
- Vengono pesati anche i risultati
- Miglioramento Continuo

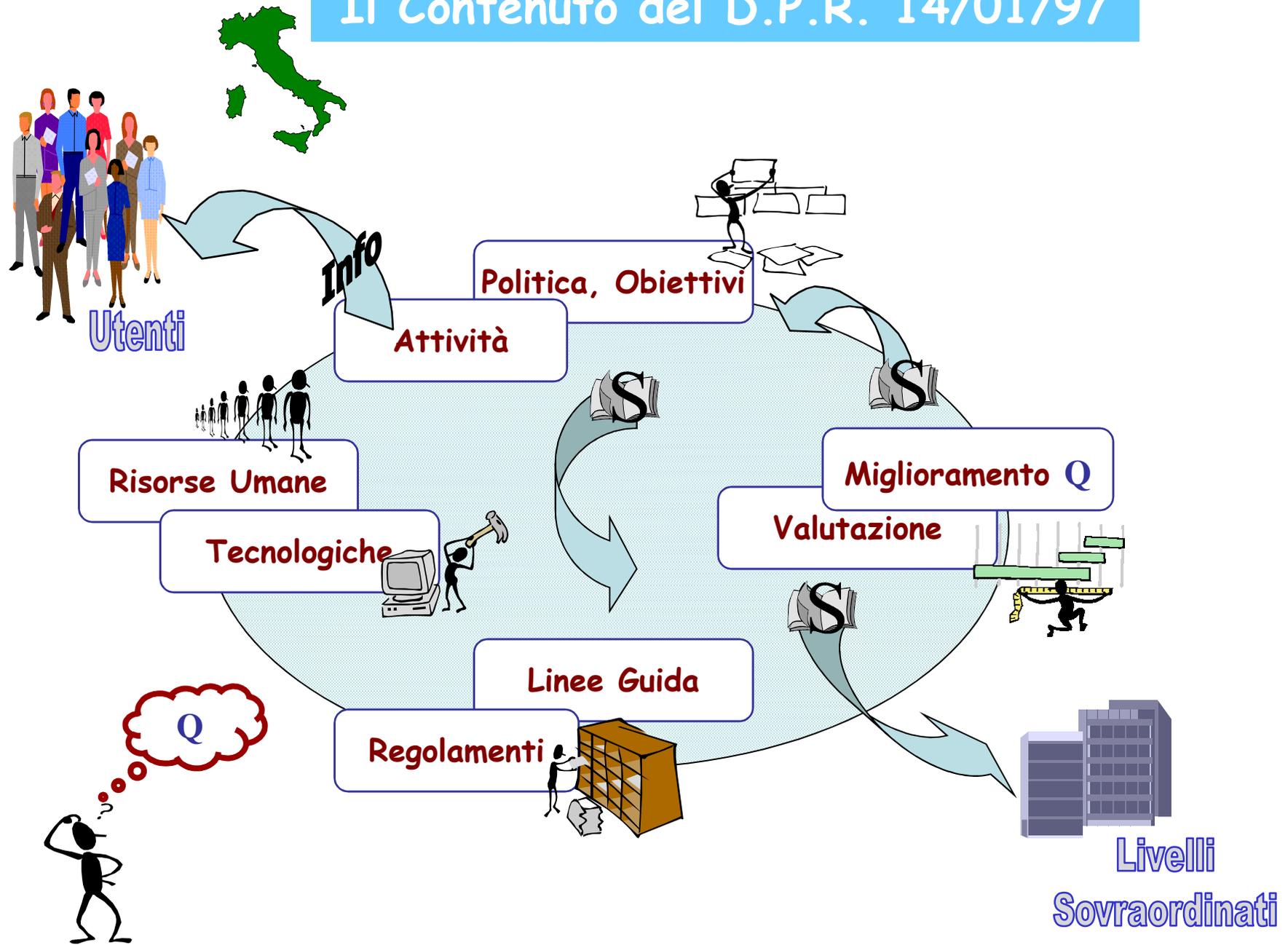
Il modello ISO di riferimento per la "Certificazione"

