
Il Centro Benchmarking dei Processi in Sanità - CeBePS

di Sanità & Management Consulting Srl

Giorgio Casati¹, Eva Marchese², Vincenzo Roberti³, Maria Cristina Vichi⁴

¹ Amministratore Unico di Sanità & Management Consulting Srl, Referente Comitato Scientifico CeBePS

² Partner di Sanità & Management Consulting Srl

³ Consulente di Sanità & Management Consulting Srl

⁴ Partner di Sanità & Management Consulting Srl, Direttore CeBePS

1. Il CeBePS

In sanità, la gestione dei processi si è affermata in più modi. A livello internazionale, hanno riscosso una grande attenzione i *clinical pathways* (percorsi clinici), strumenti, applicati inizialmente in ambito ospedaliero, che consentono la rappresentazione delle attività, delle risorse e dei risultati attesi in corrispondenza di ogni momento temporale che segna lo sviluppo del processo. Questi piani, di norma parte integrante della documentazione clinica, sono utilizzati come base per il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti che normalmente si verificano nella pratica assistenziale, in una logica di miglioramento continuo. È stato documentato che, nel corso degli anni novanta, i *clinical pathways* hanno raggiunto un elevato livello di diffusione negli Stati Uniti, in Australia, nel Regno Unito, in Belgio e in Olanda e in molti altri sistemi sanitari dei paesi occidentali, e così accade, negli ultimi anni, anche all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

A determinare l'interesse verso gli strumenti sono sia di un numero crescente di sperimentazioni pilota sia gli orientamenti programmatori nazionali e delle regioni. La normativa nazionale ha stabilito l'obbligo di sviluppo dei processi a più riprese, a partire dal 1996, mentre tutti i piani sanitari e socio sanitari regionali prevedono obiettivi in capo alle aziende sanitarie su questo fronte, in termini generali o in modo mirato rispetto a specifiche problematiche assistenziali. Lo sviluppo e l'audit dei processi, sulla base di dati di monitoraggio, ai fini del miglioramento della qualità è inoltre previsto dalla certificazione ISO, dal modello della European Foundation for Quality Management (EFQM), dall'accREDITAMENTO istituzionale, dalle iniziative di accREDITAMENTO professionale e dal modello della Joint Commission Americana (JCAHO).

Il Centro Benchmarking dei Processi in Sanità (di seguito CeBePS) nasce con l'intento di mettere a confronto i processi clinico assistenziali definiti in ambito ospedaliero, prodotto delle iniziative che si sviluppano nelle singole organizzazioni sanitarie. Esso si basa sulla creazione di una rete di professionisti esperti in tema di valutazione dei processi, garanzia per la qualità dei risultati nel confronto e condizione per la sistematica diffusione delle conoscenze a tutti gli operatori coinvolti nelle iniziative locali, nella finalità ultima di promuovere il miglioramento delle prassi in una logica non autoreferenziale.

Il CeBePS si occupa di acquisire i piani di assistenza e, attraverso il proprio sistema di elaborazione e con il supporto di medici specificamente formati (che lavorano nell'ambito di uffici qualità, controllo di gestione e direzioni sanitarie di alcune delle aziende partecipanti), di rendere disponibili indicatori di sintesi e di dettaglio organizzati per problema di salute, con la doppia funzione di:

- permettere, in una logica di consultazione, la conoscenza delle principali caratteristiche dei processi;
- supportare analisi di benchmarking (individuazione della migliore prassi meritevole di conoscenza approfondita).

Per la natura della sua attività il CeBePS, sviluppato in partnership con due imprese farmaceutiche, AstraZeneca SpA e di Pfizer Italia Srl, è realtà sempre aperta e disponibile, per tutti i soggetti interessati (aziende sanitarie pubbliche e private, Assessorati regionali alla sanità, Agenzie regionali e nazionale, Ministero e Società Scientifiche) che ritengano opportuno attingere alle informazioni scaturite dalle analisi, oppure che siano interessate ad adottare gli strumenti utilizzati in seno al proprio contesto, raffinandoli ed utilizzandoli anche per altre finalità.

A poco più di un anno di attività del CeBePS (luglio 2005), in un primo bilancio di sintesi sulle attività svolte, emerge innanzitutto l'interesse che ha riscosso l'iniziativa. Infatti, hanno aderito al Centro 56 organizzazioni sanitarie (tavola 1), la maggior parte delle quali con progetti per lo sviluppo dei processi assistenziali strutturati e in corso. Il CeBePS ha ricevuto le descrizioni di 55 processi clinico assistenziali, relativi a 31 problemi di salute differenti. Sei problemi di salute, e eventuali relativi interventi (trattamento chirurgico dell'ernia inguinale, trattamento chirurgico della cataratta, BPCO, ictus, coxartrosi - protesi d'anca, calcolosi colecisti - colecistectomia), hanno potuto essere elaborati e avviati al benchmarking. Numerosi altri processi, sulla base delle attività di studio e analisi in corso nelle aziende partecipanti, saranno oggetto di elaborazione, e confronto, a breve.

Il CeBePS, gestito nel suo complesso dai consulenti di Sanità & Management Consulting, si avvale di un Comitato Scientifico, di un Comitato di Progetto e di un Direttore.

Il Comitato Scientifico orienta e valida l'attività del CeBePS, sotto il profilo scientifico, ed è composto da tre membri nominati dai rappresentanti delle imprese farmaceutiche, Astra Zeneca SpA e Pfizer Italia Srl, che collaborano al progetto, e da Sanità & Management Consulting. Nel particolare, ne fanno parte il dott. Caroli: Direttore Sanitario Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, il Dott. Giorgio Casati, Amministratore Unico di Sanità & Management Consulting, il Prof. Franco Di Stanislao, Ordinario della Scuola di Specialità di Igiene e Medicina Preventiva, Facoltà di Medicina e Chirurgia, dell'Università Politecnica delle Marche e Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche.

Il Direttore del CeBePS e il Comitato di Progetto: il CeBePS, sotto il profilo gestionale e organizzativo, è diretto dalla Dott.ssa Maria Cristina Vichi, partner di Sanità & Management Consulting, preposta al coordinamento delle attività del Centro, del Comitato Scientifico e del Comitato di Progetto. Gli indirizzi programmatici sono stabiliti dal Comitato di Progetto composto, oltre che dal Direttore del CeBePS, dai rappresentanti di ogni impresa farmaceutica che collabora all'iniziativa. Nel particolare, Astra Zeneca Spa è rappresentata dal Dott. Onofrio Palombella, Government & Regional Affairs Manager, con la collaborazione del Dott. Sergio Conti, Regional Affairs Manager; Pfizer Italia Srl, a sua volta, è rappresentata dalla Dott.ssa Marina Panfilo, Regional Affairs Associate Director, dal Dott. Giampaolo Murri, Outcomes Research Unit Manager, e dalla Dott.ssa Lisa Da Deppo, Outcomes Research Unit Associate.

AZIENDA SANITARIA	REGIONE
AO S.Maria degli Angeli di Pordenone	Friuli Venezia Giulia
AO Ospedali Riuniti di Trieste	Friuli Venezia Giulia
AO Maggiore della Carità di Novara	Piemonte
AO San Giovanni Battista di Torino	Piemonte
AO O.I.R.M. - S. Anna di Torino	Piemonte
AO Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino	Piemonte
Casa di Cura S. Giuseppe Spa di Asti	Piemonte
ASL 16 di Mondovì	Piemonte
ASL 20 di Alessandria e Tortona	Piemonte
ASL 7 di Chivasso	Piemonte
ASL 8 di Chieri	Piemonte
ASL 4 di Torino	Piemonte
ASL 9 di Ivrea	Piemonte
ASL 17 di Savigliano	Piemonte
AO Luigi Sacco di Milano	Lombardia
Centro Cardiologico Monzino di Milano	Lombardia
AO San Carlo Borromeo di Milano	Lombardia
AO G.Salvini di Garbagnate Milanese	Lombardia
AO Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	Lombardia
AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese	Lombardia
AO Ospedale Treviglio Caravaggio di Treviglio	Lombardia
AO Santa Corona di Pietra Ligure	Liguria
Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro di Genova	Liguria
ASL 7 di Siena	Toscana
ASL 1 di Massa e Carrara	Toscana
ASL di Merano	Provincia Autonoma di Bolzano
ASL di Bolzano	Provincia Autonoma di Bolzano
ASL Valle d'Aosta	Valle d'Aosta
ASL 13 di Dolo - Mirano	Veneto
ASL 18 di Rovigo	Veneto
AO di Padova	Veneto
ULSS 10 Veneto Orientale	Veneto
ASL 1 di Venosa	Basilicata
ASL 3 di Lagonegro	Basilicata
ASL 4 di Matera	Basilicata
ASL 5 di Montalbano Jonico	Basilicata
AO San Carlo di Potenza	Basilicata
C.R.O.B.- Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture	Basilicata
ASL di Reggio Emilia	Emilia Romagna

segue Tavola 1: Aziende sanitarie partecipanti al CeBePS

AZIENDA SANITARIA	REGIONE
AO Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia	Emilia Romagna
Azienda Sanitaria Unica Regionale Zona 5 di Jesi	Marche
AO Ospedale San Salvatore di Pesaro	Marche
ASL di Roma F	Lazio
ASL 1 di Nocera Inferiore	Campania
AO "G. Rummo" di Benevento	Campania
ASL 6 di Palermo	Sicilia
AO Gravina di Caltagirone	Sicilia
AO Papardo di Messina	Sicilia
AO Un. Policlinico di Palermo	Sicilia
AO Umberto I di Siracusa	Sicilia
AO Civico di Palermo	Sicilia
Centro Catanese di Oncologia	Sicilia
ASL 4 di Bari	Puglia
IRCCS Saverio De Bellis di Castellana Grotte (BA)	Puglia
ASL 3 di Nuoro	Sardegna
AO Ospedale Regionale di Locarno La Carità	Svizzera

2. Dove nasce l'idea

Nel mese di marzo dell'anno 2003 Sanità & Management Consulting avviò, in collaborazione con la Cattedra di Igiene Pubblica dell'Università Politecnica delle Marche e l'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone, un'indagine finalizzata alla ricognizione dello stato dell'arte dell'introduzione e sviluppo della gestione dei processi presso le aziende sanitarie italiane¹.

Alcuni segnali, intensificatisi negli ultimi anni, portarono a ritenere che in seno a molte aziende sanitarie si fossero aperti spazi per lo sviluppo autonomo di progetti per la introduzione, seppur per molte in via sperimentale, della gestione dei processi. L'interesse dei promotori era legato non solo a cercare di comprendere l'orientamento dei processi di innovazione presso le aziende sanitarie, bensì anche a verificare se esistessero le condizio-

¹ I tre partner hanno sviluppato negli anni una particolare attenzione a questa tematica; l'Università Politecnica delle Marche di Ancona ha sostenuto lo sviluppo e la diffusione dei profili di assistenza nella Regione Marche, ottenendo risultati molto incoraggianti (88 processi studiati e un primo premio al Forum PA 2001, più una forte motivazione da parte della Regione a continuare a investire in questa direzione); i consulenti di Sanità & Management Consulting Srl, precedentemente in forza presso il CeRGAS Bocconi, sono stati promotori di iniziative nominate "Percorso del Paziente" conducendo complessivamente 18 aziende sanitarie alla definizione e al monitoraggio dei propri processi sanitari in ospedale; l'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli è stata coinvolta parallelamente sia sul fronte dei Percorsi del Paziente, sia sul fronte dei programmi di implementazione delle Linee Guida promossi dal CeVEAS di Modena, di rilievo nazionale e sovrapponibili, per estensione, alle iniziative prima citate.

ni per attivare un'iniziativa di *benchmarking* che potesse, da un lato, diffondere la conoscenza sulle migliori prassi di ogni realtà e, dall'altro, rinforzare gli stessi progetti che hanno portato alla loro definizione.

Per acquisire questi elementi fu inviato un questionario all'attenzione dei Direttori Generali, Direttori Sanitari e ai Responsabili degli Uffici Qualità di tutte le aziende sanitarie pubbliche, degli IRCCS e dei Policlinici, nonché delle più importanti strutture private accreditate operanti sul territorio nazionale. Con esso si richiedevano informazioni in merito ai sistemi e strumenti applicati per la gestione dei processi, con lo scopo di definire un quadro di riferimento, a livello nazionale, sullo stato di loro diffusione. Risposero 71 aziende, delle quali 30 aziende ospedaliere e 34 aziende sanitarie locali, da tutto il territorio nazionale con l'esclusione delle Regioni Abruzzo, Molise e Toscana.

Dal questionario² emergeva che il 21,1% (64 aziende sanitarie pubbliche e 7 IRCCS) delle organizzazioni intervistate (comprese quelle non rispondenti) prevedevano, per via di una attività consolidata o in vista dei risultati di un progetto in corso, la gestione per processi. Di queste, il 92% si dichiararono disposte a partecipare alle attività di un centro che si occupasse di benchmarking dei processi assistenziali, fornendo i dati dei processi studiati nella loro organizzazione.

