



*Accreditamento Istituzionale
ovvero.....
Quel che occorre sapere per non perdersi!*

A cura di: M. Calamai, G. Paladino, E. Sesti,
Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - Siena

Anno 2002

Sommario:

1- ACCREDITAMENTO	3
Cos'è l'Accreditamento.....	3
Come nasce?	4
2- IL MODELLO TOSCANO	4
Cos'è l'accreditamento nella nostra Regione?	4
Chi è coinvolto?.....	5
Come si ottiene l'accreditamento?	5
Come si parte?	6
Cosa ci mette a disposizione l'accreditamento per capire a che punto siamo?.....	6
Cosa sono?	7
Chi è coinvolto nel processo di verifica?	7
Come si richiede l'accreditamento?.....	8
Chi verifica il possesso dei requisiti?.....	8
Chi accredita?	8
L'Accreditamento va rinnovato?	9
3-IL PROGETTO DELLA NOSTRA AZIENDA	9
Come ci siamo organizzati per l'accreditamento?	9
Quale squadra abbiamo messo in campo?	9
Quale organizzazione prevediamo?	9
A che punto siamo?.....	9
Qual'è il Progetto Aziendale per l'Accreditamento?.....	150
4- PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI	151
5- GLOSSARIO	152



L'obiettivo di questo opuscolo, in attesa della verifica ispettiva da parte della Commissione Regionale che presto riguarderà anche la nostra Azienda, è di fornire un quadro chiaro, completo e sintetico di quel processo che si sta svolgendo nella Regione Toscana che va sotto il nome di "Accreditamento Istituzionale" ,

1- ACCREDITAMENTO

Cos'è l'Accreditamento

L'Accreditamento è il riconoscimento dell'idoneità a poter erogare prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), vale a dire per poter fornire servizi sanitari alla pubblica amministrazione e per poter essere cioè finanziati dalla pubblica amministrazione,

Il Decreto legislativo 502/92, aveva previsto l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento da parte dell'amministrazione centrale, *"in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*.

Con tale atto (D.P.R. 14/01/97) sono stati definiti i requisiti minimi che le strutture sanitarie pubbliche e private devono possedere per poter esercitare le specifiche attività.

Lo stesso D.P.R., demanda alle regioni la determinazione di standard di qualità che costituiscono requisiti per l'accREDITamento delle strutture pubbliche e private.

Quindi, per essere **accREDITati**, occorre soddisfare "requisiti ulteriori" stabiliti dalle amministrazioni regionali, pur nel rispetto dei criteri generali stabiliti dal già citato DPR.

Dal 1999, con il D.Lgs 229, è stato possibile per le Regioni identificare i criteri per la realizzazione dell'AccREDITamento Regionale

[Torna a Sommario](#)



L'AccREDITamento garantisce:

- di erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN;
- di vedere riconosciuto e attestato il rispetto di standard di qualità.



Chi non è accREDITato, non lavora più per il S.S.N. !

Come nasce?

La logica dell'accreditamento, nasce in USA e fin dalle sue origini (seconda metà del '900) l'accreditamento è stato legato al concetto di finanziamento. L'accreditamento consente infatti la verifica di quei requisiti che assicurino circa l'impegno da parte degli erogatori, alla qualità organizzativa e al miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi.

Le assicurazioni americane riconoscono, quindi, il rimborso delle spese sanitarie solo a quei cittadini che si rivolgono alle strutture in possesso di requisiti prestabiliti, ovvero alle strutture sanitarie appositamente accreditate.

Negli USA, dove il sistema è nato, come anche in Canada, Australia e negli altri paesi dove si è poi diffuso, seppur assumendo tipicità nazionali, si è comunque mantenuta una caratteristica comune: la volontarietà del sistema di accreditamento.

Nel nostro paese, invece, l'Accreditamento è previsto come attività **obbligatoria** (si dice infatti "Accreditamento Istituzionale"!!) per le strutture che vogliano erogare prestazioni in nome, per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Introdotta nel citato D.Lgs 502/92, è con il DPR 14/01/97 che vengono individuati i Requisiti Minimi Nazionali necessari per erogare le prestazioni sanitarie.