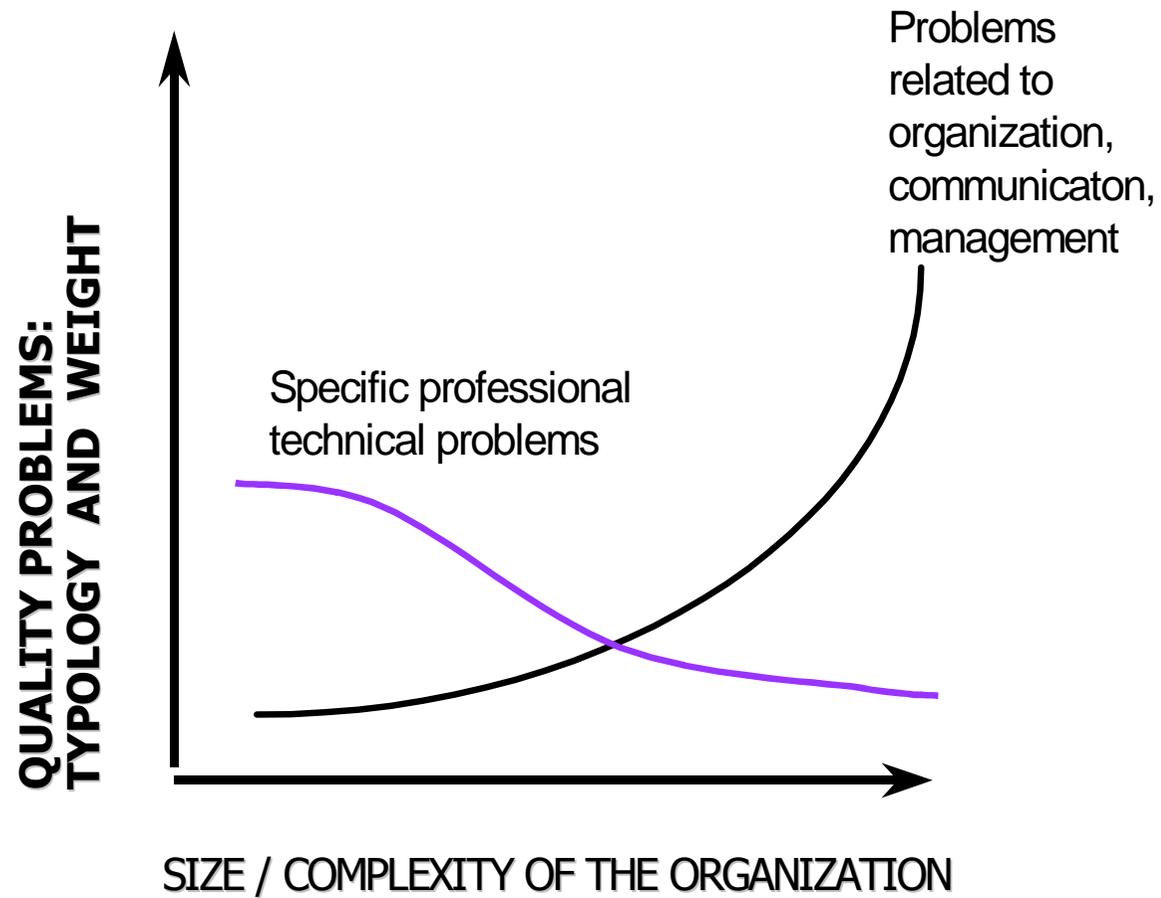


ISO 9000:2000
norma
Internazionale



Il Contenuto del D.P.R. 14/01/97

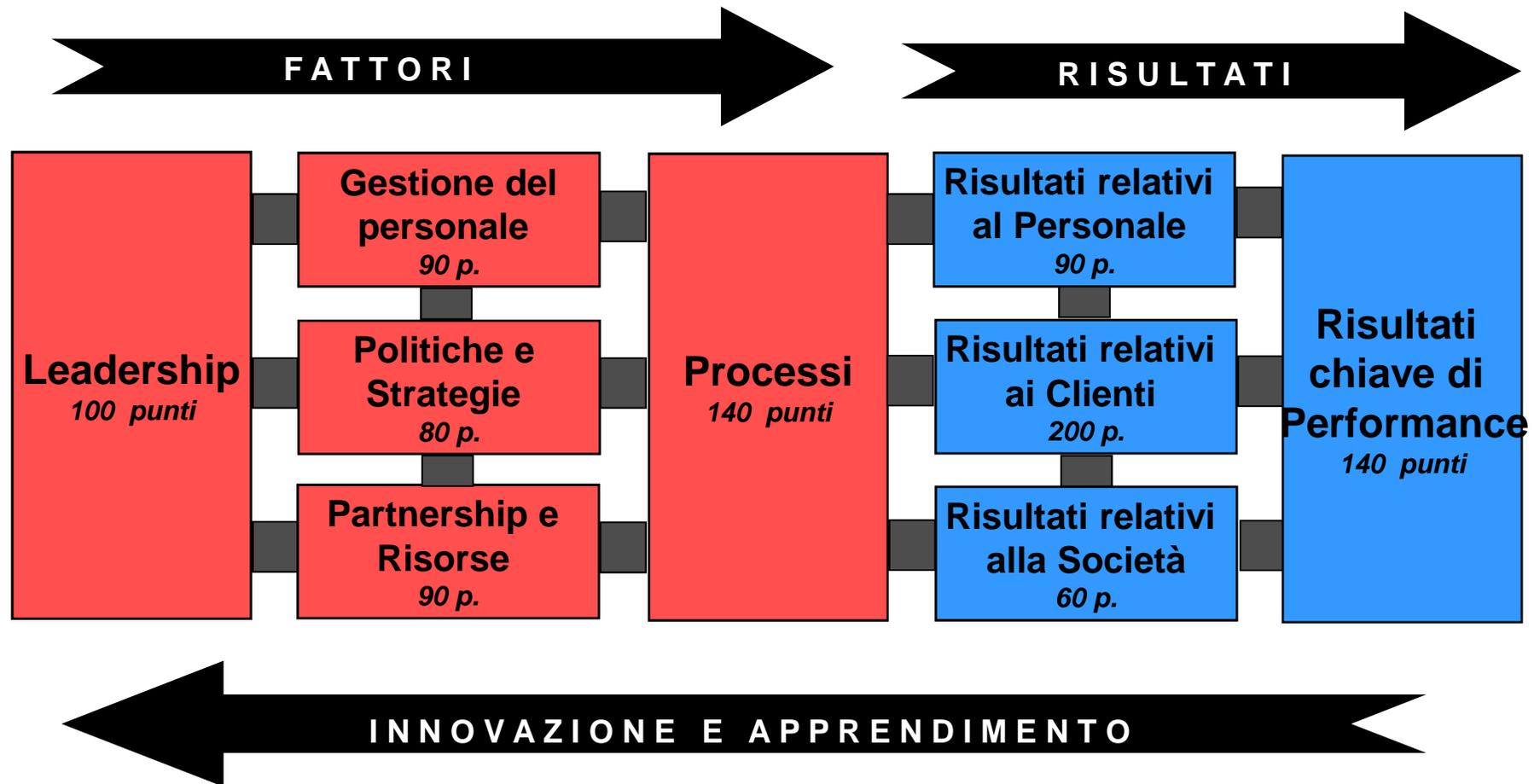




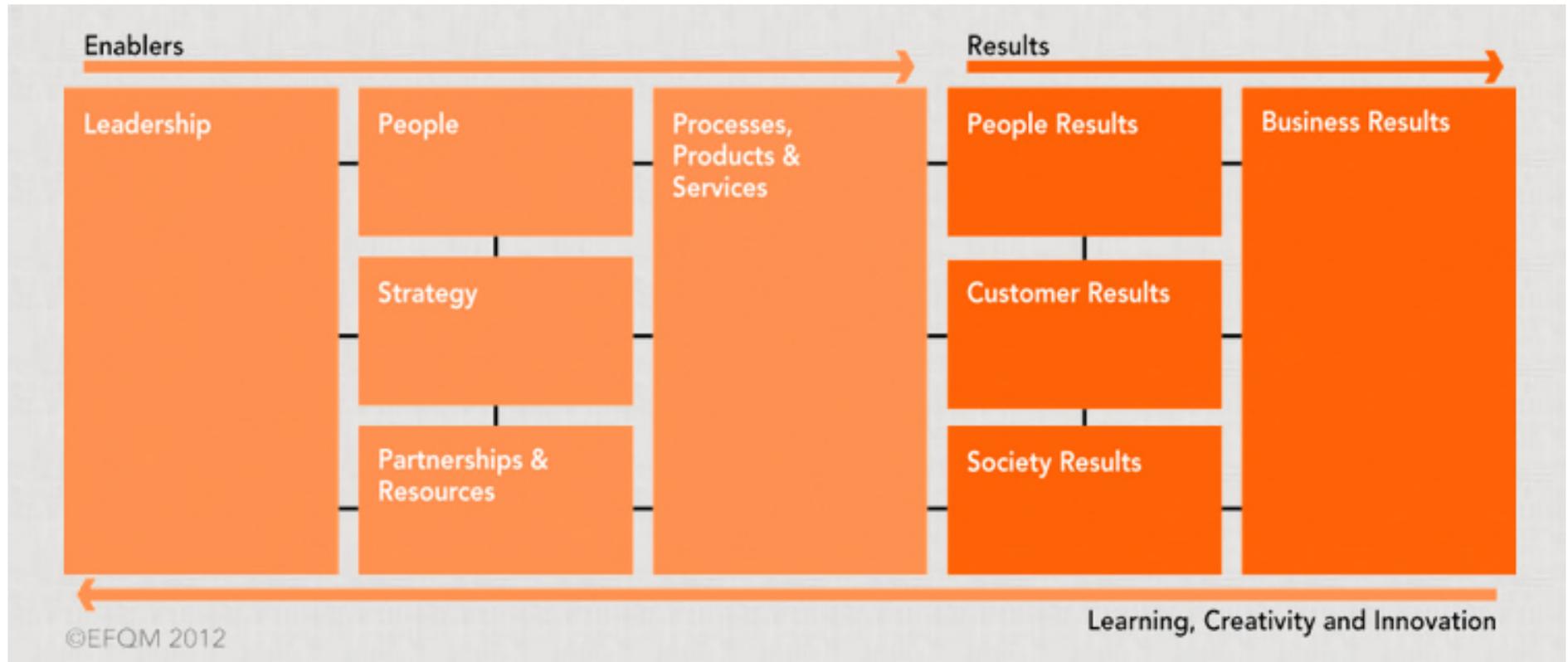
Source : Conti T. , "Come costruire la Qualità totale", 1992

Modelli per l'eccellenza: EFQM

Il Modello EFQM per l'Ecceellenza



The EFQM Excellence Model



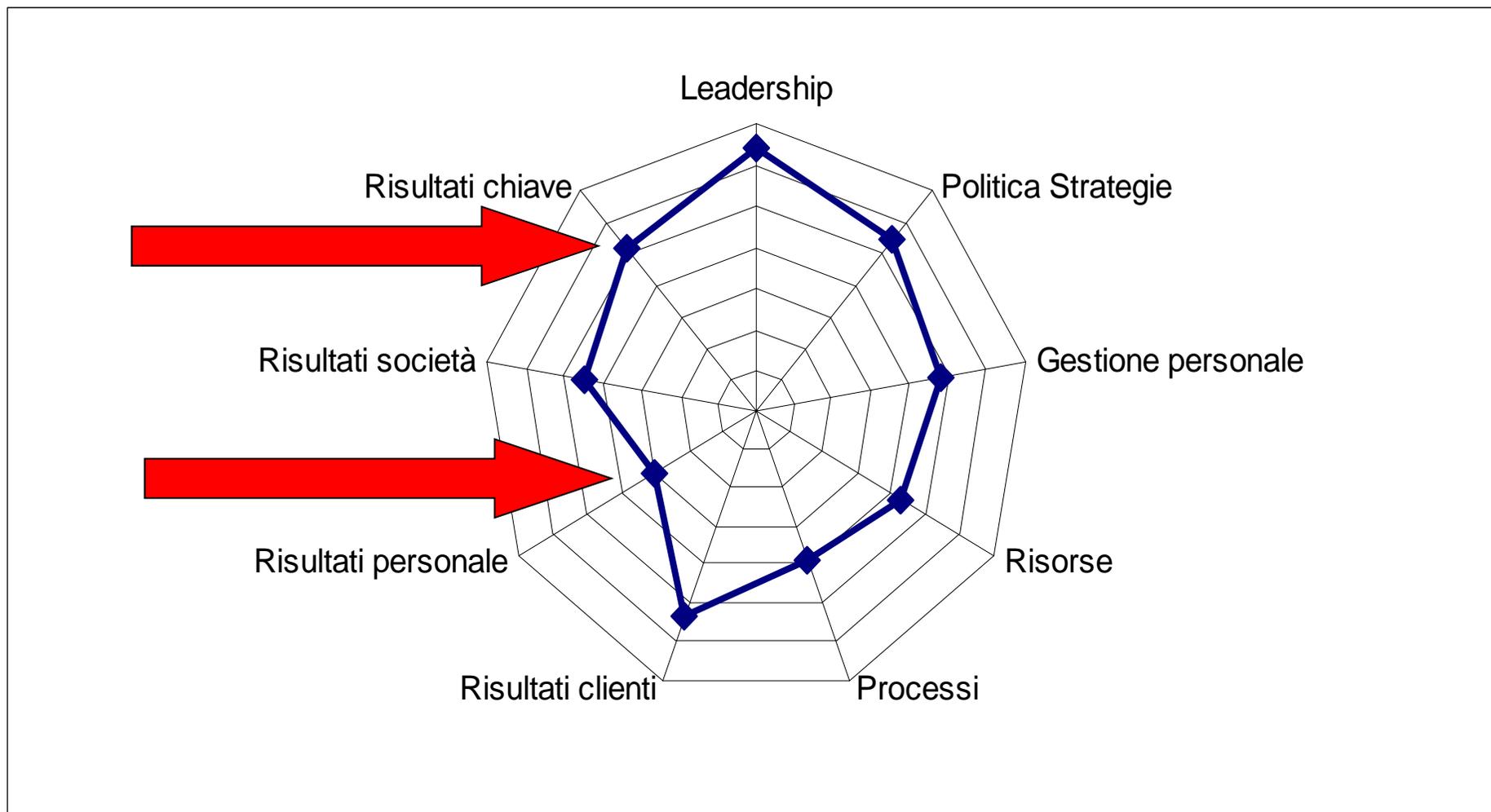
<http://www.efqm.org>

<i>Azienda</i>	<i>anno</i>	<i>strumento utilizzato</i>	<i>Numero di item</i>	<i>anonimato</i>	<i>persone coinvolte</i>	<i>numero di persone coinvolte</i>
Azienda Ospedaliera Universitaria "Arcispedale S. Anna" FERRARA	2001	questionario modificato + interviste semistrutturate	25	NO	alta direzione*	14
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari TRENTO	2001	questionario tipo + workshops	50	SI	alta direzione* e altri dirigenti	67
Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 ISONTINA del FVG	2002	questionario tipo + workshops	50	SI	alta direzione* e altri dirigenti	49
Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" UDINE	2002	questionario modificato + workshops	150	NO	alta direzione* e altri dirigenti	41
Azienda Unità Sanitaria Locale REGGIO EMILIA	2003	questionario modificato	34	NO	alta direzione*	30
Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 8 - ASOLO Regione Veneto	2003	questionario modificato	150	NO	alta direzione*	8
Azienda Ospedaliera - Universitaria "A. Meyer" FIRENZE	2003	questionario modificato	50	SI	alta direzione* (Collegio di Direzione)	17