A seguito di questi risultati, Sanità & Management Consulting Srl elaborò autonomamente un progetto, denominato "Centro Benchmarking dei Processi in Sanità" (CeBePS), successivamente gestito in collaborazione con AstraZeneca SpA e Pfizer Italia Srl, e con il supporto informatico di Eurosoft Informatica Medica Srl.

Nel mese di gennaio del 2004 iniziò la fase preliminare di costituzione del CeBePS, attivando il Comitato Scientifico, raffinando l'approccio metodologico, progettando e sviluppando i software applicativi e predisponendo la documentazione per la presentazione del progetto a livello nazionale. Nel mese di maggio 2004 sono state aperte le adesioni al CeBePS, che si estendono per tutta la durata del progetto.

3. Le attività

Il CeBePS provvede alla acquisizione, validazione, elaborazione dei processi inviati dalle aziende sanitarie partecipanti, producendo report per problema di salute. Oggetto di attenzione sono i soli segmenti della gestione ospedaliera, in attesa che vi siano le condizioni, da parte delle aziende sanitarie, di effettuare analoghe attività sui processi integrati ospedale-territorio.

Più precisamente, il CeBePS:

- Acquisisce i dati elementari di processo dalle aziende sanitarie: ai referenti delle aziende sanitarie aderenti è consegnato, da Sanità & Management Consulting Srl, il software Mappa per descrivere i propri processi. I referenti delle aziende sanitarie descrivono i processi, avvalendosi anche dell'affiancamento che i consulenti offrono all'interno degli spazi previsti dall'iniziativa, e inviano al CeBePS, in posta elettronica, un file generato da Mappa per ogni processo descritto per il quale si desidera partecipare al benchmarking.
- Valuta il processo inviato dalle aziende sanitarie: il CeBePS invia, in forma anonima, la

² V. Roberti, C. Agati, *Partner in cerca di Guidelines, Sanità Management de Il Sole24Ore Sanità*, n.1, Gennaio 2004 Milano.

descrizione del processo ai propri referee. I referee sono professionisti esperti in tema di gestione per processi. Il loro compito è valutare l'accuratezza della descrizione dei processi, senza alterarne i contenuti ma chiedendo alle aziende sanitarie, nel caso si renda necessario, di perfezionare la descrizione del processo assistenziale.

- Inserisce i dati contenuti in ogni processo in un data base centrale. Essi non sono oggetto di elaborazione fino al momento in cui non vi sono almeno tre processi per lo stesso problema di salute. In attesa del numero minimo dei processi presenti per problema di salute, le aziende sanitarie possono comunque aggiornare, se ne ravvisano la necessità, i dati del processo già inviato.
- Elabora i dati dei processi riferiti al medesimo problema di salute, secondo un sistema di indicatori articolato nelle diverse dimensioni della qualità. Gli indicatori sono presentati in tavole di confronto predefinite.
- Coinvolge i referenti delle aziende sanitarie partecipanti nell'affinamento del sistema di indicatori per il benchmarking.
- Provvede alla divulgazione dei risultati sintetici sia nel rapporto periodico (quadrimestrale), inviato via posta a tutte le aziende sanitarie, anche non partecipanti ai lavori del Centro, sia nel sito internet dedicato.
- Provvede alla divulgazione dei risultati delle elaborazioni nell'area riservata del proprio sito internet, solo per le aziende partecipanti ai lavori del Centro. I risultati possono essere utilizzati sia per pura consultazione sia per l'effettuazione di una analisi di benchmarking, cui può seguire la richiesta al CeBePS di un processo nella versione di dettaglio.
- Esercita una continua opera di sensibilizzazione sul progetto, per stimolare la diffusione del Centro e delle tematiche inerenti alla Gestione per Processi, stimolando l'iscrizione da parte di nuove aziende sanitarie e l'attenzione dei riferimenti di sistema. A questo riguardo, sono previste, e in corso, pubblicazioni su riviste economico-finanziarie, riviste specialistiche di settore e di disciplina medico scientifica, libri con riconosciute case editrici e convegni sul tema.

Internet è il principale strumento di comunicazione e di lavoro, e tutte le principali informazioni sul CeBePS sono consultabili in un'area dedicata del sito di Sanità & Management Consulting (<http://www.samaco.it/>) che, in termini più generali, presenta le attività della Società.

Il sito, nella parte dedicata al progetto, permette di visualizzare e di scaricare documenti e di interagire con i dati contenuti nel CeBePS per effettuare elaborazioni e consultazioni. Il sito è suddiviso in una parte pubblica ed in una parte riservata. Per accedere alla parte riservata è necessario che la propria azienda sanitaria sia iscritta al CeBePS. In tale caso, l'iscrizione consente la registrazione alla parte riservata e il possesso della password per l'accesso alla stessa.

La parte pubblica del sito descrive l'oggetto, le finalità, i servizi del CeBePS per le aziende sanitarie. È presentato il rapporto quadrimestrale e vi è la possibilità di scaricare documenti e moduli validi per l'iscrizione al Centro e alcuni approfondimenti in merito alla Gestione per Processi.

La parte riservata svolge una duplice funzione: informativa e interattiva. L'informazione è prevista per segnalare gli stati di avanzamento del progetto, le comunicazioni inerenti alle scadenze relative alle consegne dei dati, il numero e il tipo di processi presenti nella ban-

ca dati del CeBePS. Sono presentati i referenti delle aziende sanitarie partecipanti e il loro indirizzo, per favorire la comunicazione interaziendale. Analogamente, sono presentati i referee coinvolti nella valutazione dei processi inviati. Secondo le diverse necessità, sono inserite pagine ulteriori per comunicare eventi (corsi di formazione, incontri, piani di lavoro) o notizie di interesse per i partecipanti.

La parte riservata interattiva è data dalla consultazione guidata degli elaborati analitici sui confronti tra processi e dalla presenza del software “Benchmarking” che consente di impostare una ricerca tra i dati dei processi presenti per individuare il benchmark. Le elaborazioni effettuate possono essere sia visualizzate sia stampate.

4. Mappa: il software di raccolta dei dati di processo

La realizzazione di un Centro Benchmarking per mettere a confronto i processi di diagnosi, cura e assistenza sviluppati in diverse realtà ospedaliere ha due condizioni operative di primaria importanza:

- L'utilizzo di un approccio e di un linguaggio omogenei, tali da garantire la confrontabilità dei processi acquisiti.
- La possibilità di gestire i dati in un formato non cartaceo, per facilitarne la interpretazione e la elaborazione.

Per questi motivi è stato realizzato, con il supporto di Eurosoft Informatica Medica Srl di Modena, il software Mappa. Mappa è l'acronimo di Modello Applicativo Per Processi Assistenziali, denominazione che connota lo strumento operativo da un lato e, dall'altro, la costruzione dello stesso secondo un preciso schema che impronta la modalità di rappresentazione del processo. Mappa è infatti realizzato sulla base dei principali orientamenti nazionali e internazionali in tema di gestione dei processi. La conciliazione delle diverse metodologie ad oggi disponibili e documentate in letteratura per la gestione dei processi assistenziali è resa possibile dal fatto che, di là degli specifici approcci utilizzati, le modalità di descrizione dei processi assistenziali sono sostanzialmente le medesime.

Il processo che può essere rappresentato attraverso MAPPA consiste nella indicazione delle prestazioni, degli accessi fisici, delle attività che sono o possono essere rese al paziente in un contesto ospedaliero, per offrire risposta ad un determinato problema di salute, e i risultati da esso attesi. Il processo è inteso come strumento utilizzato, periodicamente o in modo continuativo, per la valutazione e il controllo delle prassi e dei risultati (in termini di scostamento da quanto pianificato) come parte integrante del sistema qualità di una determinata struttura dell'azienda e dell'azienda stessa.

In Tavola 2 è proposta la scheda relativa alle prime due giornate del percorso dell'ictus ischemico, sviluppata dalla équipe dell'azienda ospedaliera Santa Corona di Pietra Ligure nel formato internazionale di riferimento per lo studio dei processi, che esemplifica correttamente gli elementi che sono acquisiti attraverso il sistema.

Perché un processo possa essere utilmente descritto con Mappa e inviato al CeBePS, per essere confrontato con quelli sviluppati da altre équipe di professionisti, devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- Il processo deve essere definito intorno ad un problema di salute, in modo specifico (corrispondere ad una singola diagnosi o raggruppamento di diagnosi). Non sono pertanto contemplati processi definiti ad esempio in relazione alla sola modalità organizzativa per la loro erogazione (esempio “processi della Cardiologia”, oppure “processi in day hospital”) in quanto deve essere presente un riferimento specifico al problema di salute (esempio sono invece accettabili, come oggetti di indagine, il “processo dello scompenso cardiaco in Cardiologia” o il “processo dello stripping delle vene varicose in day surgery”).
- Il problema di salute oggetto di studio deve essere tale da necessitare, da parte di un ospedale, di una risposta complessa in termini di una o più prestazioni di ricovero e ambulatoriali. Mappa permette conseguentemente la descrizione dell’intero processo dell’ictus ischemico, mentre non consente la descrizione, ad esempio, dei soli protocolli per la prevenzione e gestione delle piaghe da decubito (anche se alcune attività specifiche comunque saranno comprese nel processo dell’ictus citato).
- Il processo deve riguardare almeno un segmento significativo di un intero percorso ospedaliero (esempio la descrizione dell’eradicazione chirurgica nel complessivo processo inerente alla diagnosi e alla terapia di un tumore maligno). Il processo descritto deve, detto in altri termini, considerare la descrizione di almeno una prestazione ospedaliera (esempio il singolo ricovero ordinario, la singola prestazione ambulatoriale, il ciclo di accessi nella singola prestazione di day surgery) che abbia un ruolo importante nella risposta ad un determinato problema (nella descrizione di un processo chirurgico, ad esempio, non è significativa la descrizione delle sole prestazioni ambulatoriali di controllo) e può essere completato e raffinato nel tempo inviando gli aggiornamenti al CeBePS.
- Il processo descritto deve essere, effettivamente o almeno potenzialmente (nel senso che si tratta di un processo considerato corrispondente a quanto è possibile ottenere nell’ambito di una determinata organizzazione e per il quale si prospetta un monitoraggio, almeno per variabili critiche), implementato nell’ambito della organizzazione che invia al CeBePS la descrizione del processo.
- Il processo deve essere condiviso tra più professionisti che partecipano direttamente alla sua gestione. Esso, pertanto, non può essere frutto dell’impegno di uno o due professionisti ma deve essere il risultato di un processo di condivisione allargato alle figure professionali coinvolte nelle attività descritte.

In Mappa, la descrizione del processo avviene a quattro livelli:

1. Inquadramento del processo, che consente di fornire informazioni generali sul processo, l’organizzazione che lo ha sviluppato e il contesto logistico ad essa relativo.
2. Individuazione delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali che lo compongono, degli accessi fisici previsti alla struttura ospedaliera da parte del paziente e dei criteri e traguardi clinici, assistenziali e educazionali che ne condizionano lo sviluppo.
3. Descrizione analitica delle attività svolte, delle risorse impegnate e di ulteriori criteri e risultati di salute attesi per ogni giornata nella quale il processo è articolato.

4. Descrizione degli indicatori utilizzati per il monitoraggio e di dati di monitoraggio, se disponibili.

Si può vedere un esempio di descrizione di dettaglio attraverso Mappa in Tavola 3. Nella parte sinistra della finestra, è riportato secondo una modalità ad albero lo sviluppo del processo in prestazioni, accessi fisici del paziente all'ospedale e in giornate. Nella parte centrale, è possibile dettagliare le voci che descrivono attività svolte e risultati attesi in corrispondenza della giornata selezionata (nell'esempio in Tavola 3, i criteri e traguardi della parte del processo – nella BPCO riacutizzata della AO Ospedale San Salvatore di Pesaro – che si sviluppa in pronto soccorso, prima del passaggio in pneumologia).