[Torna a Sommario](#)

2- IL MODELLO TOSCANO

Cos'è l'accreditamento nella nostra Regione?

Il primo atto normativo regionale relativo all'Accreditamento è la LR. 23 febbraio 1999, n. 8, "*Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento*", che prevede "*le strutture sanitarie pubbliche in esercizio, le strutture sanitarie private autorizzate e i professionisti che intendano erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, all'interno degli atti della programmazione sanitaria regionale*" ad "*ottenere preventivamente l'accreditamento*";

Successivamente con la Delibera C.R. n.30 del 01/02/2000, la Regione ha definito:

1. I requisiti per l'ottenimento dell'accreditamento a strutture sanitarie private e pubbliche;
2. Un manuale per l'accreditamento, quale strumento di verifica del possesso dei requisiti suddetti;
3. Le procedure di accreditamento (tempi e modalità)

[Torna a Sommario](#)



Con l'Accreditamento, la Regione Toscana chiede alle strutture sanitarie

QUALITA' di cura e assistenza,

OTTIMIZZAZIONE dei risultati

ATTENZIONE alle esigenze degli utenti



Accreditarsi significa..... lavorare in Qualità!

Chi è coinvolto?

- tutti i presidi che erogano prestazioni di riabilitazione, sia a livello ambulatoriale, che di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti e non acuti;
- tutti i presidi che erogano prestazioni di laboratorio analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale;
- tutti i presidi di ricovero per acuti a ciclo continuativo e diurno con un numero di posti letto inferiore a 300;
- le attività di alta specialità: cardiocirurgia, cardiologia invasiva diagnostica e interventistica, neurochirurgia e unità spinale.

Questa "prima fase" sarà conclusa entro il 2005.

Come si ottiene l'accreditamento?

Il percorso per l'ottenimento dell'accreditamento è segnato da una serie di fasi, chiare e interconnesse l'una all'altra.

Come si parte?

Con un'attenta lettura della propria attività, con la definizione dei processi e con la predisposizione di procedure.

Queste ultime sono fondamentali al fine di rendere verificabile, sistematico e oggettivo lo svolgimento delle attività.

[Torna a Sommario](#)

Cosa ci mette a disposizione l'accreditamento per capire a che punto siamo?

Le Liste di Verifica!

Cosa sono?

Sono documenti interni, in cui riportare una serie di risposte a quesiti, semplici o complessi che "misurano" il livello di rispondenza tra i requisiti (generali e specifici) richiesti dall'Accreditamento e le procedure interne di erogazione del servizio.

Alcune liste sono destinate a verificare il rispetto di requisiti, che tutti i soggetti che erogano prestazioni sanitarie devono avere:

organizzativi

- Politica, obiettivi, attività
- Struttura organizzativa;
- Gestione Risorse Umane;
- Linee Guida e Regolamenti Interni;
- Sistema Informativo
- Carta dei Servizi.

Strutturali

- Gestione risorse strutturali

Tecnologici

- Gestione risorse tecnologiche;

Altre liste, verificano la specifica tipologia di prestazione sanitaria erogata dalla struttura che richiede l'accreditamento:

- Attività in regime ambulatoriale;
- Attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno;
- Attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno in fase post acuta.

Chi è coinvolto nel processo di verifica ?

Tutti sono coinvolti dal processo di verifica: gli utenti delle strutture sanitarie, il personale che, a qualsiasi titolo, eroga attività lavorativa all'interno dell'azienda che intende accreditarsi. Nessuno può ritenersi escluso!



L'accreditamento è un traguardo comune!

[Torna a Sommario](#)

Come si richiede l'accreditamento?

Il Direttore Generale dell'Azienda presenta una domanda alla Giunta Regionale, allegando ad essa le liste di verifica.....ma non basta! Per avviare il procedimento di accreditamento, la Giunta Regionale deve esprimere parere favorevole circa la funzionalità delle strutture che intendano accreditarsi agli indirizzi di programmazione regionale. Nel caso in cui tale funzionalità non sia verificata il procedimento di accreditamento viene sospeso.

Chi verifica il possesso dei requisiti?