Risultati delle autovalutazioni: punti di forza e aree di miglioramento

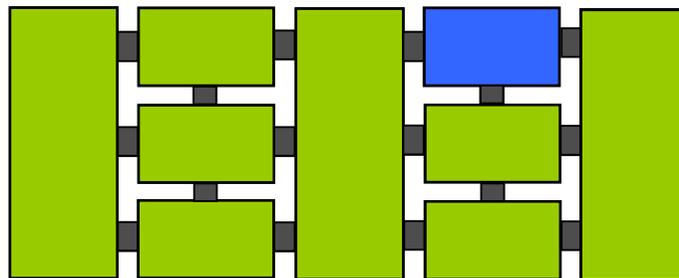
<i>Azienda</i>	<i>anno</i>	<i>Principali punti di forza</i>	<i>Principali aree di miglioramento</i>
Azienda Ospedaliera Universitaria "Arcispedale S. Anna" FERRARA	2001	Leadership Politiche e strategie	Risultati relativi al personale Processi
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari TRENTO	2001	Risultati chiave di Performance Leadership	Risultati relativi al personale Gestione del Personale
Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 ISONTINA del FVG	2002	Risultati chiave di Performance Leadership/Politiche e strategie	Risultati relativi al personale Risultati relativi alla società
Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" UDINE	2002	Partnership e Risorse Risultati chiave di Performance	Risultati relativi al personale Risultati relativi alla società
Azienda Unità Sanitaria Locale REGGIO EMILIA	2003	Leadership Partnership e Risorse	Risultati relativi al personale Processi
Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 8 - ASOLO Regione Veneto	2003	Leadership Risultati relativi alla società	Processi Risultati relativi ai clienti
Azienda Ospedaliera - Universitaria "A. Meyer" FIRENZE	2003	Politiche e strategie Risultati chiave di performance	Risultati relativi ai clienti Risultati relativi al personale

Risultati Autovalutazione 2001



Risultati relativi al Personale

- **Misure della percezione del personale relativamente all'organizzazione (es. attraverso indagini conoscitive, gruppi di "ascolto", interviste, valutazioni strutturate)**
- **Indicatori di performance per monitorare, analizzare, migliorare la performance e le percezioni del proprio personale, che possono includere ad esempio: risultati, motivazione e coinvolgimento, soddisfazione, servizi erogati ai dipendenti**



Le domande con medie più basse

	Testo della domanda	Media
20	Lei è a conoscenza del Piano delle Azioni dell'Azienda?	2,6
17	Lei ritiene che la Direzione Generale della sua Azienda sia attenta alle esigenze degli operatori?	2,7
4	Il sistema aziendale degli incentivi è in grado di premiare le prestazioni?	2,7
16	Nella sua Azienda sono chiari i meccanismi premianti ed incentivanti?	2,9
10	Secondo Lei l'aziendalizzazione ha incentivato la motivazione al lavoro negli operatori?	2,9
24	Nella sua Azienda i buoni risultati vengono riconosciuti?	3,2

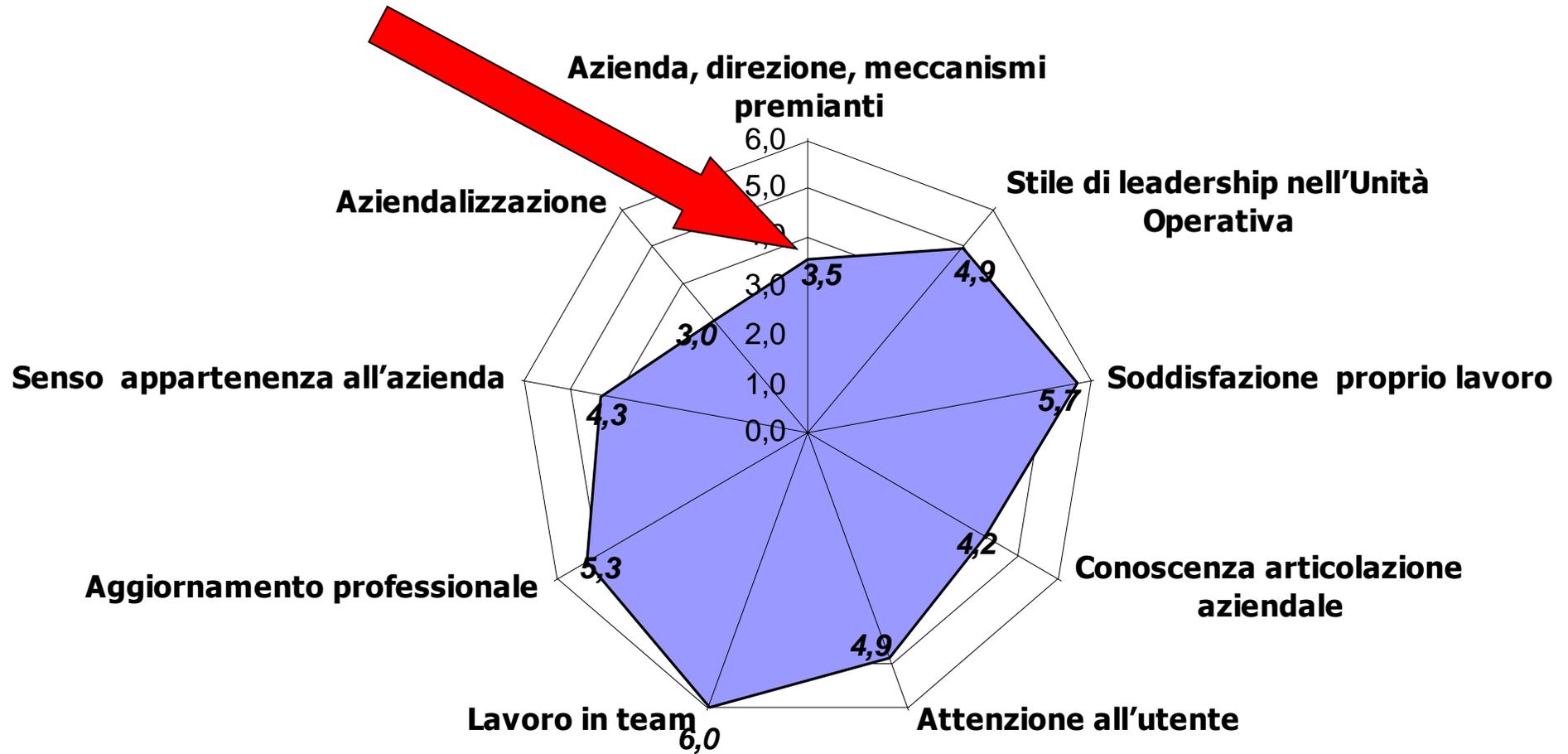
Scala: min=1 max=10

Le domande con medie più alte

	Testo della domanda	Media
37	Trova che i suoi colleghi (o gli operatori della sua Unità Operativa) siano attenti alle richieste degli utenti?	7,4
5	Nell'esperienza quotidiana del suo lavoro Lei si ritiene responsabilizzato ?	7,1
2	Negli imprevisti del suo lavoro si rivolge abitualmente ai suoi colleghi?	7,0
9	Nell'esperienza quotidiana del suo lavoro Lei si ritiene autonomo ?	6,3
35	Nella sua Unità Operativa esiste chiarezza di ruoli e divisione dei compiti fra le diverse figure professionali?	6,2
36	Nella sua Unità Operativa esiste l'abitudine a lavorare in gruppo (equipe, team, ecc.)?	5,9

Scala: min=1 max=10

Clima Ospedale Ferrara



Clima 2004

Campione

- Campione casuale di 190 persone estratto tra i 2400 dipendenti (esclusione di borsisti, co.co.co)
- 135 partecipanti
- $\alpha = 0.15$
- Livello fiduciario = 98%
- Nessuna distinzione tra Dipartimenti, dirigenti vs comparto

Media generale

- Clima 2001: 4.52
- Clima 2004: **5.21**
- Altre aziende (circa 9.000 questionari):
4.86

Confronto 2004 vs 2001

Item "migliori":

N.43	Promozione formazione... (U.O.)	+1.10
N.12	Soddisfazione sul lavoro	+1.06
N.08	Abitudine collaborazione UU.OO	+1.02
N.27	Promozione formazione (Az.)	+0.99
N.6	Coinvolgimento nelle decisioni	+0.98
N.31	Livello di qualità servizi erogati	+0.97
N.44	Chiarezza progetti	+0.94
N.10	Aziendalizzazione e motivazione	+0.92
N.13	Aziendalizzazione crea senso di sicurezza	+0.91
N.50	Sostegno migliorare conoscenze	+0.91

Confronto 2004 vs altre aziende

Item "migliori":

N.15	Conoscenza mission vision	+0.99
N.35	Chiarezza ruoli divisione compiti	+0.90
N.11	Conoscenza strutture organizzative	+0.82
N.43	Promozione formazione (U.O.)	+0.75
N.27	Promozione formazione (Az.)	+0.71
N.03	Conoscenza uffici di staff	+0.67
N.25	Chiarezza obiettivi	+0.65
N.44	Chiarezza progetti	+0.63
N.18	Diffusione efficace informazione int.	+0.61

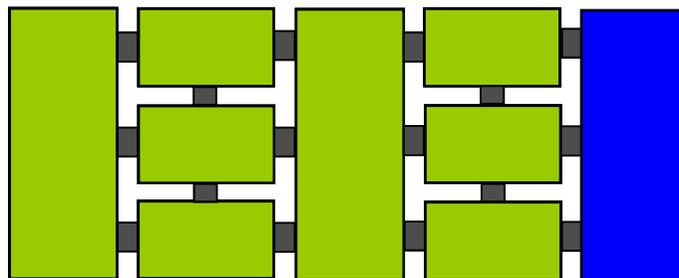
Confronto 2004 vs altre aziende

Item "peggiori":

N.38	Locali di lavoro adeguati	-0.66
N.47	Partecipazione alle decisioni	-0.50
N.48	Attrezzature tecniche adeguate	-0.45
N.09	Attenzione colleghi richieste utenti	-0.07
N.19	Indicare ad altri di lavorare in azienda	-0.01
N.39	Opinioni operatori valorizzata	0.00

Risultati chiave di Performance

- ❖ **Misura dei risultati chiave pianificati dall'organizzazione in relazione ai suoi fini ed obiettivi: es. risultati finanziari**
- ❖ **Indicatori di performance per monitorare, analizzare, prevedere e migliorare i probabili risultati chiave di performance relativi a: processi, risorse esterne, parametri finanziari, immobili, attrezzature e materiali, tecnologia, informazioni e conoscenze**



I modelli sviluppati nel mondo della sanità

Che cosa è l'Accreditamento ?

Un processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un'agenzia esterna o da un altro organismo, il cui obiettivo è quello di verificare il possesso da parte dei servizi sanitari di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che si ritiene influiscano sulla qualità dell'assistenza.

Accreditamento Strutture Sanitarie

Storia

- Terzo Congresso Chirurghi Nord America 1912 :

Impegno a “standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro...