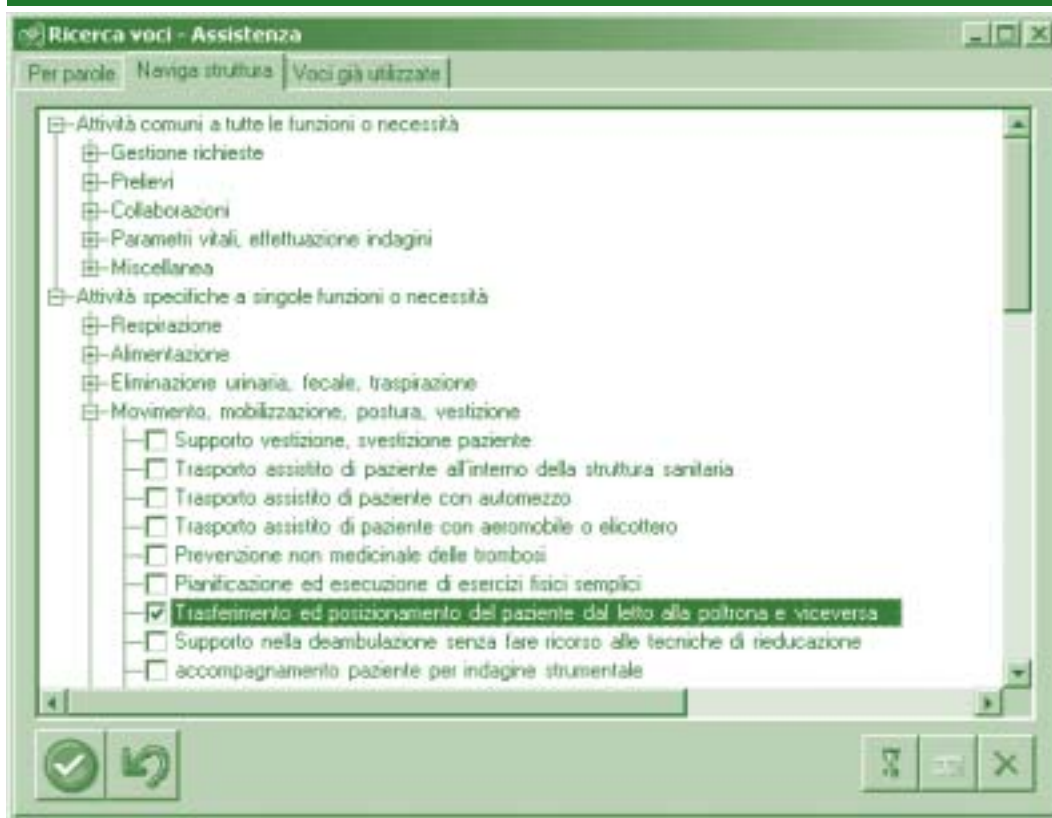
Tavola 3: Il processo della BPCO della AO Ospedale San Salvatore di Pesaro rappresentato attraverso Mappa (dettaglio dei criteri e traguardi per il pronto soccorso)

Titolo	Descrizione	Paradigma	F	Titolo	Monitoraggio
Altro ok	Paziente riacutizzata instabile in vent		0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Trattati	Altezza in piedi] temporanea della co	Giugno-08	0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Trattati	Aumento il tempo spontaneo		0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Trattati	discesa	con alti tempi 30/30	0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Risultati	salutazione	02:15 dopo 15 m	0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Pazienti	Acidosi	02:15 dopo 15 m	0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Pazienti	Alcalosi	02:15 dopo 15 m	0	esclusione: percorso BPCO riacutizzata (se verificati alti	<input type="checkbox"/>
Trattati	discesa		0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Trattati	Cenosi		0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Trattati	Segni di scompenso cardiaco de		0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Segni 0	Tatica respiratoria tachipnea, impegno dei muscoli accessori respiratori, sibilanti respiratori tra torace e addome, segno di Hoehn, sudorazione]				
Risultati	Altezza ESA	addio respiratore	0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Avverti	Analisti di ventilazione meccanica dimidi		0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Trattati	Altezza in piedi] temporanea della co	Giugno-08	0	esclusione: percorso BPCO pneumologia UT/SR	<input type="checkbox"/>
Altro ok	Risposta alla terapia domiciliare	inadeguata	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Trattati	Stato confusionale	siniposa	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Fattori	Impossibilità da parte del paziente di utilizza		0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Trattati	Falbe	elevata, in pazienti	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Trattati	giocante	peggioramento	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Pazienti	Cuore polmonare cronico	peggioramento	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Pazienti	Condizione stabile conosciuta che non		0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Risultati	Pa torace negativo	per altre patologie	0	Inclusione	<input type="checkbox"/>
Atti 0	Non aderenza del paziente		0	Inclusione	<input type="checkbox"/>

A supporto alla descrizione del processo, Mappa contiene un dizionario predefinito (esempio di accesso al dizionario per l'inserimento di attività nella categoria assistenza, in Tavola 4), organizzato a più livelli, che considera i criteri e traguardi, le attività svolte (consulti sanitari, interventi maggiori, altre procedure non operatorie, attività assistenziali, informazione e educazione), i farmaci organizzati in classi ATC (classificazione anatomica,

terapeutica e chimica), le indagini diagnostiche e le altre prestazioni intermedie come da tariffario nazionale. Il dizionario può essere liberamente integrato dall'utente sulla base delle proprie necessità e prevede la possibilità di definire minutaggi di impegno standard associati alle singole voci di attività.

Tavola 4: Esempio di accesso al dizionario di Mappa per l'inserimento di attività nella categoria Assistenza



5. Gli strumenti web di consultazione e benchmarking

Ogni processo descritto genera un file che è trasmesso al CeBePS, importato nella banca dati centrale e assegnato ad un Gruppo Omogeneo di Processi (acronimo GOP, esempio "stripping delle vene varicose" o "BPCO riacutizzata") che costituisce l'ambito all'interno del quale sono calcolati gli indicatori di confronto. I GOP non sono entità statiche: con la crescita del numero dei processi disponibili e il loro livello di accuratezza – specificità clinica, essi sono oggetto di revisione e affinamento. Per esempio, all'aumentare dei processi arrivati, i processi della BPCO riacutizzata saranno organizzati non più in un unico GOP, ma in più GOP distinti in ragione del livello di severità preso in considerazione e di eventuali altre variabili identificate da parte delle équipes professionali delle aziende partecipanti.

Il confronto è attivato per i GOP relativamente ai quali sono pervenuti al CeBePS almeno tre processi; fino al momento in cui questa condizione non è soddisfatta, i processi non sono avviati al referaggio e non sono resi pubblici i dati di sintesi che permettono i con-

fronti e il benchmarking. Mentre l'elenco dei processi inviati al CeBePS è aggiornato in modo continuativo, per permettere alle aziende partecipanti di disporre sempre di un quadro preciso delle opportunità, che continuamente si aprono in termini di confronto sulle modalità di gestione di nuove problematiche di salute, i risultati delle elaborazioni sono aggiornati quadrimestralmente, in corrispondenza della pubblicazione dei rapporti diffusi a tutte le aziende sanitarie.

Nel sistema web di consultazione, per ogni GOP attivo sono disponibili tre sezioni:

- in “Analisi e interpretazione” (sezione “Conoscere i processi”) è possibile esaminare il dettaglio delle variabili utilizzate per il benchmarking. Gli indicatori sono consultabili attraverso il modello di report presentato al paragrafo successivo “Gli indicatori per il benchmarking”;
- in “Benchmarking” (sezione “Valutare i processi”) è possibile affrontare l'analisi di benchmarking sviluppando simulazioni sugli indicatori proposti nella precedente sezione “Analisi e interpretazione”, coerentemente all'interesse e agli obiettivi di miglioramento che si intende perseguire. Nella stessa sezione, è possibile richiedere al CeBePS il processo individuato come benchmark, per poterlo conoscere nel dettaglio;
- in “Dati di monitoraggio” (sezione “Verificare i processi”) è possibile consultare i dati di monitoraggio forniti a integrazione della descrizione dei processi, alla ricerca di opportunità per un confronto più approfondito sulla performance. I dati di monitoraggio sono leggibili solo in tabelle distinte, una per azienda, in quanto su questi aspetti mancano ad oggi le condizioni di metodo per confrontare, anche dove disponibili, i risultati dichiarati.

Il sistema di consultazione e di benchmarking è fondato sulla possibilità di eseguire confronti e analisi a più livelli, in relazione alle esigenze dell'utente da un lato e, dall'altro, al tipo di variabili considerate nei singoli processi forniti dalle Aziende partecipanti alla attività del CeBePS.

6. Il sistema degli indicatori

Il sistema degli indicatori di confronto, di supporto alle attività di benchmarking, è stato progettato e validato nel corso di questo primo anno di attività sulla base delle seguenti premesse:

- A. Il sistema doveva essere applicabile a qualsiasi processo sanitario sviluppato in ambito ospedaliero.
- B. Gli indicatori dovevano essere determinati sulla base del solo piano di assistenza, e non su dati di monitoraggio, anche laddove questi fossero eventualmente disponibili.
- C. Gli indicatori dovevano essere articolati in una logica multidimensionale, vale a dire che fossero mantenute separate, agli occhi del lettore, le variabili relative alle diverse “dimensioni” della qualità (facendo riferimento alla tripartizione classica, la dimensione professionale e la dimensione manageriale, mentre gli aspetti della “qualità relazionale” sarebbero stati, almeno in un primo momento, non valutati all'interno di una dimensione a se stante).
- D. Il sistema doveva essere accessibile, in consultazione, via web, e sulla sua base sarebbe stato sviluppato uno strumento di supporto alle analisi di benchmarking che per-

mettesse il passaggio dalla consultazione di tavole di confronto alla valutazione vera e propria (individuazione del “benchmark”, del processo migliore da richiedere al CeBePS nel dettaglio).

Occorre tra l’altro segnalare che, rispetto agli orientamenti del Centro a concentrarsi sullo sviluppo dei soli percorsi ospedalieri, è emersa da subito la forte tensione verso la definizione di episodi a gestione territoriale, in una logica integrata. Sotto questo aspetto, sono accolti dal CeBePS anche alcuni segmenti di gestione ambulatoriale sul territorio anche se, per il momento, vale ancora la considerazione iniziale sulla scarsità di esperienze che possano sostenere l’estensione dell’iniziativa alla gestione extra-ospedaliera.

Gli indicatori di supporto alla attività di benchmarking sono raccolti in 3 dimensioni di valutazione, che al loro volta si articolano in 7 diverse aree, come mostrato in Tavola 5.

Tavola 5: Articolazione del sistema degli indicatori in dimensioni e aree, e relazioni con le Classi di assegnazione dei processi

A. Dimensione della qualità professionale	Classe 1	Classe 2	Classe 3
A1 Indicatori di tipo assistenziale e educativo			
A2 Indicatori di tipo clinico			
B. Dimensione dello sviluppo organizzativo			
B1 Articolazione del processo in prestazioni e accessi fisici			
B2 Sviluppo temporale			
C. Dimensione economica			
C1 Costo dei farmaci			
C2 Costo delle prestazioni intermedie			
C3 Costo del personale			

Ogni dimensione è costruita in modo da essere oggetto di consultazione separata rispetto alle altre due. In altre parole, nel sistema non è, ad esempio, consentito visualizzare contemporaneamente, o comunque conciliare in fase di analisi, indicatori espressivi della tutela della salute del paziente (qualità professionale) con indicatori di costo (dimensione economica) o di durata del processo (sviluppo organizzativo).

Non tutti i processi si confrontano su tutte sette le aree: il CeBePS ha definito delle Classi di completezza in relazione alle variabili prese in considerazione dalle AS nello sviluppo del piano di assistenza.

In “Classe 1” sono i processi che soddisfano i requisiti minimi richiesti dal Centro per l’ammissione al Benchmarking: essi prevedono lo sviluppo amministrativo (prestazioni), organizzativo (accessi fisici previsti per il paziente presso la struttura ospedaliera e sviluppo temporale di riferimento in giornate) e i principali criteri di gestione clinico assistenziale (criteri di ingresso e traguardi assistenziali per ciascuna delle prestazioni previste). I processi in Classe 1 sono così quelli che possono essere sempre confrontati sulle prime quattro aree, appartenenti alla dimensione della “qualità professionale” dello “sviluppo organizzativo”.

Ad un livello superiore di completezza i processi in Classe 2, che si confrontano su 6 aree e che, come elemento aggiuntivo, prevedono l'indicazione dello sviluppo completo dei farmaci (farmaci utilizzati e quantità di riferimento somministrate per ogni giornata del processo) e delle prestazioni intermedie utilizzate, permettendo così al CeBePS, con l'applicazione di un vettore di prezzi standard (il medesimo per tutte le Aziende), il calcolo degli indicatori di costo C1 e C2.

Solo i processi descritti nella maniera più completa possono confrontarsi su tutte e sette le aree: i cosiddetti processi in Classe 3 che considerano, in aggiunta ai requisiti per l'ammissione alla Classe 2, lo sviluppo completo delle attività del personale e la indicazione dei tempi di impegno, orientativi, per le diverse figure professionali coinvolte.

Per ognuna delle sette aree identificate è prevista una tavola di confronto, che raccoglie gli indicatori calcolati sulla base dei processi inviati dalle Aziende Sanitarie partecipanti. Ovviamente, i processi in Classe 1 appariranno solo su 4 delle 7 tavole previste, i processi in Classe 2 su 6 di esse, i processi in Classe 3 su tutte.

Le tavole sono costruite secondo il medesimo schema, indipendentemente dall'area di valutazione considerata, riportato nella seguente figura (Tavola 6).

Tavola 6: Modello standard di report di consultazione

Id	Processo BPCO	N° sed.	Tipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Monitorato	Ultimo aggiornamento	Classe
BLU	AUSL Blu	300	PBP																no	27/06/2004	3
GIA	AD Giolla	262	PO																no	21/06/2004	3
BIA	ASL Bianca	190	PBP																no	01/06/2004	1
RED	AD Rossa	310	PO																si	26/10/2004	3
GRI	AD Grigia	184	PBP																no	11/07/2004	2
VSO	AD Viola	109	PBP																no	01/07/2004	3
ROS	AUSSL Rosa	233	PO																no	20/10/2003	1
CAS	Castano Spia	373	PBP																si	08/10/2004	1
NER	ASL Nera	481	PBP																si	07/07/2004	1
VER	ASO Verde	200	PBP																si	11/11/2004	2
ARA	ASO Arancio	107	PO																no	17/04/2004	1

Il dettaglio degli indicatori relativi all'area considerata è rappresentato, con il supporto di una legenda, secondo una logica "per colonne" simile a quella con la quale sono solitamente riportati nei quotidiani i valori e gli andamenti delle azioni per le società quotate in borsa. Analogamente alla descrizione della società quotata in borsa, sulle righe, è leggibile l'elenco delle aziende CeBePS che hanno comunicato il processo, entrando così nelle elaborazioni per quel determinato problema di salute.

