

## Sistema INFORMATIVO e INFORMATICO

- ✓ Il sistema informativo **non è** il sistema informatico, possono coincidere: un sistema informativo si trasforma in informatico quando una parte di esso viene automatizzata.
- ✓ La porzione informatizzata del sistema informativo è chiamata sistema informatico, cioè l'insieme delle applicazioni software e degli strumenti hardware che gestiscono i dati e i flussi informativi.

# COMUNICAZIONE

Richiede che l'organizzazione stabilisca modalità di:

- **Comunicazione interna** fra i professionisti, la Direzione, ecc
- **Comunicazione esterna** con gli stakeholder e i cittadini.

# IL SISTEMA DOCUMENTALE: definizione

Il risultato delle azioni sviluppate da persone nell'ambito di processi con lo scopo di realizzare quanto e come progettato in modo **documentato** nello svolgimento e nel risultato con piena soddisfazione del fruitore e di altre parti interessate.

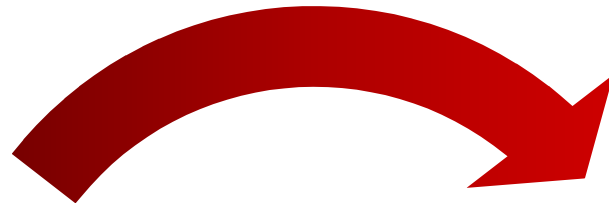
# IL SISTEMA DOCUMENTALE

Un sistema documentale ben progettato e costruito supporta un'organizzazione assicurando che i documenti:

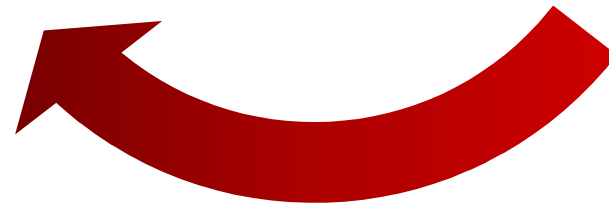
- siano approvati e codificati
- descrivano in modo accurato e veritiero la realtà organizzativa: devono essere completi e aggiornati
- siano utili agli scopi: devono servire a fare
- vengano modificati in maniera controllata: a disposizione dei professionisti devono esserci solo documenti validi
- siano gestiti (accesso, distribuzione, revisioni) attraverso modalità definite.



**Scrivi  
quello  
che fai**



**Fai quello  
che scrivi**



# FINALITÀ DEL SISTEMA DOCUMENTALE

**GOVERNARE I PROCESSI**

**DIRE (quello che si fa)**

**FARE (quello che si è detto)**

**DOCUMENTARE (quello che si è fatto)**

**MIGLIORARE (ciò che si fa)**

**GOVERNARE I PROCESSI**

**GOVERNARE I PROCESSI**

# ELEMENTI SISTEMA QUALITÀ

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

# RICAPITOLANDO.....

- ✓ QUALITÀ
- ✓ QUALITÀ IN SANITÀ
- ✓ SISTEMA QUALITÀ: caratteristiche ed elementi che lo costituiscono



# SISTEMA QUALITÀ IN SANITÀ

- ✓ La qualità, e l'evoluzione del suo concetto, nasce, e si sviluppa, in ambito dell'Ingegneria, dell'Economia Aziendale e delle Scienze dell'Organizzazione, ma poi si espande anche in altri ambiti oltre al mercato: il mondo dei servizi, la sanità.
- ✓ A fronte di **elementi comuni** che costituiscono un sistema qualità esistono **più modelli**.

# SISTEMI QUALITÀ IN SANITÀ

- ✓ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE (obbligatorio)
- ✓ ACCREDITAMENTO VOLONTARIO (es. Joint Commission, Accreditation Canadian)
- ✓ ISO 9001: 2015
- ✓ EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM)
- ✓ AUDIT

## LA NASCITA dell'ACCREDITAMENTO: gli STATI UNITI



- ✓ Il sistema dell'accREDITAMENTO nasce negli USA all'inizio del ventesimo secolo per l'interesse dell'American College of Surgeons (ACS) a promuovere una più elevata qualità dell'assistenza e a rendere "visibile" l'operato delle strutture migliori.
- ✓ Risulta significativo, a questo proposito, l'impegno che nel 1917, a conclusione del terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America, il Collegio assume: *"...standardizzare la struttura e 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. 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"*.