Accreditamento Strutture Sanitarie

Storia

..... in tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina.”

(fonte Di Stanislao 1998)

Accreditamento Strutture Sanitarie

Storia

- 1919: Hospital Standardization Program
- 1951: Joint Commission on Accreditation of Hospitals
- 1953: Standards for Hospital Accreditation
- 1965: Medicare Act
- 1988: JCAHO
- 1995: Comprehensive Accreditation Manual

Accreditamento Strutture Sanitarie

Storia

- Canada : Canadian Council on Health Services Accreditation (dal 1958)
- Australia: Australian Council on Healthcare Standard (dal 1974)
- Gran Bretagna:
 - King's Fund
 - CASPE (1990)
- Olanda:
 - CBO
 - NIAZ (dal 1998)

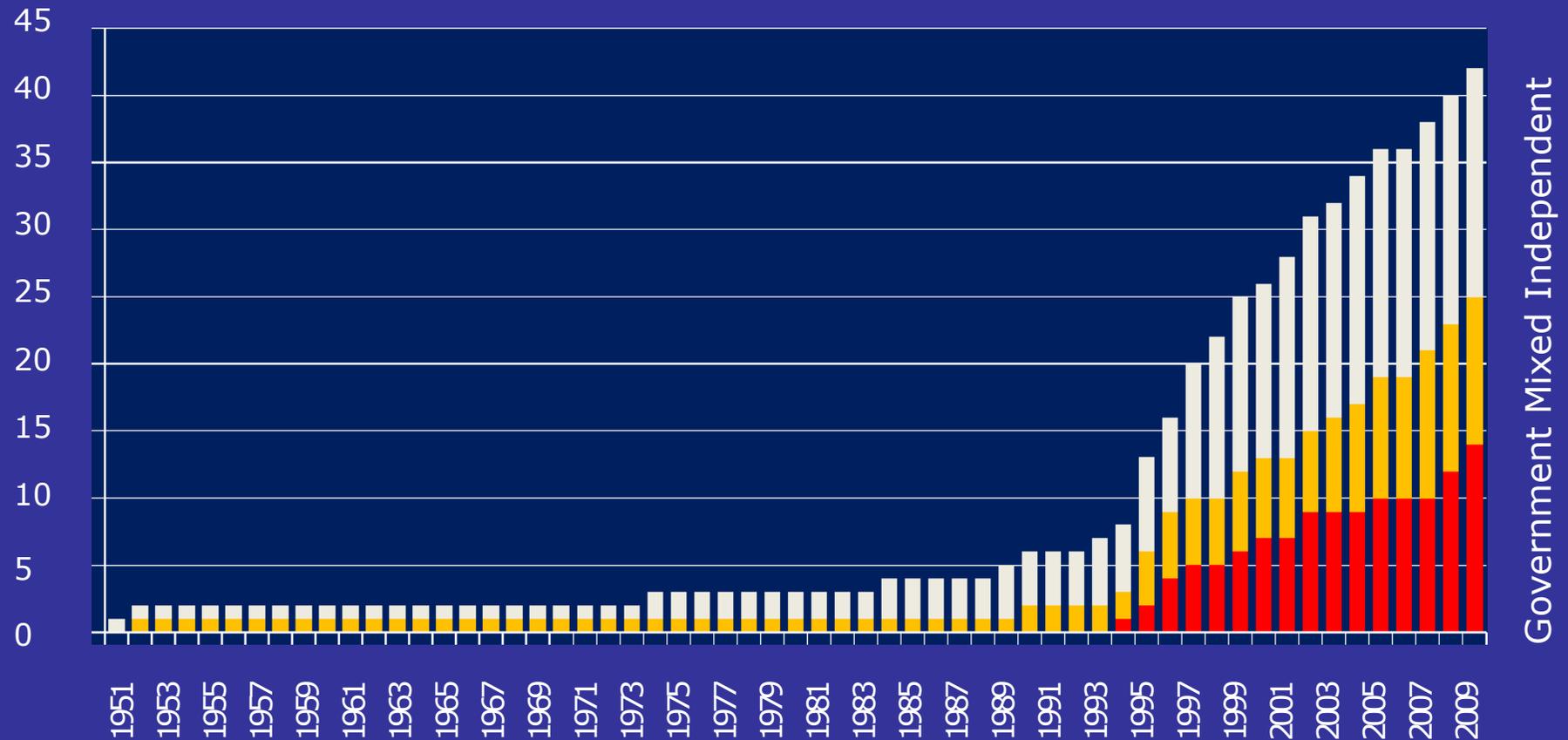
Accreditamento Strutture Sanitarie

Diffusione Internazionale

- ❑ ISQua Conference 1998:
 - ❑ America Latina 13 paesi su 19
 - ❑ Filippine, Indonesia, Giappone, Singapore
 - ❑ Francia & Italia: Accreditamento "Istituzionale"
- ❑ ISQua: Programma "ALPHA" dal 1999



Accreditation organisations 1951-2009



Summary results, global 2010

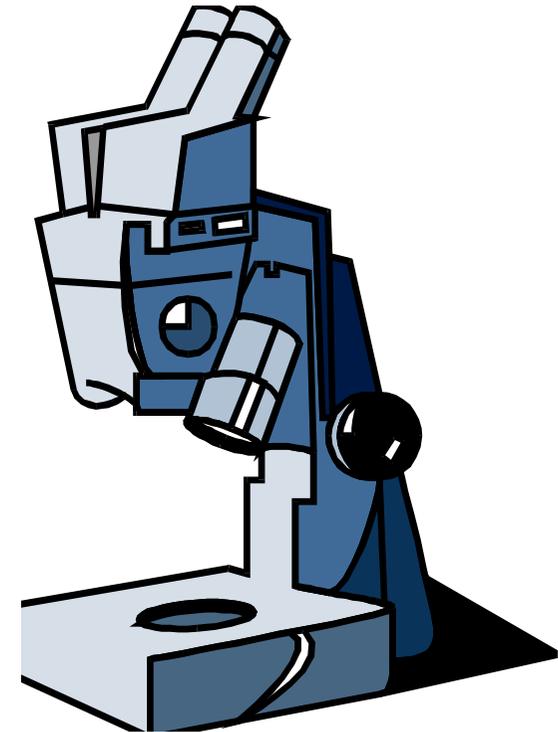
- **Using current definition**
 - 1999: 25 active organisations (of 33 respondents)
 - 2010: 42 active organisations
- **Existing but not responded**
 - Egypt, Saudi Arabia
- **Ceased or suspended since 1999**
 - Portugal, Ireland, Indonesia, Zambia

The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa	COHSASA	South Africa	January 2015
Danish Institute for Quality and Accreditation in Health Care	IKAS	Denmark	March 2015
Joint Commission International	JCI	USA	August 2015
Malaysian Society for Quality in Health	MSQH	Malaysia	May 2016
National Accreditation Board for Hospitals & Health Care Providers	NABH	India	August 2016
Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare	NIAZ	Netherlands	January 2017
Health Accreditation Service	ICONTEC	Columbia	January 2017
Health and Disability Auditing New Zealand	HDANZ	New Zealand	July 2017
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)	HAI	Thailand	August 2017
Japan Council for Quality Health Care	JCQHC	Japan	October 2017
The Australian Council on Health Care Standards	ACHS	Australia	January 2018
Health Care Accreditation Council	HCAC	Jordan	May 2018
Accreditation Canada		Canada	April 2018
Associacao Brasileira de Acreditacao De Sistemas E Servicos de Saude	ABA/CBA	Brazil	August 2018
Improvement of Quality and Care Security Department of Haute Autorité de Santé	DAQSS (HAS)	France	September 2018
Joint Commission of Taiwan	JCT	Taiwan	October 2018

Accreditamento Strutture Sanitarie

Elementi comuni

- Modello
- Requisiti
- Valutatori
- Visite di verifica
- Report
- Educazione & sviluppo organizzazioni



Fonte: U.Wienand 1998, R. Cinotti 1999

Accreditamento Strutture Sanitarie

Elementi comuni: **Valutatori**

- Professioni coinvolte:
 - medici, infermieri, amministrativi,
 - manager
- Criteri reclutamento:
 - 2-5 anni di esperienza professionale
 - motivazione
- Contratti:
 - Personale attivo o ritirato da poco
 - Personale dipendente

Accreditamento in Italia

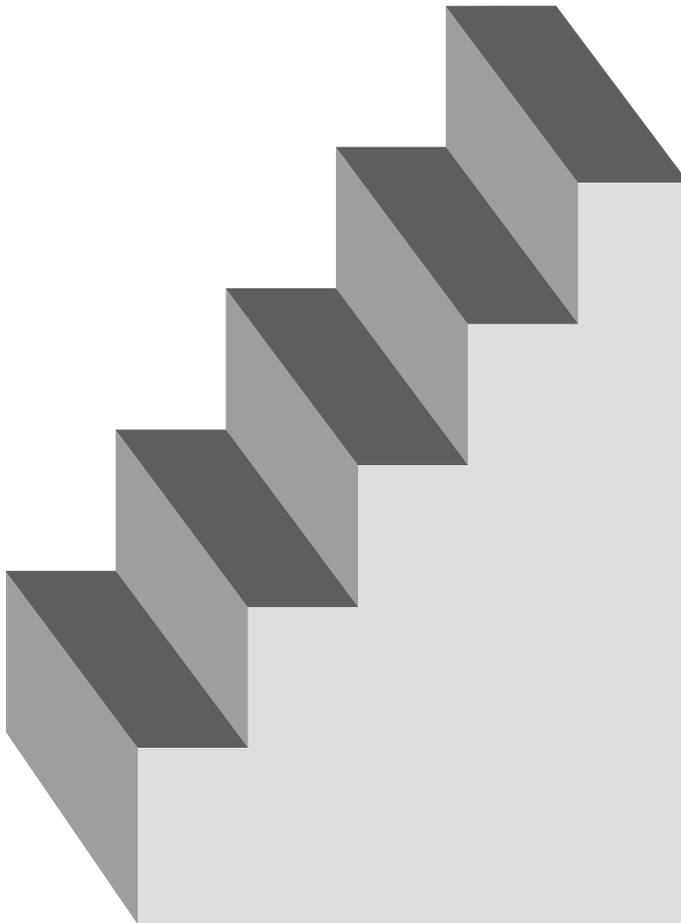
La Normativa

- 1992-3: D.Lgs. 502 e D. Lgs. 517
- 1997: Atto indirizzo e coordinamento (D.P.R. 14.1.97)
- 1998: Piano Sanitario Nazionale
- 1999: D.Lgs. 229
- 2012: Intesa Stato Regioni

Accreditamento in Italia: D.Lgs. 229/99 Art. 8

La **realizzazione** di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, **l'esercizio di attività sanitarie** per conto del Servizio sanitario nazionale e **l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale** sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle **autorizzazioni** di cui all'articolo **8-ter**, **dell'accREDITAMENTO istituzionale** di cui all'articolo **8-quater**, nonché alla stipulazione degli **accordi contrattuali** di cui all'articolo **8-quinquies**.