Alla descrizione del processo si accompagna un identificativo breve e alcune altre principali informazioni: la disponibilità di dati di monitoraggio (che l'Azienda ha la possibilità di indicare e sono visualizzati in tabelle separate, processo per processo), la data dell'ultimo aggiornamento, il numero di casi trattati l'anno, la Classe cui il processo è stato assegnato. È indicato anche, secondo quanto dichiarato dall'azienda che ha inviato il processo, se si tratta di una Present Best Practice o di un Processo Obiettivo, vale a dire se si tratta della migliore pratica attuale o di un percorso desiderato ma ancora oggetto di implementazione, per esempio derivato dall'implementazione di una linea guida, o progettato in vista di una riorganizzazione dell'attività della struttura cui esso fa riferimento. La struttura di queste tabelle è la medesima per tutte le Aree che raccolgono gli indicatori. Lo schema è poi "riempito", secondo

l'area che si desidera consultare, con gli indicatori ad essa specifici, calcolati per i processi del GOP in esame, come mostrato in Tavola 7 (al centro il modello di report, intorno ad esso le diverse legende applicate a seconda dell'area oggetto di attenzione).

I set di indicatori previsti per ogni area sono comuni a tutti i processi studiati, indipendentemente dal problema di salute o procedura di interesse (la colecistectomia è confrontata sulla base dei medesimi indicatori previsti per l'ictus ischemico). Fanno eccezione gli indicatori delle due aree che fanno riferimento alla dimensione della "qualità professionale", per i quali esiste un elenco per ciascun problema di salute - procedura avviato a confronto.

Il sistema di consultazione del CeBePS si basa sulle tavole di confronto accese alle sette aree di valutazione. In questo modo è possibile, per l'utente che consulta via web i risultati delle elaborazioni, conoscere le principali caratteristiche dei piani di assistenza inviati al Centro.

Fino a questo momento, però, si è fatto riferimento al semplice utilizzo di questi indicatori in una logica di confronto. Fare benchmarking, invece, significa fare, sulla base degli indicatori disponibili, valutazioni che portino all'individuazione del "benchmark", vale a dire del miglior processo. Rispetto ad un intervento di benchmarking completo, che arriva fino alla introduzione di cambiamenti nei processi di una organizzazione e al follow up dei risultati che essi generano, il CeBePS si limita a supportare questa prima fase, detta di "analisi". Essa prevede, per l'appunto, l'utilizzo della banca dati alimentata dalle aziende partecipanti per l'individuazione della best practice (benchmark) che, in quanto espressiva di risultati superiori, merita di essere studiata per individuare possibilità di cambiamento e imitazione.

Tavola 7: Il sistema degli indicatori. Le diverse legende applicate al report



7. Gli indicatori sulla dimensione della qualità professionale: l'esempio della BPCO

La valutazione del processo assistenziale che genera i migliori risultati avviene sulla base di criteri differenti a seconda della dimensione oggetto di valutazione (si ricorda che nel sistema non sono consentite valutazioni in simultanea su indicatori appartenenti a dimensioni diverse):

- Qualità professionale: è migliore il processo che garantisce i migliori risultati in termini di salute per il paziente.
- Sviluppo organizzativo: è migliore il processo che è più integrato e continuo, è migliore il processo che si sviluppa in tempi più brevi.
- Costi: è migliore il processo che impegna meno risorse.

Il CeBePS non effettua l'analisi di benchmarking. Si limita a offrire agli interlocutori delle aziende sanitarie lo strumento di supporto per selezionare gli indicatori di interesse, "pensarli" secondo i propri interessi e priorità, e generare così mappe di posizionamento che portano, per passaggi successivi, all'individuazione del miglior processo che può essere richiesto al CeBePS nel dettaglio. In questo modo, è possibile che diverse aziende, a seconda del sistema di pesi impostato, individuino benchmark diversi.

Ciò che in questa sede si desidera approfondire è come, nel sistema del CeBePS, si arrivi a identificare il processo migliore sotto il profilo della qualità professionale. In questa dimensione, gli indicatori di confronto sono derivati dalle raccomandazioni delle principali Linee Guida, sulla base di consenso tra le équipes delle aziende sanitarie che hanno già inviato il processo al CeBePS. È pertanto considerato migliore il processo che è aderente, nelle sue principali caratteristiche, a quanto identificato e validato dalla comunità scientifica come migliore prassi per la tutela della salute della persona. Sono comunque i referenti aziendali e professionali delle équipes che hanno studiato un determinato processo che determinano la lista degli indicatori che saranno applicati dal CeBePS.

Esiste una doppia funzione che questo sistema di indicatori è chiamato a svolgere. La prima, quella dell'alimentazione del sistema degli indicatori di confronto, che permette al referee (l'esperto deputato alla valutazione dell'accuratezza e completezza di descrizione del processo inviato) di riscontrare la presenza di un determinato standard professionale nel piano di assistenza della singola azienda. La seconda, permette il calcolo di determinati indicatori sulla base di dati di monitoraggio effettivi, riferiti alla gestione dei singoli pazienti in carico alle strutture coinvolte nel processo. È evidente che le due finalità sono in gran parte integrate: l'aderenza ai principali standard professionali costituisce, in prospettiva, il nucleo più importante degli elementi di monitoraggio sui processi che il sistema informativo aziendale dovrebbe arrivare a garantire. Ciò non toglie che al momento, per le difficoltà e l'impegno oggettivo che richiede il controllo aziendale di indicatori di processo, gli indicatori raccomandati in una prospettiva di monitoraggio non possono che limitarsi ad un nucleo essenziale.

Ad oggi sono stati attivati i seguenti gruppi di studio (gli asterischi identificano processi studiati o prossimi al completamento, ma non ancora inviati al Centro in formato file di Mappa), cui se ne aggiungeranno ulteriori in ragione dell'orientamento dei nuovi processi che arriveranno nel corso del secondo semestre 2005 e del 2006:

- I. Ictus ischemico: AUSL di Aosta (capofila), AO di Pietra Ligure, AO Molinette di Torino, Ordine Mauriziano di Torino, USL di Nocera Inferiore, ASL di Siena*, AO di Pesaro*, ASL di Chieri*, ASL 4 Torino*, ASL di Jesi*.
- II. Frattura di femore nell'anziano: AO di Busto Arsizio*, AO di Pietra Ligure, AO di Novara, USSL di Dolo-Mirano*.
- III. Cataratta: AO di Novara, AO di Pesaro, AO di Varese, AUSL di Reggio Emilia, AO di Garbagnate*, AO di Pordenone.
- IV. Protesi d'anca: AO di Pietra Ligure (capofila), AO di Novara, ASL di Chieri, AO di Busto Arsizio*, Mauriziano di Torino*, AUSL Reggio Emilia*.
- V. Ernia inguinale: AO Molinette di Torino (capofila), AO di Novara, AO San Carlo Borromeo di Milano, AO di Varese, AO di Pesaro, AUSL di Reggio Emilia, AO di Pordenone, ASL di Alessandria e Tortona, ASL di Bolzano*.
- VI. Insufficienza cardiaca: AULSS 10 Veneto* orientale, AO Varese, AO Siena*, USL di Massa Carrara*, AO di Pietra Ligure*, AUSL di Reggio Emilia*, ASL 4 di Torino*, AO Molinette di Torino*.
- VII. BPCO: AO di Novara (capofila), AO San Carlo Borromeo di Milano, AO di Varese, AO di Pesaro, AO di Pietra Ligure*, ASL 4 Torino*, AO Riuniti Trieste*, ASL 3 di Nuoro*.
- VIII. Calcolosi della colecisti: AO San Carlo Borromeo di Milano, AO di Novara, ASL di Chieri, AO di Pietra Ligure.
- IX. Parto: AUSL di Reggio Emilia, AO di Pietra Ligure, AO Universitaria Policlinico di Palermo*, AO Sant'Anna – Regina Margherita di Torino*
- X. Carcinoma della mammella: Centro Catanese di Oncologia Spa, Ordine Mauriziano di Torino*, AO di Novara*, AO di Pesaro*.
- XI. Carcinoma del colon: Centro Catanese di Oncologia Spa, USL di Massa Carrara*, ASL 4 Torino*.
- XII. Infarto Miocardico Acuto: AUSL di Reggio Emilia (capofila), USL di Massa Carrara (2 percorsi)*, AO di Novara*, AO di Pesaro*, AO di Jesi, AO di Busto Arsizio*, AO Molinette di Torino*.

Le aziende identificate come capofila hanno già definito una proposta preliminare di indicatori di confronto, e stanno acquisendo gli orientamenti dei referenti delle altre Aziende coinvolte, e delle loro équipe professionali, per giungere ad una prima versione di consenso definitiva.

Si propone un esempio sul loro utilizzo. I dati sono utili solo al fine della presentazione del sistema di indicatori "all'opera" sul processo della broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata (di seguito BPCO), rimandando ai canali di comunicazione del CeBePS, in corrispondenza delle pubblicazioni dei prossimi rapporti quadrimestrali, la consultazione di indicatori aggiornati e validati.

Gli indicatori per le due aree della dimensione "qualità professionale" (Tavole 8 e 9) sono stati selezionati tra quelli previsti dal documento provvisorio del gruppo di lavoro per la BPCO riacutizzata³. La selezione è stata necessaria in ragione del fatto che sono visualiz-

³ Il gruppo di lavoro, nello specifico, è guidato dalla AO Maggiore della Carità, nella persona del dott. Andrea Capponi (Responsabile Qualità e referee CeBePS).

zabili fino a 15 indicatori per area; il sistema è comunque dinamico, per cui esaurito l'interesse delle aziende rispetto ad un determinato indicatore, questo potrà non essere più visualizzato lasciando spazio ad altri parametri professionali previsti.

Le fonti utilizzate per la definizione degli indicatori per la gestione della BPCO sono le linee guida internazionali dell'ICSI e del NICE; le prime hanno avuto un ruolo minore poiché soprattutto alla gestione territoriale, mentre le seconde hanno fornito numerose indicazioni puntuali anche per la gestione ospedaliera.

Gli indicatori per la dimensione della qualità professionale identificano la presenza, nello specifico piano di assistenza aziendale, di un determinato "standard" con il numero 1; il numero 0, viceversa, indica che lo standard in oggetto non è soddisfatto.

Tavola 8: Report per la dimensione della qualità professionale (aree A1, indicatori "assistenziali e educazionali", e A2 indicatori "clinici")

Id	Processo BPCO: A1 Indicatori di tipo assistenziale e educazionale	n° pac.	Tipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Monitor ato	Ultima aggiornamento	Classe
BLU	AuSL Blu	300	PMP	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	27/06/2004	3
GIA	AD Giata	263	PO	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	21/06/2004	3
BIA	ASL Bianca	190	PMP	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	01/06/2004	1
RED	AD Rossa	510	PO	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	26/10/2004	3
GRJ	AD Grigie	184	PMP	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	11/07/2004	2
VIO	AD Viola	109	PBP	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	01/07/2004	3
ROS	AUSSL Rossa	233	PO	1	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	20/10/2003	1
CAS	Castani Spa	373	PBP	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	08/10/2004	1
NER	ASL Nera	481	PBP	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	07/07/2004	1
VSR	ASO Verde	200	PMP	1	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	11/11/2004	2
ARA	ASO Arancio	107	PO	0	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	no	17/04/2004	1

Id	Processo BPCO: A2 Indicatori di tipo clinico	n° pac.	Tipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Monitor ato	Ultima aggiornamento	Classe
BLU	AuSL Blu	300	PMP	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	-	no	27/06/2004	3
GIA	AD Giata	263	PO	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	-	no	21/06/2004	3
BIA	ASL Bianca	190	PMP	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	-	no	01/06/2004	1
RED	AD Rossa	510	PO	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	-	SI	26/10/2004	3
GRJ	AD Grigie	184	PMP	1	1	-	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	-	no	11/07/2004	2
VIO	AD Viola	109	PBP	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	-	no	01/07/2004	3
ROS	AUSSL Rossa	233	PO	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	-	no	20/10/2003	1
CAS	Castani Spa	373	PBP	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	-	SI	08/10/2004	1
NER	ASL Nera	481	PBP	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	-	SI	07/07/2004	1
VSR	ASO Verde	200	PMP	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	-	SI	11/11/2004	2
ARA	ASO Arancio	107	PO	1	0	-	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	-	no	17/04/2004	1

Tavola 9: Legende dei report per la dimensione della qualità professionale (aree A1, indicatori “assistenziali e educazionali”, e A2 indicatori “clinici”)