Le **Commissioni Regionali per l'Accreditamento** secondo la competenza territoriale attribuita dalla Giunta Regionale, sono incaricate ad effettuare le visite di verifica relativamente a:

- analisi della domanda di accreditamento e della relativa documentazione;
- visite dirette di verifica;
- relazione motivata in ordine all'accreditabilità della struttura.

La commissione esprime la propria valutazione sull'accreditabilità della struttura e la trasmette alla Giunta Regionale.



L'Accreditamento è un processo di miglioramento che coinvolge **tutti** possono essere sottoposti ad intervista durante le verifiche della Commissione!



Le risposte di ognuno, sostengono il successo di **tutti**!

Chi accredita?

La Giunta Regionale, successivamente alle visite può decidere circa:

- il rilascio dell'accreditamento;
- il rifiuto dell'accreditamento
- il rilascio dell'accreditamento con prescrizioni (solo per i requisiti strutturali e tecnologici);
- il rilascio dell'accreditamento con riserva di verifica dell'attività e dei risultati (nel caso di richiesta di accreditamento per nuova struttura o per nuova attività in struttura già in esercizio).



Il parere della Giunta condiziona il futuro dell'Azienda!

[Torna a Sommario](#)

L'Accreditamento va rinnovato?

SI! Ogni tre anni!

Per mantenerlo occorre essere nuovamente sottoposti a verifica e ripetere l'iter previsto in sede di primo rilascio.



Accreditamento = processo continuo per migliorare!

[Torna a Sommario](#)

3- IL PROGETTO DELLA NOSTRA AZIENDA

Come ci siamo organizzati per l'accREDITAMENTO?

L'Azienda Ospedaliera Senese non è certo rimasta alla finestra in questi ultimi anni! Al contrario, sono state organizzate tutte le forze per prepararla allo sforzo che l'attende: conseguire l'Accreditamento!

Quale squadra abbiamo messo in campo?

L'Unità Operativa di Assicurazione Qualità è individuata con apposita Deliberazione, quale struttura di coordinamento aziendale per l'Accreditamento.

Quale organizzazione prevediamo?

La nomina dei Referenti Accreditamento e Qualità (**RAQ**), ed i facilitatori della qualità.

A che punto siamo?

Le azioni intraprese dall'inizio della attività ad oggi, sono le seguenti:

- Presentazione della domanda di Accreditamento alla Regione Toscana nel giugno 2001;
- Riorganizzazione della documentazione delle diverse UU.OO.
- Codifica in formato elettronico del materiale cartaceo, tramite un software di gestione della documentazione per l'accREDITAMENTO

- Piano di formazione e comunicazione per la sensibilizzazione delle diverse strutture ed UU.OO. aziendali coinvolte nel processo di accreditamento.



La documentazione delle attività coinvolte in questa fase del processo di accreditamento è in via di ultimazione !

[Torna a Sommario](#)

Qual'è il Progetto Aziendale per l'Accreditamento?

L'Azienda ospedaliera senese ha già segnato le tappe per ottenere l'Accreditamento!

Nei prossimi mesi ci attende:

1. un'attività diffusa d'informazione (questo opuscolo è il primo strumento!);
2. la costituzione di un nucleo interno di operatori qualificati (RAQ) in grado di mantenere elevata l'attenzione e la competenza sul tema dell'accREDITamento;
3. un'attività di formazione specifica rivolta agli operatori particolarmente coinvolti nell'accREDITamento e la qualità (Facilitatori);
4. l'attivazione di un percorso di autoverifica aziendale che anticipi le visite ispettive ufficiali che la Commissione Regionale per l'accREDITamento effettuerà;



Allenarci al meglio per raggiungere il traguardo!



L'impegno a cui tutti sono chiamati è dimostrare la corretta applicazione dei principi dell'AccREDITamento!

Dubbi, incertezze, suggerimenti o curiosità?

potrete trovare una risposta chiamando l' U.O. Assicurazione Qualità al n° 5846 e-mail A.Secco@ao-siena.toscana.it.