Accreditamento in Italia: D.Lgs. 229/99 Art. 8



- 4) Accordi Contrattuali
- 3) **Accreditamento Istituzionale**
- 2) Autorizzazione funzionamento
- 1) Autorizzazione realizzazione

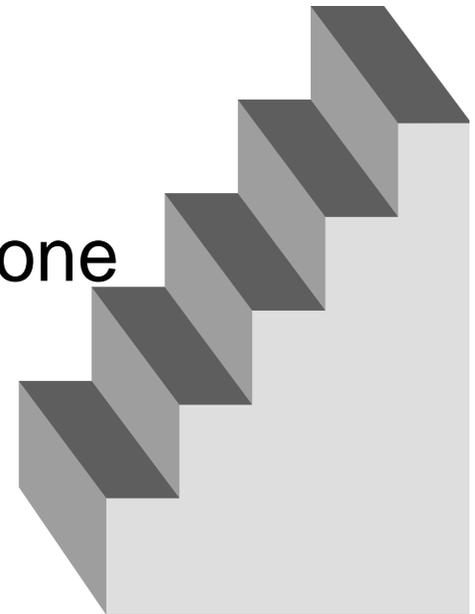
Requisiti

Autorizzazione:

- Requisiti “minimi”
- Uguali in tutte le regioni
- Riguardano struttura ed organizzazione

Accreditamento:

- Requisti “ulteriori”
- Sono formulati dalla Regione
- Riguardano l’organizzazione (“general”) e la qualità professionale (“requisiti specifici”)

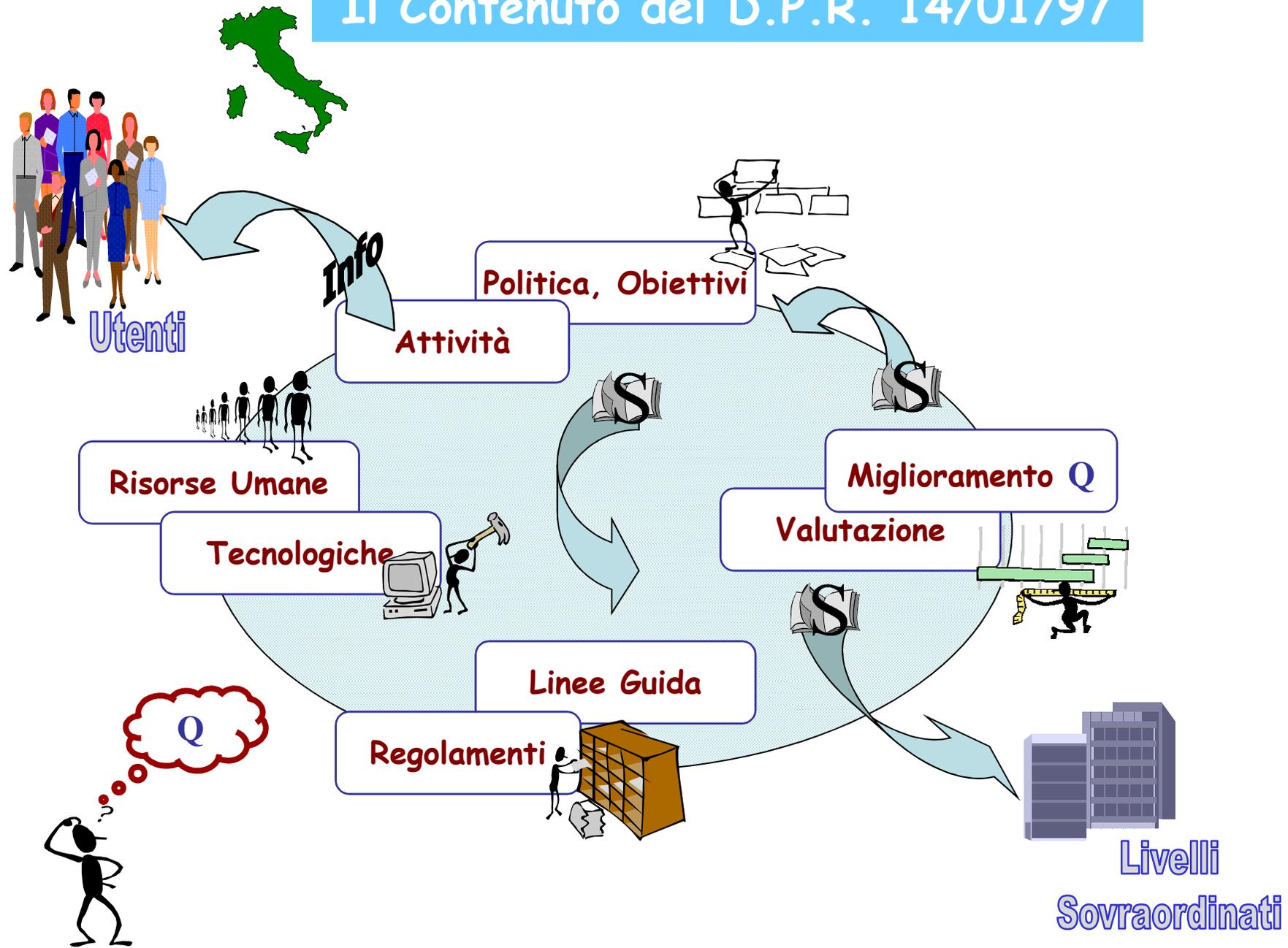


DPR 14 gennaio 97

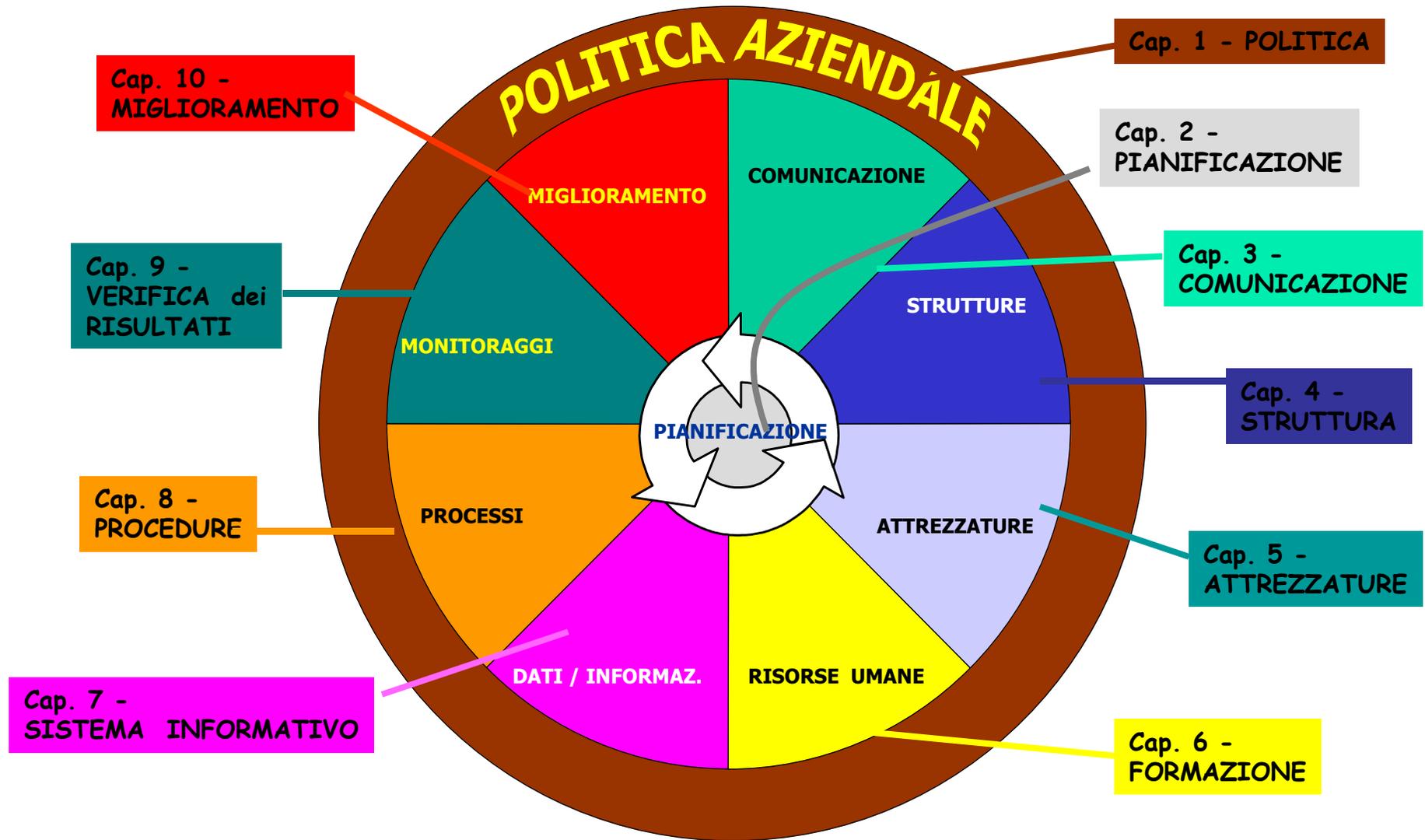
Requisiti minimi (autorizzativi)

- strutturali: edifici, impianti, spazi
- tecnologici: dotazioni e caratteristiche di apparecchiature, attrezzature, arredi
- organizzativi: capacità di programmazione, gestione, organizzazione delle attività, del personale, delle informazioni