Colonna	Area A1: Indicatori di tipo assistenziale e educazionale	Colonna	Area A2: Indicatori di tipo clinico
1	Criteri di ricovero: Livello di autosufficienza scarsa o costretto a letto	1	Criteri di ricovero: Saturazione di O ₂ < 90%
2	Criteri di ricovero: Vive da solo - circostanze sociali non favorevoli	2	Criteri di ricovero: Stati di acidosi (livello di pH < 7,35)
3	Criteri di dimissione: Appropriata informazione a pazienti e personale coinvolto in gestione domiciliare su corretto uso delle terapie, incluso l'ossigeno	3	Indagini in corso di ricovero: Teofilinemia (se in terapia con teofilina)
4	Criteri di dimissione: Organizzazione del follow up e dell'assistenza a domicilio (controlli infermieristici, fornitura di ossigeno, richieste per i diversi supporti)	4	Indagini in corso di ricovero: Colturale sull'escreato (se escreato purulento)
5	[non utilizzato]	5	Indagini in corso di ricovero: Emocultura (se febbre)
6	[non utilizzato]	6	Trattamento cortisonico: Per via orale
7	[non utilizzato]	7	Trattamento cortisonico: Per più di sette e meno di 14 giorni
8	[non utilizzato]	8	Trattamento cortisonico: Indicazioni sulla modalità di sospensione della terapia su dimessi in terapia cortisonica
9	[non utilizzato]	9	Terapia antibiotica: Se in presenza di escreato purulento ripetuto
10	[non utilizzato]	10	Terapia antibiotica: Aggiustamento su base antibiogramma
11	[non utilizzato]	11	Ossigenoterapia: Se Saturazione O ₂ < 90%
12	[non utilizzato]	12	Criteri di dimissione: Effettuazione di una spirometria
13	[non utilizzato]	13	Criteri di dimissione: Prescrizione della ottimale terapia broncodilatatoria di mantenimento
14	[non utilizzato]	14	Criteri di dimissione: Ossimetria soddisfacente o miglioramento dell'emogasanalisi per pazienti che hanno avuto un episodio di insufficienza respiratoria
15	[non utilizzato]	15	[non utilizzato]

La prima tabella, intestata alla prima area “A1 – Indicatori assistenziali e educazionali”, contiene quattro indicatori di cui due ai criteri di ingresso del paziente al processo, e due ai criteri di uscita dal processo. Le colonne del report da 5 a 15, in quanto non utilizzate, contengono valori “null”, non determinati, indicati con un trattino, e similmente in legenda. Dalla lettura del report A1, nella quale si confrontano 11 aziende, emerge come vi sia una generalizzata scarsa attenzione alla considerazione dei parametri di tipo assistenziale ed educazionale, indicati dalle linee guida, con parziale eccezione per il livello di autosufficienza come elemento influente l'accesso per il ricovero e dell'organizzazione di follow up e assistenza a domicilio, come traguardo identificato per la dimissione.

La seconda tabella, intestata all'area “A2 – Indicatori di tipo clinico”, contiene un set più esteso di indicatori riferiti, oltre che alle condizioni in ingresso e dimissione, anche ai traguardi delle principali attività diagnostiche e terapeutiche eseguite in corso di ricovero. Il primo indicatore (saturazione di ossigeno), è verificato rispetto al parametro indicato nel processo inviato ed è solo il processo della AO Rossa a non includerlo. Considerato che gli indicatori in esame sono previsti al fine dell'identificazione del processo che meglio tutela la salute del paziente, l'AO Rossa non rispetta il parametro perché prevede l'ingresso con una soglia inferiore. Simile il discorso per gli stati di acidosi, dove il non rispetto del parametro può essere anche determinato dalla previsione del criterio “stati di acidosi” nel processo ma senza la identificazione di un riferimento quantitativo che permettesse la misurazione del fenomeno in termini univoci. L'indicatore 3 “teofilinemia” risulta non deter-

minato per i processi che non prevedono nel piano di assistenza la terapia con teofillina, mentre non sono visualizzati altri indicatori di confronto rispetto alle raccomandazioni delle linee guida (radiografia torace, ECG e Emogasanalisi in corso di ricovero) in quanto rispetto ad esse si verificava una conformità piena di tutti i processi. Gli indicatori 4 e 5 verificano la presenza delle indagini indicate. Il 6 e il 7 sono riferiti al trattamento cortisonico: il primo mette in luce come la maggioranza dei processi preveda la gestione della terapia per via parenterale, mentre il secondo evidenzia come in più processi lo sviluppo temporale della terapia non sia compreso tra i 7 e i 14 giorni, oppure come questo aspetto non sia oggetto di una verifica e monitoraggio esplicito nel processo. Similmente per gli indicatori da 8 a 11, dove l'ultimo è riferito alla previsione della ossigenoterapia e, nella dinamica del sistema di indicatori, potrà progressivamente evolversi in aspetti più puntuali sulla modalità dichiarata di prescrizione e gestione di questo importante aspetto del trattamento. Gli indicatori da 12 a 14, rispetto ai criteri di dimissione dichiarati nei processi studiati, nonostante evidenzino processi ragionevolmente articolati e oggetto di monitoraggio (aspetto fondamentale perché mette l'azienda nelle condizione di conoscere i risultati di salute dei pazienti da essa trattati in dimissione) come per Castano Spa e per la ASL Nera, evidenziano complessivamente la difficoltà nei processi avviati a confronto nella corretta individuazione, a fronte di processi piuttosto articolati, dei risultati più importanti da garantire e fare oggetto di controllo.

Capita, inoltre, che l'applicazione degli indicatori a questo livello mette in evidenza come non siano definiti aspetti fondamentali della pratica clinica e risultati attesi perché "dati per scontati".

È anche evidente che su questo fronte sarà in prospettiva necessaria una evoluzione che consentirà di sostituire gli indicatori calcolati sui piani di assistenza con indicatori di monitoraggio effettivi.

L'applicazione estesa di questo sistema è comunque un traguardo importante che getta le basi, per tramite del coinvolgimento delle équipes attive nello studio e audit dei processi, condotto inevitabilmente secondo propri orientamenti locali, e delle articolazioni aziendali che presidiano il sistema qualità, per gli sviluppi futuri.

Infine, a proposito del ruolo che gli indicatori di benchmarking per la qualità professionale sono chiamati a svolgere al momento della loro implementazione: non ci si attende in prima istanza che essi generino, da parte delle aziende sanitarie coinvolte, una revisione dei processi in vista di una completa conformità. Se i processi inviati al Centro sono espressivi della reale best practice locale (e perché questo sia occorre che il processo sia stato validato attraverso il monitoraggio), spesso non esisteranno, nelle specificità di ogni azienda, le condizioni (organizzative, logistiche, tecniche, economiche, di consenso, di collaborazione e integrazione interna, di conoscenza e professionalità disponibili...) per garantire tutte le migliori risposte che la linea guida raccomanda. E questo è ciò che rende interessante e significativo il confronto.

8. Conclusione: i risultati e le prospettive

La proposta di adesione, rivolta a tutte le organizzazioni sanitarie operanti sul territorio nazionale, alle attività di un Centro che si occupasse della raccolta, validazione e sistematico confronto dei processi ha riscosso un evidente interesse. Il CeBePS si avvia infatti al secondo anno di attività con un network di aziende aderenti rappresentativo di più di un quinto di tutte le aziende sanitarie pubbliche sul territorio nazionale, la maggior parte del-

le quali sta lavorando con gli strumenti forniti per l'invio dei propri processi e contribuendo al completamento del sistema degli indicatori.

Occorre però, allo stato, evidenziare che la significatività dei confronti e il rinforzo del sistema richiedono un numero sicuramente superiore alla soglia minima di 3 processi, stabilito dal Centro per l'avvio a referaggio e al confronto su ciascun problema di salute o intervento. Considerando che i 55 processi ad oggi pervenuti si riferiscono a 31 problematiche assistenziali differenti, è evidente come i piani di assistenza pervenuti, sotto questo profilo, sono ancora troppo pochi per consentire di mostrare risultati di rilievo in termini di statistiche e confronti. A questo proposito, è previsto un ulteriore potenziamento, per il secondo anno di attività, relativamente al contributo delle aziende sanitarie del network CeBePS, per favorire l'invio di almeno 50 ulteriori processi, per le problematiche più selezionate.

In secondo luogo, è prevista implementazione definitiva del sistema di benchmarking. Sotto il profilo degli standard professionali, infatti, il sistema è in corso di completamento, sulla base dell'operazione di consenso tra le équipes delle aziende che hanno sviluppato i processi. L'identificazione degli standard professionali è uno degli obiettivi dei gruppi di lavoro costituiti, uno per ogni problema di salute, con anche il mandato di riflettere sui risultati dei confronti, costituendo un importante momento di coinvolgimento alle attività del CeBePS.

Emerge inoltre, a distanza di un anno dall'avvio delle attività, la presenza di un gruppo di quindici Aziende "alte contributrici" che ha sviluppato più di cinque processi e, conseguentemente, è altamente coinvolta nell'operatività del CeBePS. Di norma, per queste Aziende, lo stesso referente aziendale si occupa delle attività di referaggio sui processi di altra aziende partecipanti per conto del CeBePS, ed è così in condizione di maturare, progressivamente, ulteriori occasioni di contatto e apprendimento. Altre aziende sono invece ancora in una fase di introduzione di questi strumenti, ed è possibile che molte di esse non riescano a contribuire operativamente, entro la scadenza del secondo anno di attività, all'alimentazione del database se non per uno o due processi. Ciò non toglie che le occasioni di scambio siano molteplici, che il CeBePS costituisca, per queste aziende, una formidabile occasione di apprendimento rispetto alle esperienze più avanzate e di motivazione dei propri professionisti.

9. Bibliografia

1. ASSR "Il Programma Nazionale per le Linee-guida" – Roma 1999.
2. Baraghini G., Capelli M.: Il sistema qualità ISO 9000 in sanità. Franco Angeli 1997.
3. Bova D., Mastrobuono I., Visconti G., Pirazzoli M., Bollero E. "Il percorso della qualità nell'organizzazione delle strutture sanitarie" Organizzazione Sanitaria, 4/2002.
4. Capponi A., Grossi I., Minola M., Percorso Clinico sotto la Lente, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 2, Febbraio 2004.
5. Casati G. (a cura di): Il percorso del paziente. EGEA, Milano, 1999.
6. Casati G. La gestione per processi in sanità. QA, Vol 13, Nr. 1, 2002.
7. Casati G. Percorsi Diagnostici al Top, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 1, Gennaio 2004.
8. Casati G., Vichi M.C. (a cura di). Il percorso assistenziale del paziente in ospedale. Mc Graw-Hill, 2002.

9. Casati G., Di Stanislao F., Caroli G., Processi Clinici allo Specchio, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 12, Dicembre 2003.
10. Deales A., Delli Quadri N., La gestione si fa per processi, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 2, Febbraio 2004.
11. Di Stanislao F. Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, i miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa. Aress, 2001, I nr. 3 22-24.
12. Di Stanislao F., Roberti V., La qualità si fa per processi, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 12, Dicembre 2003.
13. Donabedian A.: La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume. NIS, Firenze, 1990.
14. Grilli R. Penna L., Liberati S. Migliorare la pratica clinica: come promuovere le linee guida. Roma, Il pensiero scientifico editore, 1995.
15. Guzzanti, "Governo clinico. Responsabilità comuni per chi presta assistenza.
16. Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C., Bella M.G., Giovenale A.M. *"L'ospedale verso il XXI secolo: evoluzione del ruolo, dell'organizzazione e delle strutture per una integrazione nella rete dei servizi assistenziali"*.
Seconda Conferenza Europea sull'Ospedale. L'ospedale del 2000: nuovi modelli organizzativi e strutturali. Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma, 17/19 novembre 1993
17. Institute of Medicine: "Guidelines for clinical practice: from development to use." Washington D.C. National Academic Press 1992
18. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations: La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità. Centro Scientifico Editore, Torino 1999. Ricerca sui servizi sanitari. Volume II, I trimestre n. 1: pag.47-74 1998
19. Morosini P.: Griglie di valutazione per il miglioramento di qualità, l'efficacia degli interventi e la gestione aziendale. Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
20. Morosini P., Perraro F.: Enciclopedia della gestione di qualità in sanità. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
21. Panella M., Moran N., Di Stanislao F.: Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 1997; 8 (1).
22. Roberti V., Agati C., Partner in cerca di guidelines, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 12, Dicembre 2003.
23. Sanità & Management Consulting: Primo Rapporto CeBePS (Centro Benchmarking sui Processi in Sanità), stampato in proprio, San Donato Milanese, 2004.
24. Schriefer J.: The synergy of pathways and algorithms: two tools work better than one. Journal on quality improvement, vol. 20, n. 9, 1984.
25. Spath P.L. Beyond Clinical Paths. American Hospital Association, 1997.
26. Taroni F., Grilli R.: È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?, Politiche sanitarie, marzo-aprile 2000.
27. Piano Sanitario Inglese: A First Class Service.
28. Vichi M.C., I processi vanno allo specchio, Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, Nr. 2, Febbraio 2004.
29. Zander K.: Managing outcomes through collaborative care, AHA 1995.