[Torna a Sommario](#)

4- PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI¹:

- D.lvo n. 502 del 30.12.1992: con il quale viene introdotto l'Accreditamento istituzionale.
- DPR 14.01.97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome di TN e BZ, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private"
- D.lvo n. 229 del 19.06.1999: nel quale è indicato che l'accREDITamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta
- LR n. 8 del 23.02.99: norma regionale quadro per l'accREDITamento che esplicita le condizioni essenziali per il conseguimento dell'accREDITamento e rimanda a successivi atti deliberativi per la definizione delle indicazioni sulla procedura ed i requisiti.
- Del. C.R. n. 30 del 1.2.2000: provvedimento attuativo della LR 8/99 che determina sia le procedure che i requisiti necessari per l'ottenimento dell'accREDITamento
- Del. G.R. N. 498/2001.: che enuncia le prime disposizioni operative relative alla presentazione della domanda di accREDITamento
- Decr. dirigenziale N° 3040/2001: che definisce la modalità di trasmissione della domanda di accREDITamento e fornisce i relativi fac-simili necessari alla redazione della stessa.

[Torna a Sommario](#)

¹ Parte della normativa citata, è consultabile e scaricabile in locale collegandosi con il sito della Regione Toscana all'indirizzo <http://www.rete.toscana.it/index.htm> settore di attività "sanità"- "autorizzazione e accREDITamento".- "accREDITamento"

5- Glossario

ACCREDITAMENTO

Processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un'agenzia esterna che si pone l'obiettivo di verificare l'esistenza di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che determinano la qualità dell'assistenza (vedi anche Autorizzazione e Certificazione). Si possono distinguere due modalità principali di accreditamento:

regolamentazione pubblica (lo Stato si assume la responsabilità diretta di definire gli standard/criteri, di ispezionare obbligatoriamente i servizi che vogliono operare in regime "pubblico", e, sulla base dei risultati ottenuti, eroga finanziamenti o dà accesso a rimborsi); autoregolamentazione (è la forma di accreditamento adottata nei Paesi anglosassoni e prevede che un'Agenzia professionale indipendente stabilisca gli standard/criteri e ne monitorizzi l'adeguamento da parte di strutture che volontariamente decidono di entrare nel sistema, potendo o meno lo Stato riconoscere il risultato della valutazione in funzione della erogazione di finanziamenti).

AMBULATORIO

Struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazione sanitarie, di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

AUTORIZZAZIONE

Procedura con cui strutture governative certificano la presenza di requisiti minimi (strutturali, tecnologici e organizzativi) previsti da norme e regolamenti e che è spesso richiesta per l'inizio di un'attività o, periodicamente, per il suo proseguimento. Autorizzazione non è sinonimo di accreditamento, dal momento che essa rappresenta la licenza concessa per l'esercizio privato, mentre l'accreditamento consente l'ingresso in un sistema pubblico.

AZIENDA

Sistema di processi economici che si svolgono in istituti sociali di diversa specie cui si applicano il principio-obiettivo della razionalità economica (ottenere il massimo risultato con il minimo impegno di risorse) e i criteri della corretta amministrazione. Nella pratica si distinguono Aziende con finalità di reddito e Aziende senza finalità di reddito (profit e non profit, rispettivamente).

CLIENTE/UTENTE

Destinatario di un prodotto e/o di un servizio.

Ufficialmente è colui che riceve un prodotto da un fornitore (UNI EN ISO 8402). Per il neurologo, per esempio, il cliente è il paziente, sia ricoverato che ambulatoriale, qualunque sia il prodotto/servizio che gli viene fornito. Ma cliente è anche il medico di altra U.O. o l'U.O. presso cui è degente un paziente per il quale viene richiesta una prestazione, o il medico di base che ha inviato il paziente. Può essere anche l'entourage familiare che accompagna il paziente durante la degenza.

CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il controllo della documentazione consiste nel regolamentare le seguenti attività:

- creazione/emissione del documento
- identificazione e/o codifica e appropriazione
- archiviazione e conservazione
- diffusione
- modifiche ed aggiornamento
- eliminazione dei documenti superati

DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA

Colui che legge i dati dell'atto sanitario ed elabora le conclusioni..