Il Contenuto del D.P.R. 14/01/97



Il Modello per l'Accreditamento RER





JCI

Modello Joint Commission

- 355 requisiti (“standard”)
- Ogni standard comprende elementi misurabili
- Vengono accreditati interi ospedali
- Punti centrali della filosofia JCI
 - Centralità del paziente
 - Verificabilità
 - Interfunzionalità
 - Omogeneità del trattamento
 - Comunicazione
 - Customer satisfaction

Modello Joint Commission

- ACC: Accesso e continuità delle cure (25 std)
- AOP: Valutazione del paziente (44 std)
- COP: Cura del paziente (60 std)
- PFR: Diritti del paziente e dei familiari (35 std)
- PFE: Educazione del paziente e dei familiari (10)
- QMI: Gestione e miglioramento qualità (46 std)
- PCI: Prevenzione e controllo infezioni (21 std)
- GLD: Governo leadership direzione (30 std)
- FMS: Gestione e sicurezza della struttura (27 std)
- SQE: Qualificazione e educazione del personale (27)
- MOI: Gestione delle informazioni (30 std)

JCI in Italia

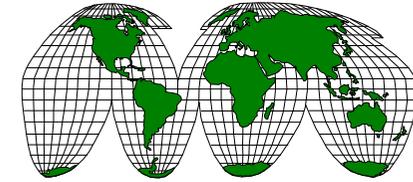
- Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano (presidio Mangiagalli)
- Presidio Ospedaliero di Saronno (Az. Osp. Busto)
- Istituto S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia
- Istituto Humanitas di Rozzano (MI)
- Istituto Europeo di Oncologia di Milano
- Ospedale Bambin Gesù di Roma
- Centro Diagnostico Italiano di Milano
- Presidio ospedaliero di Oglio Po (Az. Osp. di Cremona)
- Istituti Clinici Gavazzeni di Bergamo
- Osp. “S. Chiara” Trento

JCI

Tracer Methodology

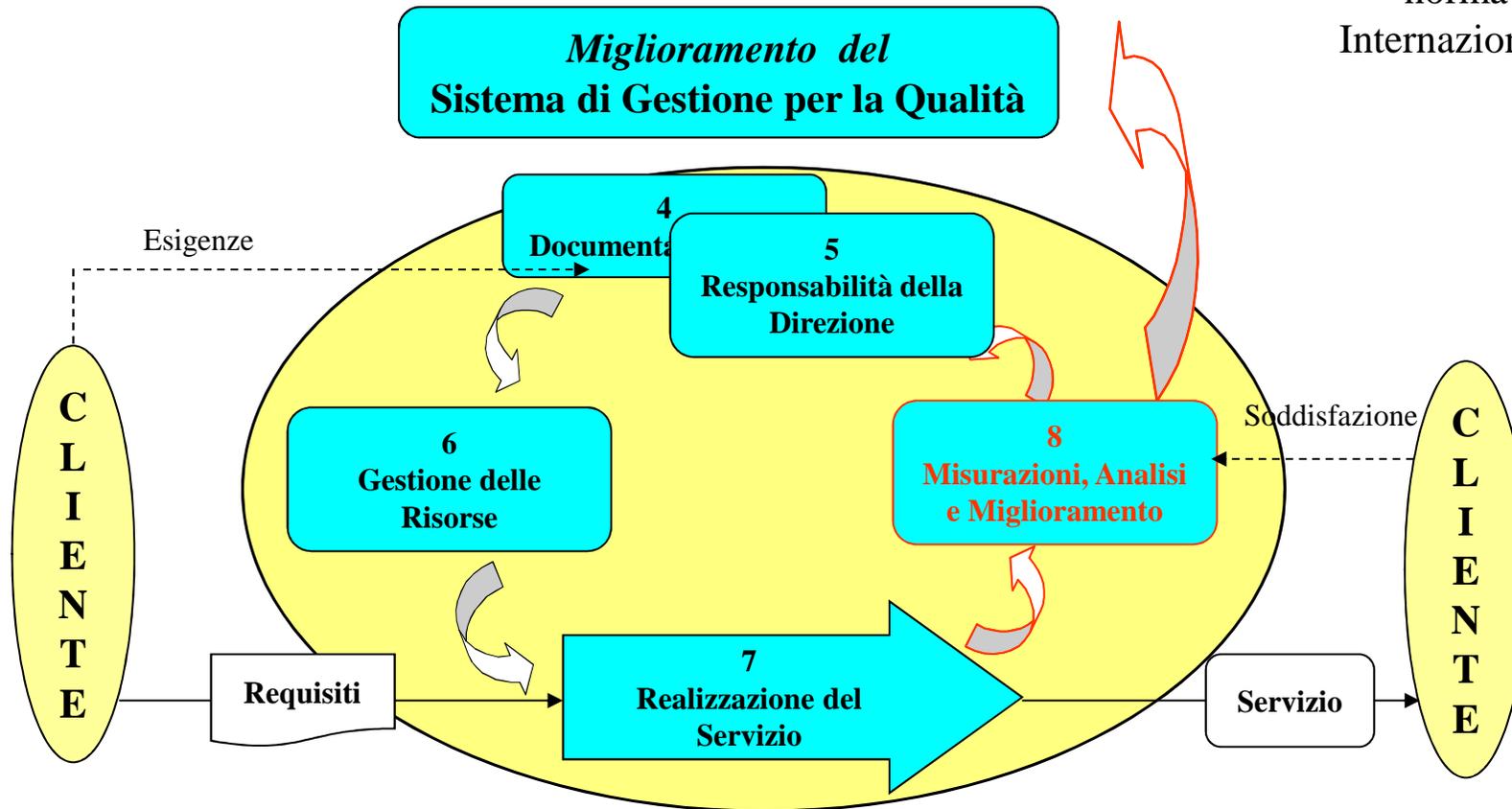
Accreditamento vs. Certificazione

Il modello ISO di riferimento per la "Certificazione"



ISO 9000:2000

norma
Internazionale



Certificazione Sistemi Qualità

Atto formale attraverso il quale viene riconosciuta ad una organizzazione che ha predisposto attività pianificate e documentate per garantire i propri prodotti/servizi secondo certi standard. Il riconoscimento è rilasciato da un ente terzo, accreditato nazionalmente o internazionalmente. Il modello di riferimento è rappresentato dalle norme ISO 9000

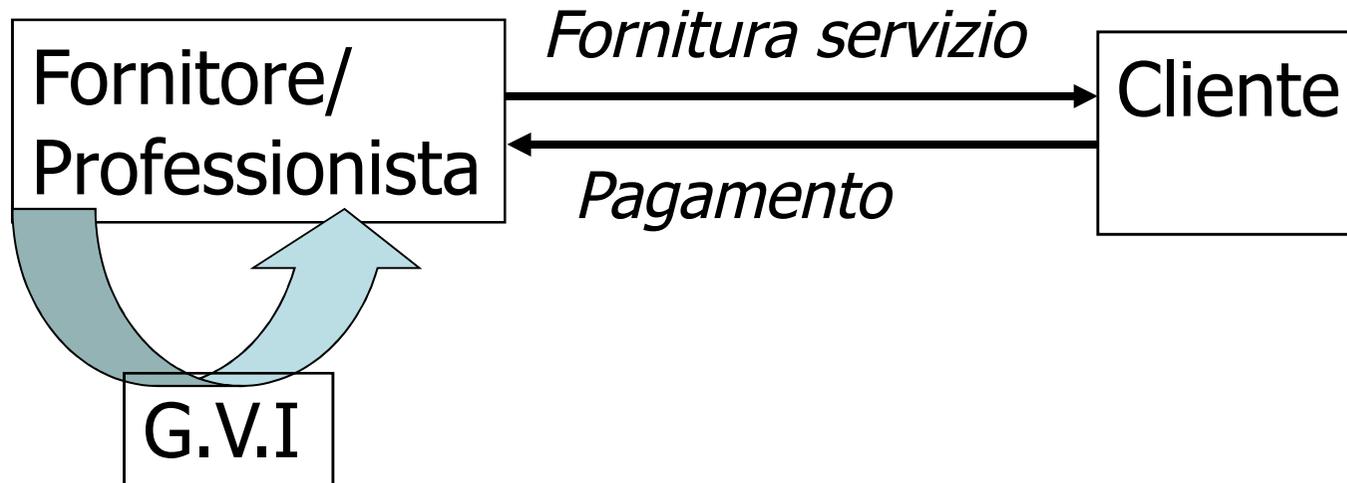
Certificazione Sistemi Qualità

- UNI EN ISO 9001 - 2000
- proviene dal mondo della grande industria, dei sistemi complessi ed ipercomplessi
- adatta a tutte le categorie “merceologiche”
- volontaria
- visite di verifica annuali
- enti di certificazione esterni
- volta a dare garanzie sul sistema
- norma “contrattuale”