L'Accreditamento "Joint Commission"

Finalità e risultati preliminari delle esperienze italiane

Leonardo la Pietra*, Pier Luigi Deriu**

* Direttore Sanitario - IRCCS Istituto Europeo di Oncologia, Milano

** Responsabile Qualità ed Accreditamento IRCCS Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Storia della Joint Commission

Le origini della Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) risalgono ai primi del '900, quando Ernest Amory Codman, il chirurgo di Boston fondatore di ciò che oggi è conosciuto come "valutazione degli outcome", propose un sistema per la valutazione dei risultati finali di un ospedale" (fig. 1).

Secondo il modello proposto, un ospedale dovrebbe mantenere traccia di ogni paziente per un periodo sufficientemente lungo da riuscire a determinare la reale efficacia del trattamento eseguito. Nel caso in cui l'intervento risulti non efficace l'ospedale dovrebbe cercare di capirne le motivazioni, e utilizzare le informazioni di questa analisi per evitare che insuccessi analoghi si verificino nuovamente.

A tale fine, Codman non solo invitò i chirurghi a raccogliere sistematicamente i risultati di outcome dei trattamenti eseguiti ma anche a rendere pubbliche tali informazioni. In questo modo i pazienti, valutando i risultati di attività, avrebbero potuto scegliere consapevolmente il chirurgo ritenuto migliore.

Per sostenere la "teoria degli outcome", Codman pubblicò privatamente il libro "*A Study in Hospital Efficiency*" in cui erano riportati gli esiti raggiunti dall'ospedale in cui egli stesso prestava servizio, il Massachusetts General Hospital. Sfortunatamente tale gesto gli costò il licenziamento, e dimostrò quanto la società medica di allora fosse ancora culturalmente impreparata a ricevere e gestire informazioni tanto delicate.

Al pari di Codman, anche il collega Edward Martin giocò un ruolo rilevante nella fondazione dell'American College of Surgeons (1913), predecessore della Joint Commission, e nella stesura del Programma di Standardizzazione degli ospedali (1917).

Nel 1916 venne pubblicata la prima relazione di valutazione dell'attività degli ospedali americani con più di 100 posti letto, dalla quale risultava che solo 89 ospedali dei 692 esaminati soddisfacevano i cinque requisiti minimi fissati dalla Commissione per la standardizzazione degli ospedali, di cui Codman era Presidente (Tab. 1).

Nel 1926 fu pubblicato il primo manuale degli standard, costituito da appena 18 pagine e molto diverso dall'attuale versione. In quella occasione, la filosofia di Codman fu superata dalla decisione dell'organizzazione di costruire il nuovo programma di valutazione utilizzando standard di riferimento piuttosto che misurazioni quantitative degli esiti dell'assistenza sanitaria.

Tale decisione derivò, in parte, dall'evidenza che la misurazione degli esiti fornisce solamente informazioni relative alla performance passata e attuale. Gli standard, al contrario,



Figura 1.

E. A. Codman

sono potenzialmente in grado di influenzare gli outcome e la performance futuri. A tal proposito, vi fu la sensazione che l'approccio basato sugli standard avrebbe meglio facilitato il raggiungimento dell'obiettivo primario di promuovere il miglioramento continuo in ambito ospedaliero.

Tabella 1: Requisiti minimi per gli ospedali (1917)

Std 1. I medici e i chirurghi che operano in ospedale devono essere organizzati in uno staff. Tale organizzazione non ha nulla a che vedere con l'apertura o la chiusura dell'ospedale, né si modifica in relazione alle varie tipologie organizzative dell'ospedale. La parola "staff" definisce un gruppo di medici che pratica nell'ospedale, siano essi dipendenti, visitatori, o altro.

Std 2. I membri dello staff devono essere:

- (a) medici laureati autorizzati ad esercitare;
- (b) competenti nelle rispettive specialità;
- (c) di sani principi e rispettosi dell'etica professionale.

Std 3. Lo staff deve adottare, con l'approvazione della dirigenza dell'ospedale, regolamenti e politiche per governare la propria attività. Tali regolamenti e politiche devono specificare:

- che lo staff deve incontrarsi almeno una volta al mese (nei grandi ospedali i dipartimenti possono incontrarsi separatamente);
- che lo staff riveda ed analizzi ad intervalli regolari la propria esperienza clinica nei vari dipartimenti dell'ospedale quali Medicina, Chirurgia, Ostetricia ed altre specialità; le cartelle cliniche dei pazienti devono costituire la base per tali revisioni.

Std 4. Per ogni paziente deve essere redatta una cartella clinica completa e accessibile che includa i dati anagrafici, l'anamnesi personale e familiare, l'anamnesi patologica prossima e remota, l'esame obiettivo, specifiche valutazioni quali i consulti, gli esami di laboratorio, la radiologia, la diagnosi provvisoria, il trattamento medico e/o chirurgico, reperti micro e macroscopici, il diario clinico, la diagnosi definitiva, le condizioni del paziente alla dimissione, il follow-up e, in caso di decesso, il referto autoptico.

Std 5. Devono essere disponibili strutture diagnostiche e terapeutiche per lo studio, la diagnosi e il trattamento supervisionate da personale competente. Queste devono includere almeno:

- (a) un laboratorio in grado di fornire esami chimici, batteriologici, sierologici e istologici;
- (b) una radiologia in grado di fornire esami radiografici e fluoroscopici.

All'inizio degli Anni 50, quando circa il 50% degli ospedali si sottoponevano al processo di accreditamento, l'AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, l'AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, l'AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION e la CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION si unirono all'AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS per dare ufficialmente origine alla JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS (JCAH), un'organizzazione indipendente e non profit con l'obiettivo di accreditare le strutture sanitarie che ne facessero volontariamente richiesta.

Il primo manuale pubblicato dalla JCAH, di 118 pagine, venne pubblicato nel 1951.

Nel 1960, quando vennero stabiliti standard nazionali e federali minimi per poter accedere ai fondi pubblici dei programmi MEDICARE e MEDICAID, alcuni standard JCAH furono resi "pubblici" dando avvio alla competizione fra l'adozione di requisiti "pubblici" e requisiti della JCAH.

Il singolare duello terminò, più tardi, con l'autorizzazione, concessa ai singoli Stati, di sostituire i requisiti pubblici con gli standard dell'accREDITamento JCAH.

In quel periodo la discussione aveva riguardato standard concepiti come minimi, mentre bisogna attendere ancora dieci anni per vedere l'introduzione di standard "ottimali" che aprirono un nuovo capitolo nell'approccio all'accREDITamento. Allo stesso tempo l'attenzione si spostò da elementi strutturali verso variabili di processo e dalla singola attività verso l'integrazione delle cure.

Questo lento processo evolutivo venne ufficializzato nel 1987 quando il nome dell'agenzia diventò JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO), riflettendo così un'espansione degli obiettivi e delle attività.

Nello stesso anno la JCAHO annunciò nell'AGENDA FOR CHANGE di voler riorganizzare gli standard nell'ambito di aree funzionali, migliorare il processo di verifica e integrare il processo di accREDITamento con la misurazione della performance.

Quest'ultima iniziativa portò alla creazione del progetto ORYX, presentato nel 1997 e sviluppato specificatamente con questo obiettivo. L'importanza di questa iniziativa risiede nella volontà di voler misurare i risultati della performance in tempo reale attraverso l'utilizzo di indicatori clinici di processo e di esito, e ciò spiega perché sia indirizzata alla valutazione e al miglioramento di attività connesse con l'assistenza diretta del paziente.

Dal 1999, anno di istituzione della Joint Commission International (JCI), la JCAHO estese la propria mission a livello internazionale, svolgendo attività di consulenza e accREDITamento sia nel settore pubblico che privato in più di 40 Paesi.

La Joint Commission oggi

Oggi la JCAHO, composta approssimativamente da 500 dipendenti e 700 supervisori, valuta e accredita circa 18.000 organizzazioni sanitarie americane (equivalenti approssimativamente all'80% delle strutture operanti negli Stati Uniti).

La sua mission è quella di supportare il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità dell'assistenza attraverso il rilascio dell'accREDITamento o l'erogazione di prestazioni che possono supportare il miglioramento della performance delle organizzazioni sanitarie. La JCAHO è guidata da una Commissione di 28 membri, espressione delle associazioni degli infermieri, consumatori, medici, direttori clinici, amministratori, produttori, organiz-

zazioni sindacali, esperti di qualità, assicuratori, formatori, ecc. La variegata composizione porta alla JCAHO le più svariate esperienze nel campo dell'assistenza e della politica sanitaria.

Gli attuali membri della JCAHO sono (in parentesi è riportato il numero dei rappresentanti espressi): l'American College of Physicians (3), l'American College of Surgeons (3), l'American Dental Association (1), l'American Hospital Association (7), l'American Medical Association (7), l'American Nursing Association (1), membri pubblici (Public members) (6). Le strutture che vengono valutate e accreditate comprendono ospedali generali, psichiatrici, pediatrici, riabilitativi; reti assistenziali; organizzazioni di servizi domiciliari e servizi di supporto, di terapia infusione domiciliare e altri servizi di trattamento farmacologico; hospice; programmi per le patologie subacute, la demenza e l'assistenza a lungo termine; servizi di salute mentale e disintossicazione, servizi per disabili, servizi ambulatoriali; laboratori clinici, ecc.

Il processo di accreditamento, riconosciuto in ambito internazionale come garanzia di qualità delle prestazioni sanitarie al di sopra di uno livello qualitativo predefinito, si sviluppa in quattro fasi: valutazione, preparazione, visita e accreditamento (Figura 2). La seconda fase, che si compie in un periodo variabile tra i 18 e i 24 mesi, rappresenta il momento più critico.

Durante la visita, i rappresentanti della Joint Commission svolgono attività formativa e di consulenza e forniscono raccomandazioni per facilitare il raggiungimento degli standard. Nel caso in cui i requisiti vengano soddisfatti, l'organizzazione supera la quarta fase e raggiunge l'accredimento.

I livelli possibili vengono identificati in: organizzazione accreditata con menzione, organizzazione accreditata, organizzazione accreditata con raccomandazioni, organizzazione non accreditata.

Figura 2: Le 4 fasi del processo di accreditamento



Oggi, la combinazione della misurazione degli outcome e della verifica della compliance a standard focalizzati sulla performance è riconosciuta come l'approccio più completo ed avanzato alla valutazione di tutti i tipi di sistemi e organizzazioni sanitarie.

In particolare gli standard JCAHO sono focalizzati sulla performance dell'organizzazione in aree funzionali chiave quali i diritti dei pazienti, le cure sanitarie, la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere, e altri standard riferiti non solo alle risorse strutturali dell'organizzazione ma soprattutto alle capacità produttive.

Se un'organizzazione "fa le cose giuste nel modo migliore", infatti, è molto probabile che i pazienti trattati presso tale struttura abbiano degli outcome positivi. Questo concetto fu introdotto da Avedis Donabedian negli anni '50. Donabedian descrisse le organizzazioni sanitarie come il risultato dell'interazione di tre componenti: struttura, processo e esiti (fig. 3) (Donabedian, 1988).

A partire da questa interpretazione, nei successivi 40 anni la maggior parte degli studi in campo sanitario furono progettati per valutare la qualità attraverso misure di processo.

Figura 3: Il modello di Donabedian



Gli standard applicati negli Stati Uniti furono revisionati a partire dall'ottobre 1997, quando il Board della Joint Commission, sotto la spinta di numerose richieste, decise di introdurre degli standard internazionali. La revisione dei requisiti americani si rese necessaria per diverse ragioni.

Innanzitutto perché gli standard nazionali erano basati su leggi e regolamenti federali degli Stati Uniti, ad esempio sui requisiti NFPA (National Fire Protection Association) per una valutazione delle strutture. Inoltre, scritti in americano corrente, rifletteva molte implicazioni "politiche".

Gli standard internazionali sono stati sviluppati da un gruppo di lavoro composto da 16 membri provenienti da tutto il mondo tra medici, infermieri, amministratori ed esperti di politica, successivamente revisionati in oltre 10 Paesi e quindi discussi in 6 focus group. Gli standard inerenti i "Diritti di pazienti e familiari" e la "Gestione delle infrastrutture e Sicurezza" hanno richiesto due specifici panel di esperti. Dopo la seconda fase in cui il processo di verifica è stato testato in 5 Paesi, gli standard JCI sono stati finalmente approvati dal gruppo di lavoro e dal Board JCI.

Il Manuale attualmente in uso (seconda edizione) contiene 368 standard di cui 197, definiti standard "core", sono requisiti obbligatori che tutte le organizzazioni devono raggiungere per essere accreditate.

Gli standard, organizzati in importanti funzioni focalizzate sul paziente e sull'organizzazione, sono stati divisi in due sezioni (tab. 2), e definiti in modo tale da potersi adattare ai più svariati contesti culturali ed organizzativi. Infine, è presente una loro traduzione in cinque lingue: italiano, tedesco, spagnolo, danese e portoghese.