DOCUMENTO

L'atto assunto, nelle forme rituali, da parte del responsabile della funzione specifica, nell'ambito delle competenze proprie attribuitegli dall'ordinamento aziendale.

GESTIONE TOTALE PER LA QUALITÀ

Modo di governo di un'organizzazione incentrato sulla qualità, basato sulla partecipazione di tutti i suoi membri, che mira al successo a lungo termine ottenuto attraverso la soddisfazione del cliente, e che comporta benefici per tutti i membri dell'organizzazione e per la collettività. (ISO 8402)

INDICATORI

Variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità (DPCM 19 maggio 1995)

La variabile quantitativa è di solito rappresentata da una media o da una percentuale, da una proporzione o da un tasso.

nel Sistema Qualità bisogna definire le caratteristiche che deve avere il prodotto finale per essere definito tale (prodotto di qualità). Bisogna successivamente verificare che il prodotto abbia le caratteristiche che sono state dichiarate. Per fare questo bisogna definire quali sono gli indicatori che consentono questa verifica. Gli indicatori sono i "parametri" valutando i quali si ottengono, in modo semplice e rapido, informazioni per valutare la attività svolta. Nel preparare il manuale della qualità bisogna decidere quali indicatori permettano di tenere sotto osservazione ogni fenomeno. E' importante trovare, con l'aiuto di un consulente, indicatori adeguati, che siano efficienti per dare le informazioni necessarie a valutare il processo che bisogna controllare ma che non assorbano, per la loro misurazione/rilevazione, troppo tempo o energie. Le caratteristiche di un indicatore si dividono in intrinseche, cioè riproducibilità e accuratezza, ed estrinseche, legate alla rilevazione, cioè pertinenza, completezza di rilevazione, tempestività di rilevazione, accettabilità, facilità di rivelazione, e di analisi e soprattutto capacità di influire sulle decisioni.

Gli indicatori di qualità possono essere di diversi tipi:

- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività
- indicatori di struttura, derivanti da rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure
- indicatori di esito, che nel caso della qualità del servizio assumono la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti

- indicatori clinici: dette anche professionali, indicatori relativi al processo clinico e agli esiti per specifiche condizioni o interventi.

ISTRUZIONE OPERATIVA

disposizione che stabilisce un' azione da compiere o precisa il modo con cui svolgere una attività (UNI EN ISO 45020). E' un documento sintetico e descrittivo, di facile interpretazione che specifica le varie fasi di uno schema di flusso quando "l'attività" (o il "servizio") da fornire richiede maggiori informazioni o quando sia necessario trasferire know how mediante note ed avvertimenti.

LINEE GUIDA

Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze. (DPR 14/01/1997)

Requisiti di qualità delle linee guida:

- utilità (aumento dell'efficacia e contenimento dei costi)
- affidabilità (altri gruppi, a parità di condizioni, dovrebbero pervenire alle stesse conclusioni)
- applicabilità (si applicano alla popolazione per cui sono - previste)
- flessibilità (prevedono opportune eccezioni)
- chiarezza (le indicazioni sono chiare, interpretate in modo univoco da tutti gli operatori che le devono applicare)
- multidisciplinarietà (vengono considerati diversi possibili aspetti della stessa condizione)
- aggiornamento (riflettono le conoscenze più recenti).

MANUALE DELLA QUALITÀ

Documento che enuncia la politica per la qualità e descrive il sistema qualità di un'organizzazione. (ISO 8402)

Il Manuale della Qualità comprende di regola, o richiama, come minimo:

- politica per la qualità
- sistema di responsabilità e autorità
- procedure ed istruzioni del sistema qualità.

MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE O SULLE PROVE DI EFFICACIA

significa l'integrazione dell'esperienze clinica individuale con le migliori evidenze disponibili ricercate in modo sistematico tramite la valutazione dell'efficacia degli interventi degli studi controllati randomizzati e alle metaanalisi.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Le azioni intraprese nell'ambito di un'organizzazione per accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei processi a vantaggio sia dell'organizzazione, sia dei suoi clienti. (ISO 8402). Si indica con questo termine, che ha sostituito i precedenti Assicurazione di Qualità e Verifica e Revisione di Qualità, un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare i processi e gli esiti. Fanno parte di un sistema di MCQ l'effettuazione di progetti di MCQ, il monitoraggio di processi e di esiti importanti mediante un sistema di indicatori, lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, e la verifica della loro applicazione, e la partecipazione a programmi di accreditamento o di certificazione.