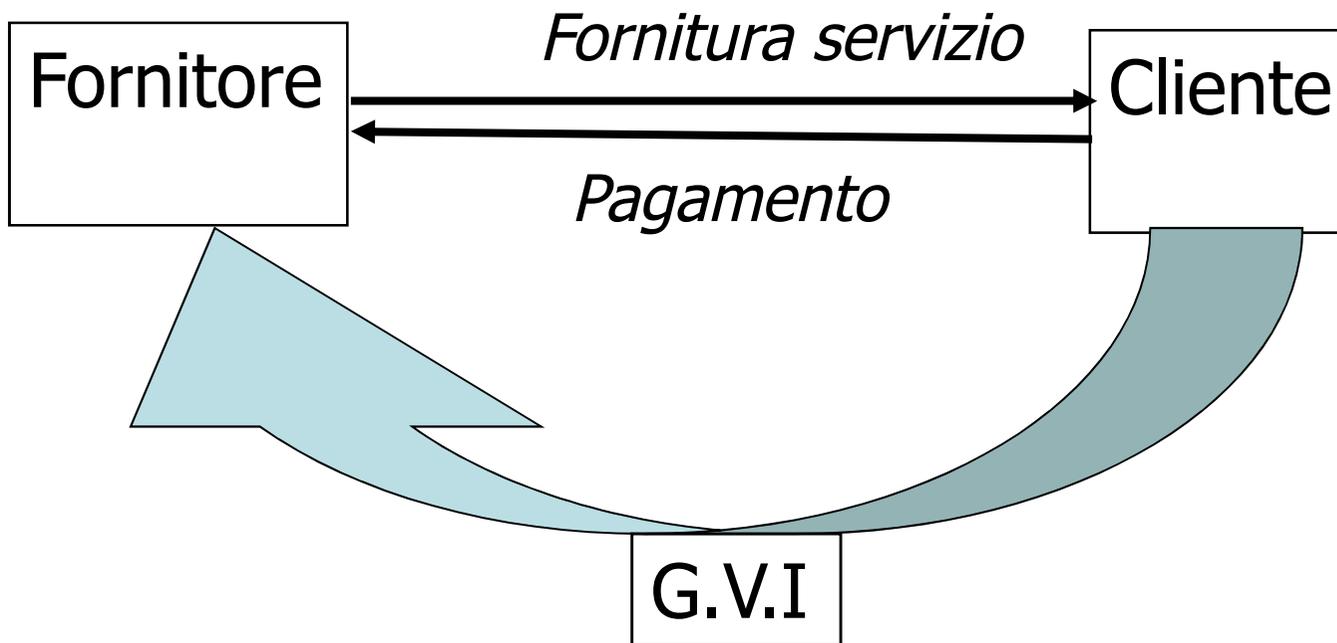
Accreditamento e Certificazione

- Nasce nel mondo della sanità
 - obbligatorio (Italia)
 - Valutazione di seconda (?) parte
 - Requisiti mirati all'ambito sanitario
 - Dipartimento
- Nasce nel mondo della grande industria
 - volontaria
 - Valutazione di terza parte
 - Requisiti applicabili in qualsiasi ambito produttivo
 - UO, Dip., Azienda

Valutazione di "Prima parte"

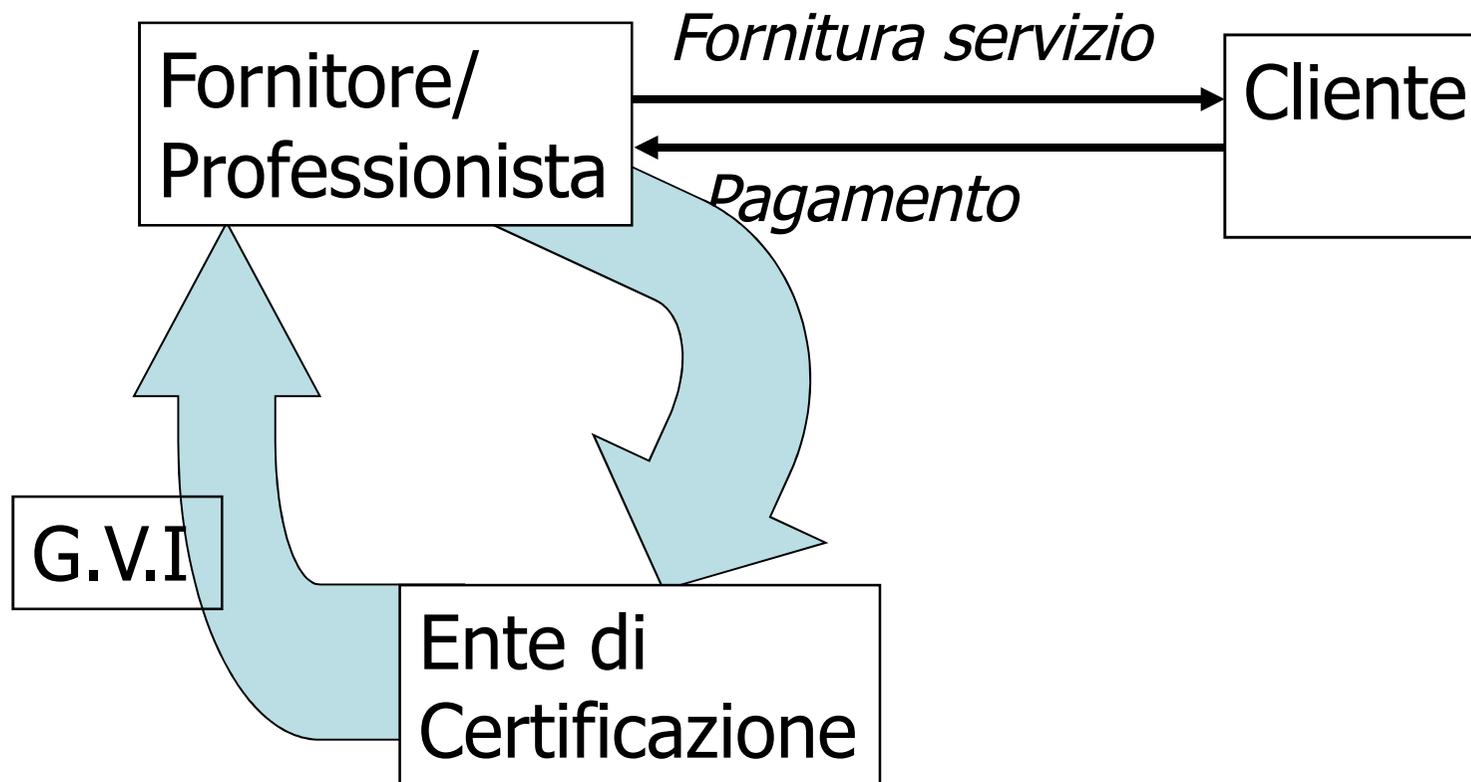


Valutazione di "Seconda parte"

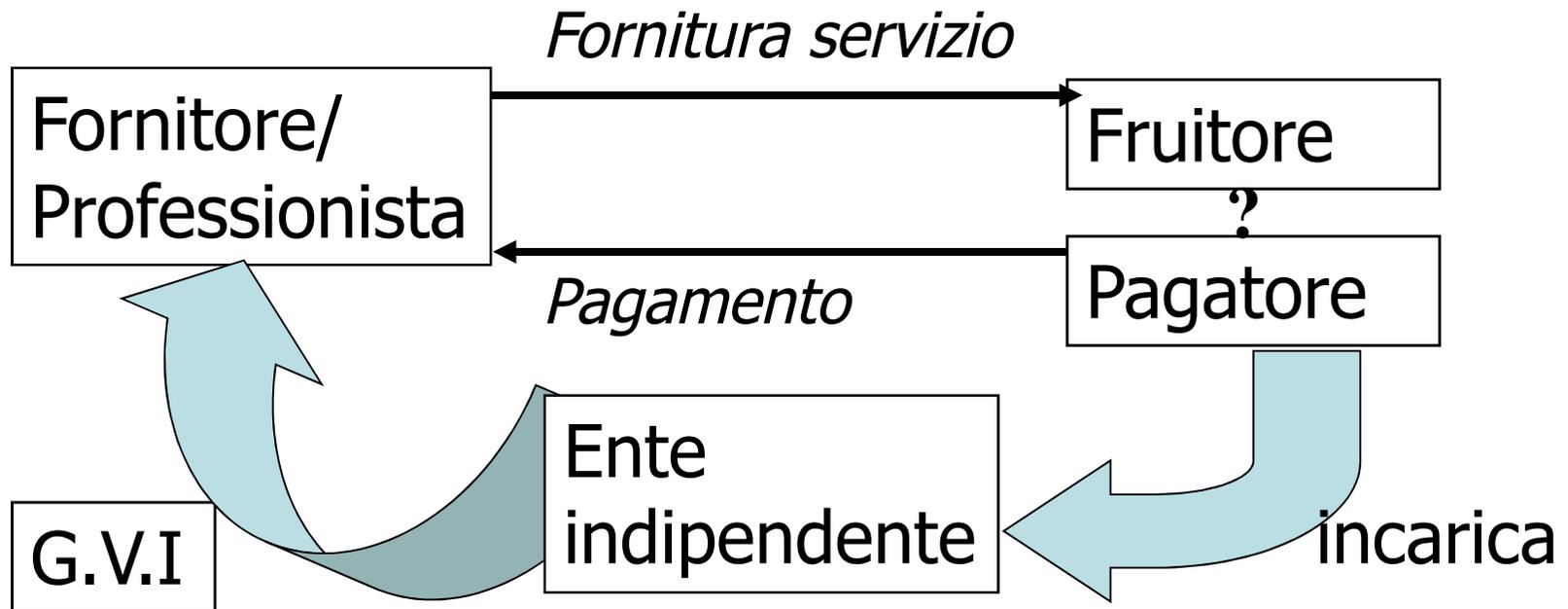


GVI: Gruppo Visita Ispettiva

Valutazione di "Terza parte"