Tabella 2	
I PARTE standard focalizzati sul paziente	II PARTE standard focalizzati sull'organizzazione
ACCESSO E CONTINUITÀ DELLE CURE (25)	QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI (46)
DIRITTI DI PAZIENTE E FAMIGLIA (36)	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI (21)
VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (44)	GOVERNANCE, LEADERSHIP E DIREZIONE (30)
CURA DEL PAZIENTE (70)	GESTIONE E SICUREZZA DELLE INFRASTRUTTURE (27)
EDUCAZIONE DI PAZIENTE E FAMIGLIA (10)	QUALIFICHE ED EDUCAZIONE DEL PERSONALE (28)
	GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (31)

Gli standard ospedalieri sono valutati periodicamente dalla Joint Commission Resources Board of Directors e dal Comitato Joint Commission per l'accreditamento internazionale che possono decidere di mantenere o modificare gli standard correnti..

Nel febbraio del 2002, ad esempio, sono state approvate alcune revisioni e modifiche relative ai Servizi di Laboratorio, ai Servizi di Trasporto e ai Servizi di Continuità Assistenziale. Dal gennaio 2003 è in vigore la seconda edizione del Manuale degli standard.

L'accreditamento Joint Commission International, analogamente all'accreditamento statunitense, è basato su requisiti essenzialmente focalizzati sul paziente. A differenza dell'accreditamento americano, tuttavia, la verifica può esitare in due soli livelli qualitativi: struttura accreditata o struttura non accreditata.

Il risultato complessivo del processo valutativo (Es. "l'ospedale è accreditato") è l'unica informazione resa pubblica, mentre i dettagli delle valutazioni riferiti a specifici standard e singoli servizi sono riportati esclusivamente nelle relazioni inviate ai responsabili.

All'interno del manuale sono individuati 11 capitoli relativi ai principali processi che, nella maggior parte dei casi, si aprono a loro volta in un ventaglio di paragrafi comprendenti gli standard (Fig. 4).

Il raggiungimento di uno specifico standard viene misurato attraverso la rilevazione di elementi misurabili (riportati nel manuale in corrispondenza di ciascuno standard) ai quali viene attribuito un punteggio da 0 a 100 in relazione al livello di minore o maggiore soddisfazione.

Il punteggio complessivo dello standard viene quindi ottenuto calcolando la media del punteggio attribuita agli elementi misurabili: se il punteggio medio risulta maggiore di 50 lo standard viene considerato superato.

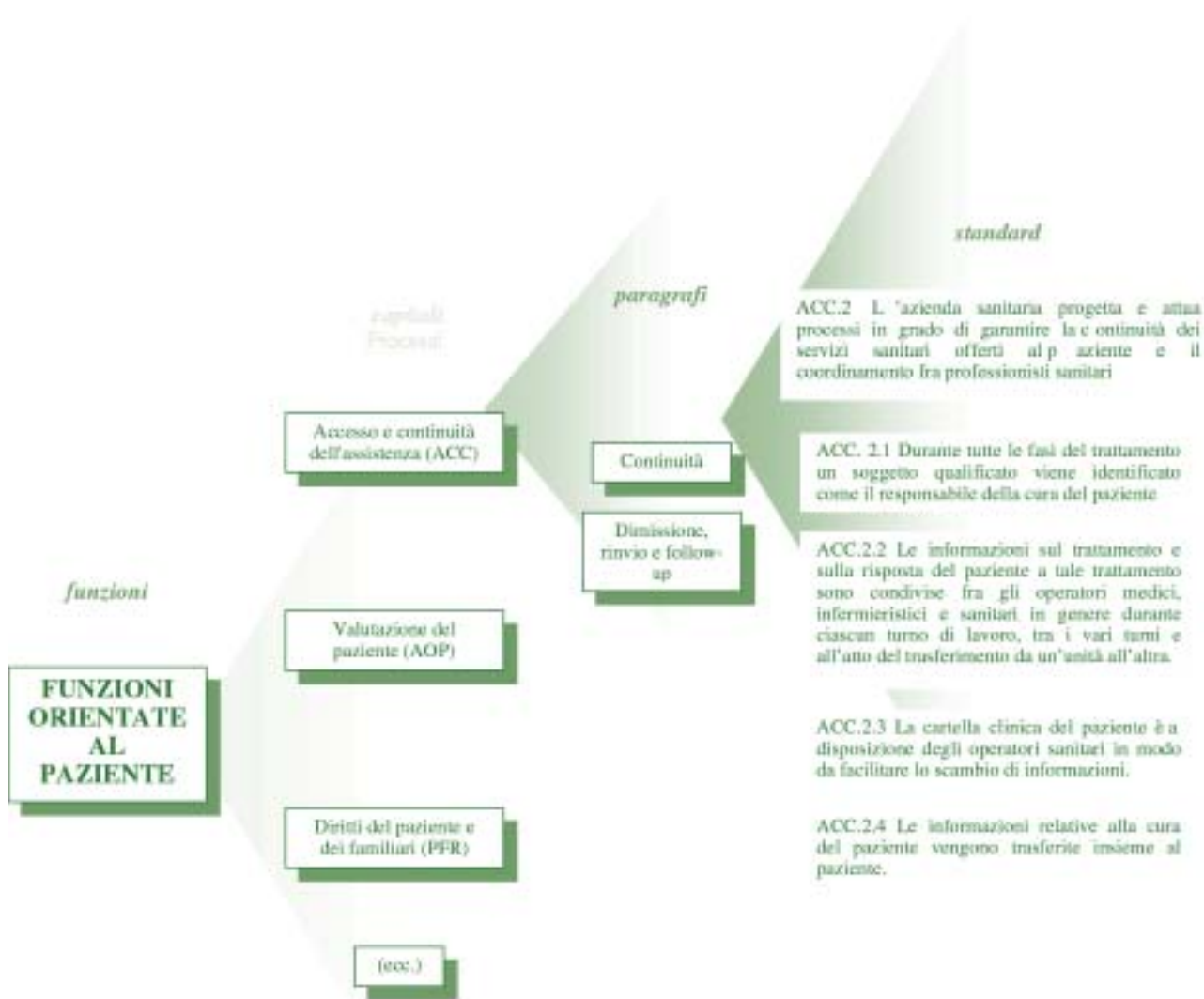
Per superare la visita di accreditamento è sufficiente raggiungere un valore almeno pari a 50 per ciascuno degli standard obbligatori.

Anche in questo caso la validità dell'accreditamento ha una durata limitata. Si ritiene infatti che la procedura vada ripetuta, in quanto la qualità deve essere intesa come frutto di

un processo continuo cui tutti, singoli operatori ed organizzazione nel suo insieme, devono costantemente dedicarsi. L'accreditamento vuole verificare la presenza e la continuità di tale processo.

Normalmente si identifica l'intervallo di tre anni per la validità di un sistema in quanto si ritiene rappresenti un tempo sufficiente per permettere all'organizzazione gli adeguamenti necessari, ma abbastanza ravvicinato da mantenere quella periodicità necessaria a garantire la stabilità dei livelli qualitativi, essendo i cambiamenti in sanità troppo consistenti e rapidi per permettere intervalli più lunghi.

Figura 4: Esempio di espansione del capitolo "Continuità dell'assistenza (ACC)" nei rispettivi standard



La Joint Commission conta attualmente tre agenzie affiliate e situate in Brasile (Consortio Brasileiro de Acreditação - CBA), Spagna (Fundacion Avedis Donabedian – FAD) e Sud Africa (Council for Health Service Accreditation of Southern Africa - COHSASA), nonostante altri Paesi, fra cui la Germania, l'Italia, la Francia, la Polonia, il Portogallo, l'Irlanda, la Danimarca, la Thailandia, Singapore e l'Argentina abbiano espresso interesse verso una maggiore collaborazione.

Sia il programma di accreditamento statunitense che quello internazionale presentano alcune analogie con altri programmi di valutazione della qualità (ISO 9000, European Foundation for Quality Management and Malcolm Baldrige Award), forse come risultato di un'influenza reciproca sviluppatasi nel corso degli anni.

Essi condividono un approccio al miglioramento delle prestazioni focalizzato sull'utente, enfatizzando il ruolo dei leader, la necessità di una chiara definizione della mission, della vision e delle scelte strategiche quali, ad esempio la pianificazione sistematica dei processi e la valutazione del sistema.

I programmi per la valutazione della qualità sopra citati stimolano un decision making guidato da informazioni concrete derivanti da precise misurazioni della performance dell'organizzazione piuttosto che dei singoli individui.

Inoltre, essi sottolineano l'importanza della collaborazione e del lavoro di gruppo, valorizzando lo sviluppo e la gestione delle risorse umane e, più in generale, permeando ogni standard con la filosofia del miglioramento continuo.

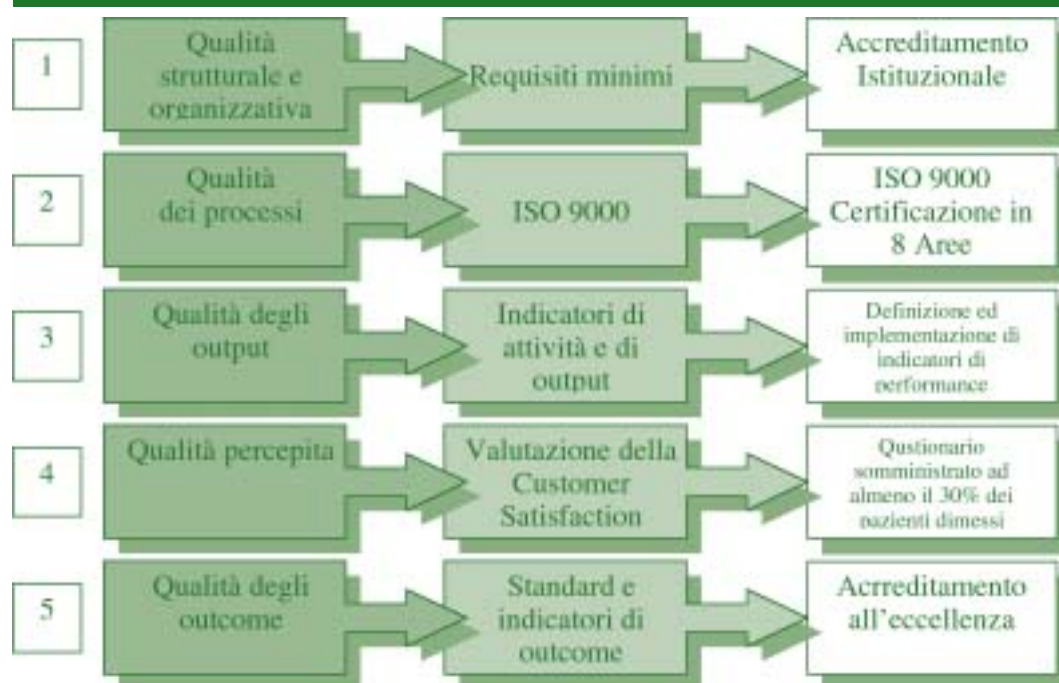
L'accreditamento Joint Commission in Lombardia

In Lombardia la Giunta Regionale ha introdotto un modello di accreditamento istituzionale fortemente influenzato dalle ISO 9000 nei requisiti generali e dal modello professionale a livello dei requisiti specifici (indicatori di processo e di struttura).

Dopo l'emanazione nel 1997 della legge 31 sul riordino ospedaliero e la successiva definizione dei requisiti per l'accreditamento nel 1998, 645 strutture pubbliche e private hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale e sono diventate erogatori ufficiali di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la Regione Lombardia ha inoltre messo in atto una serie di iniziative riguardanti il miglioramento dell'assistenza sanitaria, con particolare attenzione alla diffusione di informazioni e strumenti per la qualità, inclusa l'implementazione di indicatori (fig. 5).

Figura 5: Piano qualità della Regione Lombardia.



Nel gennaio 2001 la Regione ha lanciato un progetto pilota (D.G.R. n. VII/3141 del 19 gennaio 2001 -allegato B) dal titolo "Qualità e salute in Lombardia, progetto di sviluppo di un sistema di accreditamento all'eccellenza nelle organizzazioni sanitarie lombarde".

Il progetto, cofinanziato dalla Regione e dalle organizzazioni partecipanti, ha coinvolto dieci ospedali della Regione, scelti su base volontaria tra le strutture presenti nel territorio lombardo e rappresentativi di tutte le tipologie (pubbliche/private, metropolitane/extra, generali/specialistiche) (tab. 3).

Tabella 3: Elenco delle 10 strutture partecipanti al progetto di accreditamento all'eccellenza

A.O. Busto Arsizio – Presidio di Saronno
 A.O. San Gerardo di Monza
 A.O. ICP Milano
 A.O. Gaetano Pini Milano
 A.O. Luigi Sacco Milano
 IRCCS C. Besta Milano
 IRCCS Istituto Europeo di Oncologia Milano
 IRCCS San Raffaele Milano
 IRCCS San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia
 Casa di Cura Humanitas Rozzano

Il progetto prevedeva che i partecipanti sviluppassero un sistema di miglioramento e di valutazione della qualità aderente alla filosofia e agli standard Joint Commission.