# LA NASCITA dell'ACCREDITAMENTO: gli STATI UNITI



- ✓ L'accREDITAMENTO scaturisce dall'esigenza dei **professionisti** di esercitare una forma di **controllo non coercitivo sugli ospedali**, sia per assicurarsi il giusto riconoscimento professionale, sia per tendere a un **miglioramento** diffuso della qualità dell'assistenza sanitaria.
- ✓ Nella dichiarazione di impegno dell'ACS sono contenuti anche i riferimenti a ciò che molto più tardi si sarebbe chiamato "centralità dell'utente" e "miglioramento continuo".
- ✓ I primi standard minimi vengono pubblicati nel 1917, e nel 1918 viene avviato il cosiddetto Programma di Standardizzazione degli Ospedali.

# GLI STATI UNITI



- ✓ Il programma ebbe una crescente diffusione negli anni successivi, ed il suo sviluppo portò nel 1951 alla fondazione, in modo unitario da parte di alcune associazioni professionali e dell'associazione degli ospedali. La componente medica è molto forte.
- ✓ Nel 1952 le principali associazioni di professionisti costituiscono la Joint Commission for Accreditation of Hospitals (JCAH), **organismo volontario non governativo senza fini di lucro**, incaricato di produrre/aggiornare i requisiti e di condurre le **procedure di accreditamento**.
- ✓ Il modello si basa sul principio che sia interesse dell'ospedale essere valutato: la richiesta di essere sottoposto a verifica di accreditamento deve essere avanzata dall'ospedale stesso.

# GLI STATI UNITI



- ✓ Dal 1965 in conseguenza dell'attivazione dei programmi Medicare e Medicaid (che finanziano a livello federale l'assistenza ospedaliera per anziani ed indigenti) che la politica di accreditamento si evolve
- ✓ Il sistema di accreditamento assume la funzione di selezione degli operanti a carico del sistema di sovvenzioni pubbliche.
- ✓ La concretizzazione di questa politica avviene nel 1970, con la pubblicazione del primo "Accreditation Manual of Hospitals".
- ✓ Il 1975 sancisce l'estensione degli standard a tutte le strutture sanitarie (ambulatori, case di riposo, ecc.)
- ✓ Nel 1988 diventa Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) perché ad essere valutati non sono più solo gli Ospedali.

# GLI STATI UNITI



- ✓ Dagli anni '90 sulla scorta delle esperienze realizzate in ambiti differenti da quello sanitario, soprattutto nel settore industriale, la Joint Commission: avvia un profondo ripensamento dell'intera filosofia di accreditamento.
  - pone enfasi sulla performance organizzativa mediante l'identificazione dei processi più rilevanti per gli **esiti** dell'assistenza;
  - introduce la valutazione di esito sanitario attraverso lo sviluppo di un opportuno **sistema di indicatori**;
- ✓ In questo modo la JCAHO abbraccia, di fatto, la filosofia del **Total Quality Management**: assoluta e continua conformità alle aspettative del cliente (esterno e interno) e orientato a creare costanza di propositi verso il miglioramento continuo dei prodotti e servizi per far sì che ciascun membro dell'organizzazione si adoperi per compiere le trasformazioni necessarie a compiere questo processo.
- ✓ Le verifiche sono condotte da medici e infermieri con amministratori della Struttura
- ✓ La JCAHO è indipendente e autonoma e guidata dal mondo professionale

# IL CANADA



- ✓ Nel 1952 il **Canada**, che aveva affiancato gli USA fin dall'inizio, costituisce una propria Commissione denominata Canadian Council of Health Facilities Accreditation (CCHSA), la quale nel 1958 riceve dal Segretario di Stato l'autorizzazione all'accREDITAMENTO delle organizzazioni ospedaliere.
- ✓ Dal 1980 ad oggi il "Council" ha accreditato più di 1300 strutture sanitarie i cui nomi sono resi pubblici ogni anno, mentre le strutture non accreditate non sono menzionate.
- ✓ Le funzioni essenziali sono il monitoraggio secondo standard nazionali della qualità dei Servizi e il miglioramento della qualità
- ✓ Assente la funzione economica di selezione degli erogatori
- ✓ Il rapporto con il governo esiste
- ✓ I valutatori sono professionisti e non fanno mai parte dell'organizzazione valutata.



# AUSTRALIA



- ✓ Il sistema di accreditamento australiano è su base volontaria ed è gestito dall' Australian Council on Healthcare Standard (ACHS), organismo fondato nel 1974 dall' Australian Medical Association e dall' Australian Hospital Association.
- ✓ La **visita di accreditamento** dà luogo ad un **rapporto** riservato che viene inviato alla dirigenza dell' Ospedale. Rispetto ai modelli nordamericani i principali vantaggi per una struttura accreditata sono, pertanto, prettamente di immagine e solo di riflesso, soprattutto per la ospedalità privata, di tipo economico.
- ✓ Tra gli elementi caratterizzanti il sistema australiano vanno ricordati:
  - l'intensa attività di formazione (specialmente in management ospedaliero e nell'organizzazione delle attività di Quality Assurance);
  - la snellezza dei requisiti di accreditamento e loro generalizzabilità a servizi di diversa natura;
  - lo sviluppo di un sistema di indicatori "clinici".