OBIETTIVO

Una situazione, una condizione misurabile che ci si aspetta di raggiungere in un determinato tempo e luogo come risultato di procedure e risorse. (DGR 944/99).

O. generale: obiettivo espresso in modo chiaro, ma senza ancora che sia definito come valutarne il raggiungimento. Consiste in un insieme di obiettivi specifici.

O. specifico: obiettivo misurabile. Valutabile, per il quale sono stati determinati criteri, indicatori e soglie di raggiungimento.

OBIETTIVO DI INTERVENTO SANITARIO

L'evento (ad esempio morte-malattia) o la condizione (disabilità-menomazione) di cui vogliamo limitare il verificarsi con un determinato insieme di azioni oppure l'evento o la condizione che desideriamo rendere più frequente (nel caso di eventi o di condizioni desiderabili).

PROCEDURE

Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (DPR 14.01.97)

In genere una procedura mira a definire le modalità di gestione ed il sistema di responsabilità di uno specifico processo.

Una procedura individua chi fa cosa, come, con quali strumenti, quando e quali registrazioni vengono eseguite.

Per ogni procedura devono essere definite le seguenti caratteristiche:

- Finalità - scopo: individuazione del motivo della indispensabilità della procedura
- Oggetto: individuazione della sequenza delle operazioni che devono essere svolte sistematicamente.
- Responsabilità: identificazione per ogni fase del processo dei livelli di responsabilità.
- Applicabilità: strutture organizzative e uffici coinvolti.
- Documenti di riferimento: eventuali normative di legge o altri documenti ufficiali presi a riferimento (es. linee guida nazionali o regionali, circolari interne della Direzione aziendale).
- Termini, definizioni, sigle ed abbreviazioni: glossario col quale vengono specificati eventuali sigle o termini particolari.

Le procedure possono essere di azienda, presidio, struttura organizzativa e devono essere documentate.

È possibile effettuare diverse classificazioni delle procedure:

- procedure generali, di carattere generalmente gestionale, che descrivono le attività di livello più globale;
- procedure operative, di carattere spesso funzionale, che descrivono chi, cosa, quando, come e dove relativamente alle attività specifiche.
- procedure trasversali, finalizzate alla gestione omogenea dei rapporti intercorrenti tra unità operative, servizi ambulatoriali e servizi trasversali;
- procedure interne comuni a diverse strutture organizzative (gestione della documentazione, ad esempio cartella clinica).
- Per procedure interne comuni occorre intendere che sussiste una standardizzazione della modulistica che definisce modalità di emissione, controllo, diffusione, archiviazione,
- rintracciabilità;
- procedure peculiari di ciascuna struttura organizzativa, UO, servizio.

Non potendo definire una regola guida è comunque necessario che l'azienda definisca le modalità generali con cui devono essere elaborate e cioè le specifiche a cui devono uniformarsi le singole UU.OO. o servizi.

PROCESSO

Sequenza strutturata di attività formalizzate, tra loro logicamente interrelate, ciascuna delle quali, partendo da un determinato input, aggiunge valore e produce un certo output, prodotto o servizio, finalizzato al raggiungimento di obiettivi tesi a soddisfare il cliente interno od esterno.

I fattori classici che caratterizzano un processo sono:

- le risorse umane (comprehensive del relativo grado di istruzione, formazione, informazione, professionalità, motivazione e coinvolgimento):
- gli strumenti (macchine e materiali)
- i metodi (procedure o prassi, modalità di misure e prova, aspetti organizzativi e gestionali, di controllo).

Il processo non si identifica con la struttura organizzativa: le attività che compongono il processo in genere si riferiscono a diverse linee di responsabilità e cioè a più strutture organizzative.