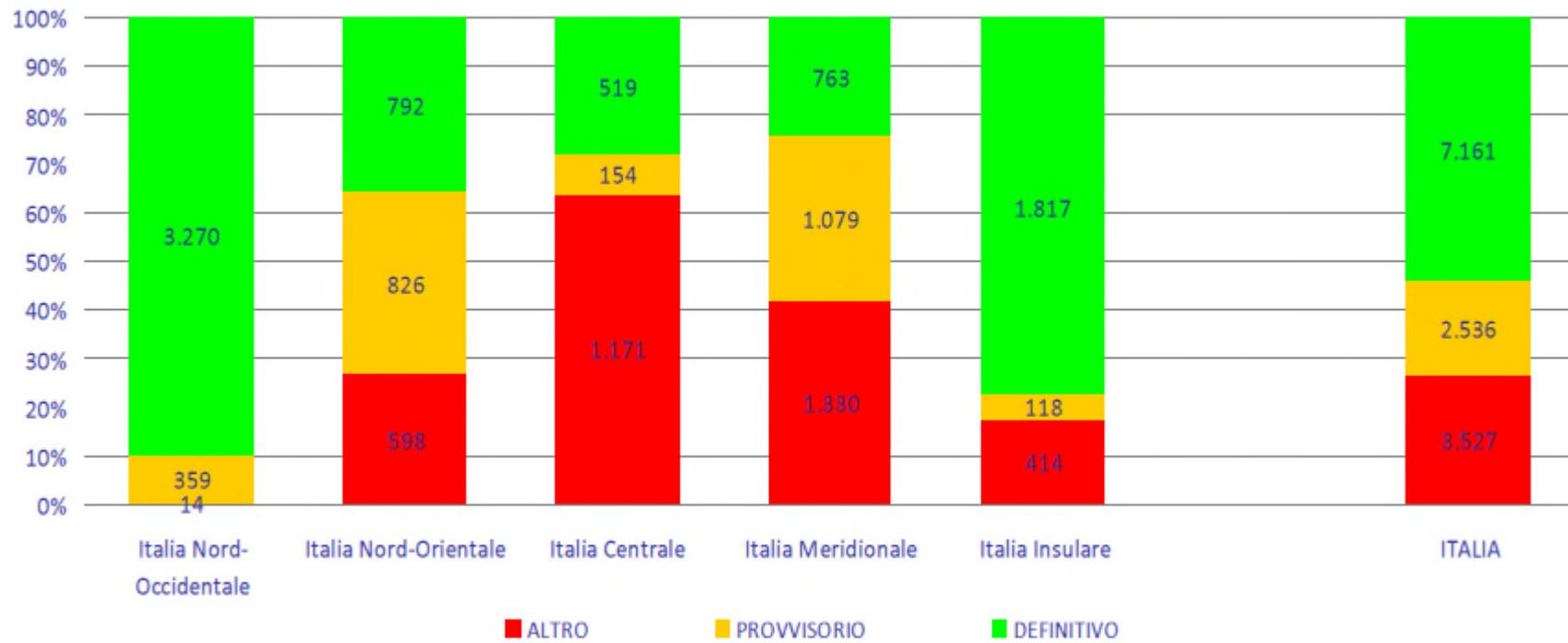
Accreditamento



Accreditamento

- sviluppi recenti -

INDAGINE 2010
STATO ACCREDITAMENTO STRUTTURE PRIVATE per RIPARTIZIONE GEOGRAFICA



Non coerenza con la direttiva 2011/24/UE del 9/3/2011



- Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera,
- volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri
- per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea.

Direttiva 2011/24/UE

- Sentenze della Corte Europea a favore dell'assistenza sanitaria transfrontaliera (Caso Kohll-Decker del 1998)
- Finanziamento di progetti di assistenza sanitaria transfrontaliera nelle zone di frontiera
- Progetto “Euroregio” per l'individuazione di modelli di riferimento

Cardini della Direttiva 2011/24:

- Libertà di scelta purché la struttura sia riconosciuta dallo Stato di appartenenza
- Pagamento (o rimborso al cittadino) di quanto sarebbe costata la prestazione nello Stato di appartenenza
- Obbligo di istituire punti di informazione
- Obbligo di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni
- Facoltà di istituire la pre-autorizzazione con possibilità di negarla solo in caso di seri dubbi su qualità e sicurezza

Patto per la Salute 2010-2012

(3 dicembre 2009)

Articolo 7

(Accreditamento e remunerazione)

1. Si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie

2. Si conviene sulla necessità di prorogare al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale.

Giugno 2011

Tavolo per la **R**evisione normativa **AC**creditamento

Necessità sia in ambito nazionale sia regionale, di una condivisione degli elementi costitutivi dei sistemi di autorizzazione e/o accreditamento, anche in considerazione dei recenti indirizzi europei (*Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011- concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*), volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea.



Accreditamento Istituzionale

“Disciplinare per la revisione della normativa sull’accreditamento”

I requisiti 8 aree:

- fanno riferimento ad una proposta elaborata in seno all’Agenas nel 2008 già condivisa da tutte le Regioni
- dovranno essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione
- dovranno essere valutati dalle Regioni con modalità omogenee sul territorio nazionale

Ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti requisiti a livello

	Numero Requisiti	AZIENDALE	DIPARTIMENTI
1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie	6		
2° Criterio - Prestazioni e Servizi	5		
3° Criterio - Aspetti Strutturali	2		
4° Criterio - Competenze del Personale	2		
5° Criterio - Comunicazione	5		
6° Criterio - Appropriately clinica e sicurezza	4		
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione	3		
8° Criterio - Umanizzazione e Personalizzazione	1		
TOTALE	28		

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

- Piano strategico, piano annuale, verifica obtv

1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

- Trauma, ictus, infarto ecc.
- integrazione tra ospedale e territorio
- reti di cure palliative e di terapia del dolore

1.3 definizione delle responsabilità

1.4 modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

- liste attesa
- qualità dei dati

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

- standard di prodotto/percorso-organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione
- audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review
- partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione

1.6 modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

- raccolta, la tracciabilità dei disservizi
- analisi reclami

2° Criterio: Prestazioni e Servizi

2.1 tipologia di prestazioni e di servizi erogati: Carta dei Servizi

2.2 eleggibilità e presa in carico dei pazienti

- protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)

2.3 continuità assistenziale

- processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure
- procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento

2.4 il monitoraggio e la valutazione

- audit clinici
- analisi eventi avversi, incidenti, near miss

2.5 modalità di gestione della documentazione sanitaria

3° Criterio: aspetti strutturali

3.1 l'idoneità all'uso delle strutture

3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature

- inventario
- manutenzione
- collaudi

4° Criterio:competenze del personale

4.1 Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica

- Piano della Formazione
- Valutazione efficacia
- Condivisione conoscenze
- Funzione provider

4.2 inserimento e addestramento di nuovo personale

5° Criterio: comunicazione

5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori

- formalizzazione dei processi comunicativi

5.2 modalità di valutazione d'ella relazione tra il personale e l'organizzazione

- attraverso l'analisi del clima organizzativo / soddisfazione degli operatori

5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

- Carta Servizi
- Strumenti sintetici
- Donazione organi, prevenzione infezioni, studi clinici

5° Criterio: comunicazione

5.4 coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico- assistenziali

- ascolto, educazione, coinvolgimento nelle scelte

5.5 modalità di ascolto dei pazienti

- reclami, customer satisfaction...

6° Criterio: appropriatezza clinica e sicurezza

6.1 approccio alla pratica clinica secondo evidenze

- protocolli, linee guida, basate sulle evidenze

6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi

6.3 programma per la gestione del rischio clinico

- near miss, eventi avversi, eventi sentinella
- Root Cause Analysis, Audit Clinico, Significant Event Audit ...
- Checklist
- FMEA, FMECA

6.4 strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

7° Criterio: processi di miglioramento ed innovazione

7.1 Progetti di miglioramento

7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico - professionale e organizzativa

- Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca

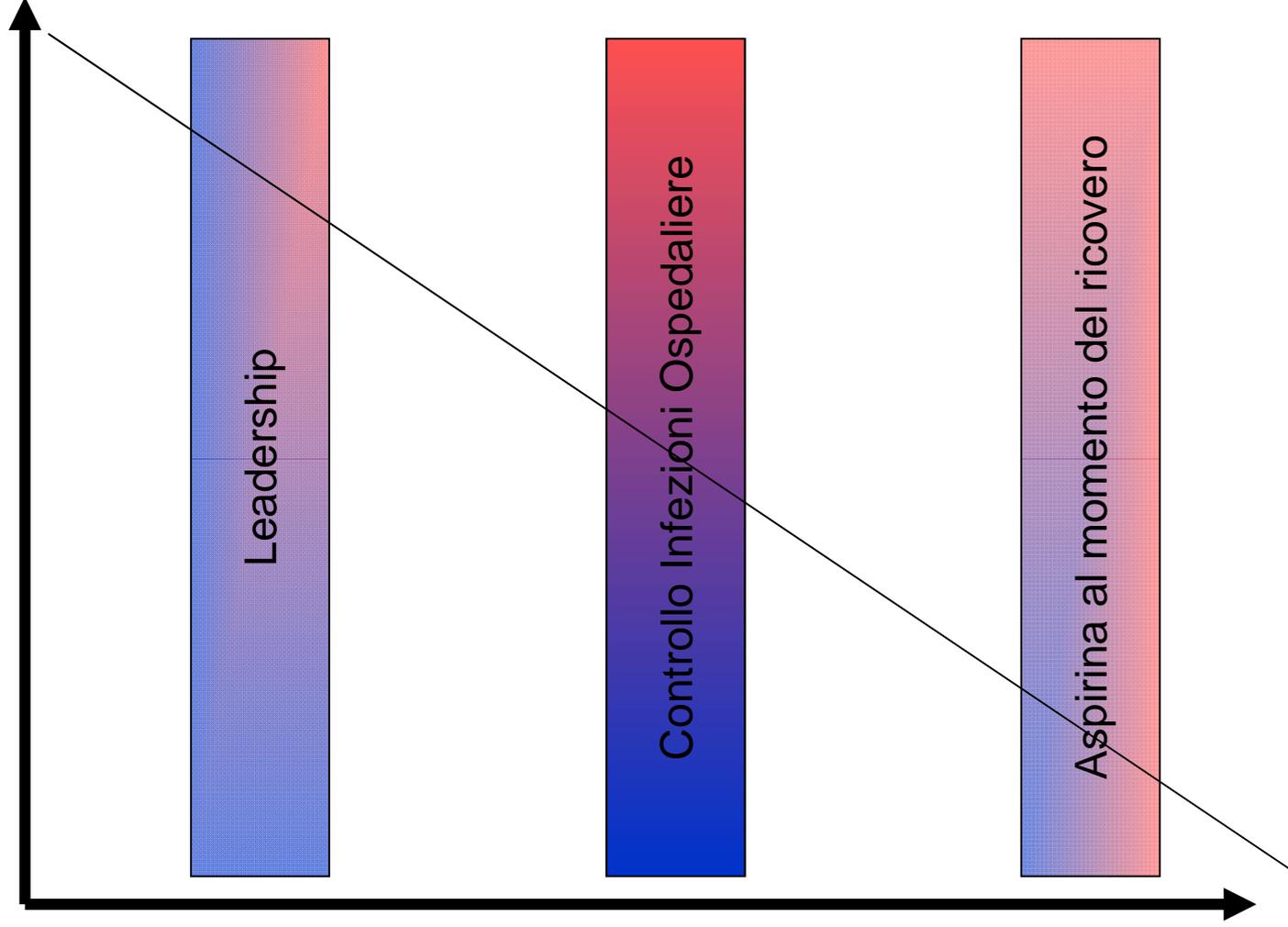
8° Criterio: Umanizzazione

8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza

- bambino in ospedale
- percorso nascita
- supporto psicologico
- multiculturalità
- counselling
- semplificazione accesso

da Jerod Leob, Boston 2007

Requisiti e visite accreditamento



Indicatori di Performance Clinica