## LA diffusione dei sistemi di accreditamento in EUROPA: la SPAGNA



Nel 1986 è stata effettuata una "devolution" alle Regioni del Servizio Sanitario e le responsabilità in materia di sanità sono state affidate a 17 comunità regionali autonome.

Sono attivi due programmi di Accreditamento:

1. Applicato in Catalogna fin dal 1981 con l'obiettivo di valutare gli ospedali privati ai fini di "convenzionare" le loro prestazioni per il settore pubblico. Il Programma di Accreditamento Ospedaliero Catalano, è stato in seguito reso obbligatorio anche per il settore pubblico determinando di fatto, la creazione di un **sistema misto di fornitori (pubblici e privati)**.
2. Condotta dal Ministero della Sanità e dal Ministero dell'Educazione Spagnolo. Obiettivo del programma è la selezione degli ospedali destinati all'addestramento degli studenti di medicina.

In entrambe le forme, il corpo di Accreditamento, che è l'istituzione responsabile del programma, ha la **funzione di stabilire gli standard, effettuare le visite** e rilasciare le **attestazioni di accreditamento**. Aspetto fondamentale del processo di accreditamento è la **valutazione**, che viene espletata tramite la **visita** alla struttura da parte di valutatori (medici ed altri operatori dell'ambito sanitario addestrati che normalmente lavorano come operatori pubblici).

# FRANCIA



- ✓ Nel 1996 istituisce l'accreditamento con decreto del Parlamento l'ANAES (Agenzia Nazionale per l'accreditamento e la valutazione sanitaria) nel proprio sistema **sanitario rendendo di fatto obbligatoria, per tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private che effettuano prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, la partecipazione a questa procedura di valutazione esterna della qualità.**
- ✓ L'ANEAS elabora gli standard validi in tutto il territorio nazionale
- ✓ Gli obiettivi principali sono:
  - a) la **valutazione dall'esterno** della qualità e della sicurezza dell'assistenza;
  - b) la valutazione della capacità dell'organizzazione sanitaria di **migliorare** continuamente l'assistenza e di implementare un sistema di gestione globale della qualità;
  - d) il **coinvolgimento dei professionisti**, volto all'accettazione e allo sviluppo di "senso di proprietà" rispetto al cambiamento;
  - e) la **centralità del cittadino/paziente**

Il sistema di accreditamento adottato dalla Francia è, in sostanza, riconducibile al modello **obbligatorio**, basato su una valutazione condotta da una "**terza parte**", ovvero da soggetti (professionisti) indipendenti sia dalla struttura sia dagli organismi di tutela dei cittadini.

# GRAN BRETAGNA



- ✓ Nel Regno Unito **non esiste una legge che regoli o imponga la valutazione della qualità** dei servizi sanitari, eccezion fatta per le Nursing home.
- ✓ Tuttavia molti erogatori di prestazioni sanitarie partecipano volontariamente a valutazioni esterne: programmi di accreditamento professionale, certificazioni ISO, altri programmi di miglioramento.
- ✓ Nel 1989, per iniziativa del King's Fund Centre, in Gran Bretagna viene introdotta una sperimentazione di "audit organizzativo". L'adesione alla sperimentazione da parte delle strutture sanitarie è volontaria, la valutazione si concentra essenzialmente sulle attività assistenziali e sui risultati, l'obiettivo è prevalentemente quello di promuovere un processo di autovalutazione all'interno dei servizi, piuttosto che quello di fornire uno status di soggetto accreditato.

## L'ACCREDITAMENTO: definizione

Il modello di accreditamento si configura come un processo di **valutazione, sistematico e periodico**, svolto da un **organismo esterno** con l'obiettivo di verificare **l'adesione a predefiniti requisiti**, correlati alla qualità dell'assistenza.

# IL PERCHÉ DELL'ACCREDITAMENTO

I motivi per i quali vengono implementati sistemi o programmi di accreditamento sono riconducibili ad almeno quattro ordini di obiettivi:

- ✓ creare un ambiente adeguato per lo sviluppo di una appropriata attività clinica e di una elevata qualità dell'assistenza;
- ✓ monitorare le condizioni di sicurezza e di "successo" di un'organizzazione sanitaria;
- ✓ far sapere al pubblico e ai compratori dei servizi (stato, assicurazioni, ecc.) che l'assistenza è stata valutata con esito positivo, ossia rassicurare i potenziali utenti circa il fatto che tutte le opportune misure di garanzia sono state adottate;
- ✓ informare il pubblico e i compratori dei servizi in merito al livello di qualità raggiunto da un'organizzazione rispetto ad altre, ossia orientare la scelta degli utenti o stimolare i servizi "concorrenti" a un continuo miglioramento.