PRODOTTO/SERVIZIO

Risultato di una sequenza di azioni organizzate e finalizzate (processo); (prodotto materiale o prodotto immateriale quale un servizio, un programma di elaboratore, un progetto, una istruzione per l'uso).

PROTOCOLLO

Un pre-definito schema di comportamento diagnostico-terapeutico comporta la definizione di una sequenza di comportamenti, assai ben definiti, come avviene ad esempio all'interno di un programma di ricerca clinica.

QUALITÀ

L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite (ISO 8402)

Qualità percepita = soddisfazione del cliente

Qualità tecnico-professionale = cultura, formazione ed addestramento di tutto il personale

Qualità organizzativa = equilibrio tecnico-economico di tutti i fattori, per la continuità

REFERENTE

Operatore presente all'interno della struttura che agisce in proprio o su delega del responsabile per l'assolvimento di uno o più compiti.

REGOLAMENTI INTERNI

Definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa che devono essere sistematicamente ottemperate (DPR 14.01.97).

Regolamenti interni: definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

REQUISITI

Indicano cose che devono essere presenti o essere state fatte.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Segue una breve descrizione dei seguenti aspetti organizzativi:

1. - politica, obiettivi ed attività; organizzativa; 3. - gestione delle risorse umane; 4. - gestione delle risorse tecnologiche; 5. - gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni; 6. - sistema informativo;

STANDARD

Può assumere le connotazioni di:

- punto di riferimento per orientare l'azione;
- specificazione quantitativa che precisa un certo criterio, definendo il valore soglia (minimo o massimo) di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo servizio o di performance per un determinato intervento

VALUTAZIONE

Momento essenziale di ogni programma pubblico.

La valutazione non ha finalità sanzionatorie ma costituisce:

- verifica e approfondimento sui risultati conseguiti;
- analisi dei problemi;
- individuazione delle linee di sviluppo di un programma pubblico.

Principi per lo sviluppo del processo di valutazione

- principio della autovalutazione.

Ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e pieno utilizzatore della propria valutazione. La valutazione non costituisce azione di controllo né tanto meno di ispezione, ma costituisce un momento di verifica ed approfondimento per il miglioramento dei risultati.

- L'autovalutazione deve essere accompagnata da riscontri esterni.

- principio dei diversi livelli di valutazione

Il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali del SSN (aziendale, regionale...). Ogni livello procede ad una valutazione del proprio operato e dei risultati ottenuti.

- principio di non autoreferenzialità

Per quanto possibile la valutazione deve essere basata su riscontri oggettivi o comunque esterni al soggetto valutatore.

- principio di confrontabilità

Le valutazioni devono essere condotte sulla base di un metodo omogeneo al fine di fornire una base utile per la valutazione dei livelli superiori (regionali e nazionali).

Processo della valutazione

- obiettivi, impegni, standard

- monitoraggio (indicatori)

- verifiche dei risultati (analisi cause e scostamenti) utilizzo delle verifiche

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

La valutazione della qualità dell'assistenza tende a far sì che ogni paziente riceva l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che portano ai migliori esiti in termini di salute,

tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche, con il minor costo possibile ed i minori rischi iatrogeni, ottenendo la sua soddisfazione rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario (O.M.S.)

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ'

Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e di miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- 2) la determinazione delle cause possibili;
- 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).
DPR 14.01.97

QUALITÀ-TOTALE

E' un sistema di management innovativo rivolto al miglioramento continuo e diretto a ottenere la soddisfazione del cliente (inteso come destinatario del prodotto/servizio/prestazione) mediante il coinvolgimento organizzato di tutti i membri di ogni settore aziendale. Lo scopo della Qualità Totale è quello di raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione attraverso un'ampia gamma di attività, metodologie e tecniche applicate a tutti gli aspetti delle operazioni aziendali (progettazione, produzione, distribuzione, ecc.).

SERVIZIO SANITARIO

Insieme delle risorse umane, materiali e finanziarie utilizzate in modo strutturato per produrre prestazioni finalizzate a mantenere o migliorare lo stato di salute.

[Torna a Sommario](#)

Hanno partecipato alla stesura del documento:

P.Bruni

R.Groppi

A.Secco