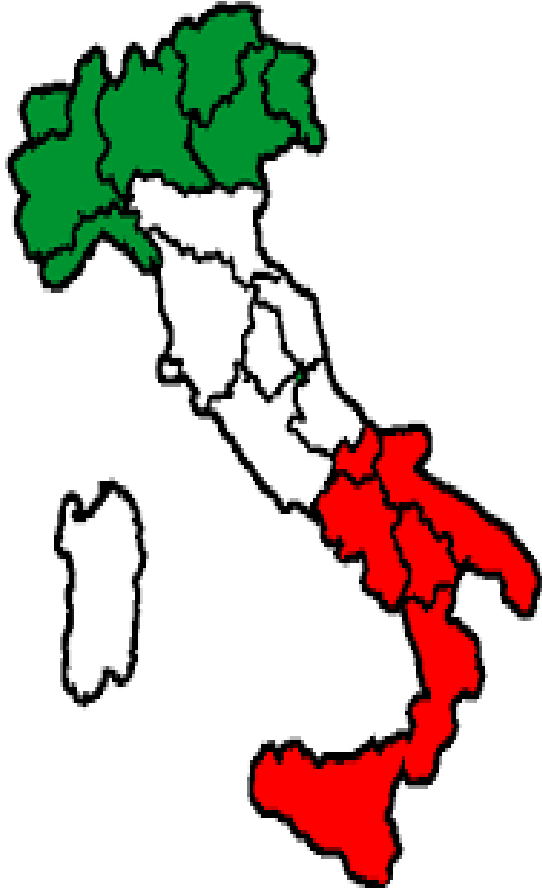
# ELEMENTI COMUNI

- ✓ Sono definiti dei requisiti che devono essere rispettati, valutati. La struttura deve dimostrarne il possesso
- ✓ Le strutture sanitarie «richiedono» l'accreditamento all'Ente/Organizzazione preposto attraverso domanda
- ✓ Verifica sul campo dei requisiti
- ✓ Chi esegue la verifica è competente per farlo
- ✓ L'esito della verifica è un report

# DIFFERENZE FRA I MODELLI

- ✓ L'adesione delle strutture può essere obbligatoria o facoltativa
- ✓ Il team può essere costituito da professionisti che lavorano nelle strutture sanitarie e che «si prestano» ad effettuare delle verifiche a da professionisti che per lavoro eseguono solo verifiche
- ✓ I requisiti per l'accreditamento possono privilegiare, in misura variabile da modello a modello, gli aspetti di struttura, di processo, di esito





..... E IN ITALIA?

# ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE IN ITALIA

Il tema dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie si pone in Italia con un certo ritardo rispetto ad altri Paesi.

Il legislatore italiano ha inteso costruire il modello dell'accREDITAMENTO istituzionale facendo riferimento a elementi di diversi modelli già applicati, con particolare attenzione a quelli Europei.

I riferimenti normativi che hanno dato avvio all'accREDITAMENTO istituzionale sono:

- ✓ Decreto Legislativo 502/92 e DLGS 517/93
- ✓ DPR 14 Gennaio 1997
- ✓ Decreto Legislativo 229/99

# DECRETO LEGISLATIVO 502/92

- ✓ Art 8 comma 7, cita «Le regioni e le USL adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei *nuovi rapporti previsti*»

I «rapporti previsti» sono quelli di cui all'art. 1 Legge 421/1992 «introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di *integrazione con il servizio pubblico*, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, *secondo principi di qualità ed economicità*, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini *migliore assistenza e libertà di scelta*»

- ✓ Art. 10 «Controllo di qualità»
- ✓ TITOLO IV - PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI - art. 14 «Diritti dei cittadini»

# DECRETO LEGISLATIVO 517/93

## Articolo 9 lettera g)

«[...] le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei **nuovi rapporti** previsti dal presente decreto 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. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto»

## Lettera d)

[...] sono **definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie** da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi.

# DECRETO LEGISLATIVO 517/93

- ✓ nascita del concetto di accreditamento
- ✓ definisce che devono essere fondati i "nuovi rapporti": equiparazione fra pubblico e privato
- ✓ introduce le modalità di pagamento a prestazione
- ✓ stabilisce l'adozione del sistema di verifica
- ✓ prevede la revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate
- ✓ stabilisce la necessità di soddisfare requisiti minimi per esercitare attività sanitarie oltre agli ulteriori requisiti per l'accreditamento;