All'inizio del 2001 ogni singola struttura ha firmato una Convenzione con la Joint Commission nella quale si prevedeva l'attività di consulenza, di formazione degli operatori, l'assistenza tecnica e di valutazione da parte della Joint Commission, nonché la supervisione, per tutta la durata del progetto, della Regione Lombardia.

Nel periodo compreso fra maggio 2001 e febbraio 2002 un gruppo di tre professionisti consulenti, rispettivamente con background infermieristico, medico ed amministrativo, ha compiuto due visite della durata di tre giorni ciascuna in tutti gli ospedali partecipanti. Lo scopo delle visite è stato quello di valutare la compliance di ciascun ospedale rispetto agli standard JCI, ed in particolare ai requisiti relativi all'area di "Gestione e miglioramento della qualità".

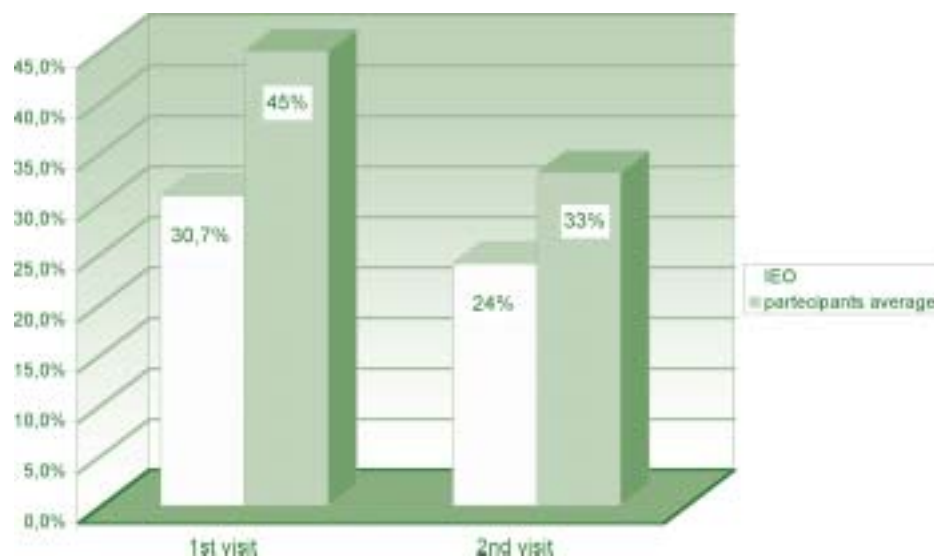
L'Accreditamento Joint Commission presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO): risultati preliminari e considerazioni

L'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) è uno dei dieci ospedali coinvolti nel progetto pilota Regione Lombardia - Joint Commission; la rilevanza data dall'Istituto a questa iniziativa è dimostrata anche dall'adozione del programma di accreditamento all'eccellenza fra gli strumenti specifici per il miglioramento individuati nel Piano Qualità IEO.

Quest'ultimo può essere brevemente sintetizzato nell'"approccio ABC", dove l'accREDITamento ("A", accreditamento istituzionale e all'eccellenza), il benchmarking ("B", progetto di benchmarking internazionale fra ospedali (Bertelsmann - CKM), e l'assistenza focalizzata sui bisogni del paziente ("C", customer care, modello IEO di soddisfazione dei pazienti) rappresentano gli elementi essenziali.

I primi risultati dell'esperienza IEO possono essere anticipati dalla descrizione degli standard non soddisfatti o raggiunti solo parzialmente (fig. 6).

Figura 6: Frequenza complessiva degli standard non soddisfatti o parzialmente soddisfatti



Dopo la prima visita di assessment avvenuta nel Giugno 2001 il soddisfacimento complessivo dei 354 standard è risultato più alto rispetto alla media regionale, dato confermato dal rilievo successivo alla seconda visita (febbraio 2002) e probabilmente dovuto all'intensa attività di miglioramento della qualità intrapresa in tutto l'istituto.

La Prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere, la Gestione della Sicurezza e delle strutture si sono rivelate le aree più critiche in cui più del 50% degli requisiti non sono stati interamente soddisfatti. Le sezioni meno problematiche sono invece risultate quelle relative alla "Gestione e al miglioramento della qualità", alla "Gestione delle informazioni", alla "Governance, leadership e direzione" e alle "Qualifiche ed educazione del personale".

Dal rapporto finale stilato dal survey team della JCI è risultato che la maggior parte delle strutture ospedaliere della Regione non dispone di un Piano di gestione e miglioramento della qualità né di alcuna filosofia o metodo strutturato. La gran parte dei programmi di miglioramento, quando realmente presenti, è principalmente allineata con la logica e la metodologia ISO 9000, oltre che centralizzata e poco disseminata tra i livelli funzionali dell'organizzazione.

Questa immagine evidenzia che è necessario compiere alcuni importanti cambiamenti culturali, prima che la filosofia Joint Commission riesca a trovare un pieno compimento nella realtà Lombarda e italiana.

Le trasformazioni dovranno coinvolgere la condivisione delle responsabilità mediche, senza che questo implichi una sottomissione all'autorità; una re-ingegnerizzazione dei processi riguardanti la somministrazione dei farmaci e, più in generale, dei trattamenti sanitari; cambiamenti della attività infermieristica (ad esempio inerenti la valutazione del paziente, la qualità delle cure, l'educazione del paziente); la gestione della documentazione clinica; la definizione delle prestazioni che i singoli medici sono autorizzati ad erogare in funzione della loro posizione ed esperienza, o "privilegi", come vengono definiti nel manuale JCI.

Altri aspetti che necessitano ulteriore sviluppo ed approfondimento si estendono al campo della valutazione della performance clinica, mediante l'utilizzo di indicatori di outcome, e a temi quali i diritti del paziente e dei familiari o i programmi di sicurezza, inclusa l'identificazione dei pazienti. Lo sviluppo di questi aspetti non può prescindere dal supporto della Direzione Generale d'Azienda.

A questo proposito vale la pena di sottolineare che, negli ultimi decenni, la pratica della medicina sta senza dubbio cambiando anche in Italia, come dimostra non solo il confronto del presente con il passato ma anche l'applicazione di nuovi ordinamenti nella formazione medica e infermieristica.

La compliance con gli standard JCI può trarre beneficio da tali trasformazioni, soprattutto perchè può essere raggiunta qualora abbia luogo un'ulteriore cambiamento nel modo in cui i professionisti si relazionano con i servizi sanitari. Ciò significa che i concetti basilari e il modo di lavorare che ha caratterizzato gli ospedali italiani degli ultimi decenni deve necessariamente venire aggiornato.

Non necessariamente saranno indispensabili trasformazioni strutturali, ma certamente le relazioni e le modalità produttive richiedono una rivalutazione alla luce della collaborazione. Il primario, in particolare, e più in generale l'intera categoria medica, sono da sempre stati i più importanti depositari dell'autorità e della responsabilità ospedaliera in relazione alla gestione del paziente.

Tuttavia per soddisfare gli standard JCI che richiedono una rilevante collaborazione fra le diverse discipline al fine di garantire una adeguata continuità delle cure, è indispensabile che i medici condividano la responsabilità di gestione del paziente senza dimostrare eccessivo attaccamento alla propria autorità.

Ciò può essere realizzato con procedure e politiche che guidino processi di cura uniformi e condivisi. Ad esempio, è importante coinvolgere in modo ufficiale il responsabile del Servizio Infermieristico fra i rappresentanti della leadership, considerato che si pone alla guida di almeno metà del personale destinato all'assistenza dei pazienti.

Inoltre molti requisiti riguardanti la valutazione considerati abitualmente di pertinenza medica potrebbero essere raggiunti con una valutazione infermieristica altrettanto efficace. Al contrario accade spesso che molte valutazioni cliniche sotto la supervisione medica non vengano invece svolte con adeguata cura a causa dell'attenzione che il medico presta per aspetti più urgenti.

Anche il processo di somministrazione dei farmaci dovrebbe essere reingegnerizzato. Le farmacie ospedaliere appaiono attualmente come meri fornitori di prodotti farmaceutici, mentre la supervisione professionale dell'intero processo risulta assente o frammentata nel migliore dei casi.

L'attività di supervisione rimane perciò confinata al solo livello infermieristico ed esiste attualmente una scarsa evidenza di aggiornamento od addestramento specifico nel campo farmacologico per gli infermieri una volta diplomati.

Studi condotti nel campo del risk management hanno dimostrato che l'errore più comune commesso in ospedale riguarda gli errori nell'utilizzo dei farmaci che, talora, raggiungono una frequenza del 50% sul totale degli errori commessi.

Fra questi, piuttosto frequenti sono gli errori di somministrazione e di prescrizione ma, mentre in campo internazionale sono stati sperimentati numerosi espedienti per tentare di ridurre questi eventi, in Italia ancora pochi ospedali dispongono, ad esempio, di un metodo per revisionare le prescrizioni mediche.

Ancora meno sono le strutture che hanno definito con chiarezza l'errore medico a fini di rilevazione e hanno predisposto un processo organizzato di raccolta dei dati sugli errori medici allo scopo di migliorare la qualità delle cure, svolgere attività di audit o, semplicemente, per aumentare il livello di sicurezza dell'organizzazione.

Un altro tema riguardante la necessità di valorizzare la professionalità infermieristica riguarda le modalità di apprendimento della valutazione dei bisogni del paziente e di un appropriato piano di cura. Dal punto di vista pratico, tuttavia, e per la maggior parte del tempo, molti infermieri eseguono valutazioni superficiali e non definiscono piani di cura se non per eseguire le direttive imposte dal personale medico.

Gli standard JCI richiedono una valutazione e un piano di cura integrati, dettagliati e riportati nella cartella clinica. Al contrario, nessuno degli ospedali visitati aveva definito gli elementi da includere nella valutazione iniziale del paziente.

In campo documentale il manuale JCI presenta numerosi standard che riguardano specificatamente la cartella clinica. Il soddisfacimento di tali requisiti richiede una grande collaborazione, l'educazione del personale e, a volte, lo sviluppo di modulistica che faciliti la compliance ai requisiti e la standardizzazione.

Durante le visite la documentazione riportata in cartella clinica fu riscontrata incompleta in tutte le organizzazioni. Nei diversi contesti molte persone lavoravano insieme da anni e

con buoni risultati; peccato che rimanesse poca traccia di ciò che i professionisti avevano effettuato realmente. Spesso, ad esempio, mancava la documentazione dei bisogni educativi dei pazienti nonostante, in alcuni casi, il personale avesse speso molto tempo in attività di addestramento.

Riguardo la definizione dei "privilegi" le prestazioni che ogni medico è attualmente autorizzato a fornire nell'ambito degli ospedali oggetto della verifica non sono risultate esplicitate in un documento. I servizi che ogni singolo professionista operante nella struttura è autorizzato a erogare sono decisi dal Direttore Clinico ma non sono riportati in alcuno scritto e coloro che potrebbero avere necessità di conoscere questi dettagli non hanno modo di sapere le prestazioni autorizzate.

Allo stesso modo, potrebbe essere importante per il Direttore Clinico definire non solo le prestazioni autorizzate per ciascun medico, ma anche il livello di accettabilità degli esiti sanitari prodotti dal professionista. È stato invece notato come non esista ancora un sistema di misurazione della performance medica e come questo riscontro sia strettamente correlato ai cambiamenti culturali citati in precedenza.

Da questo punto di vista è certamente indispensabile un forte cambiamento che renda accettabile l'approccio al miglioramento della qualità. La necessità di rilevare i dati, di identificare i problemi con una metodologia uniforme nell'ambito dell'organizzazione, l'utilizzo di strumenti statistici e l'adozione di una nuova filosofia che sostituisca il lavoro routinario e non finalizzato sono cambiamenti lunghi e difficili da raggiungere.

Il cambiamento verso un approccio al miglioramento di qualità focalizzato sui processi e sugli esiti di salute comporta anni, soprattutto per istituzioni complesse come quelle degli ospedali. Parimenti, il cambiamento di prospettiva dagli individui ai processi sanitari è talvolta una lenta maturazione.

Altri rilievi emersi nel corso delle visite riguardano lo sviluppo di ciò che viene definito come "job descriptions", di metodi di valutazione della performance e di politiche e procedure in gran parte assenti. Ad oggi, infatti, esistono numerose leggi e regolamenti ma pochi piani di implementazione aziendale e poche politiche scritte.

Anche il tema "Diritti di paziente e familiari" richiede di essere sviluppato. Pazienti e familiari vengono trattati rispettosamente, ma i requisiti JCI implicano la definizione di politiche e procedure dichiaranti i rispettivi diritti e doveri, note ai pazienti, ai familiari e al personale, oltre alla presenza di strutture realizzate appositamente per supportare tali diritti. Infine, nell'area di "Gestione e sicurezza delle infrastrutture" è stato riscontrato che molte ospedali utilizzano la legge 626 come programma di sicurezza mentre gli standard JCI implicano che la normativa vigente venga impiegata solo come punto di riferimento per lo sviluppo di politiche, procedure e pratiche interne specifiche per le peculiarità dell'organizzazione.

Conclusioni

Il processo di accreditamento, sebbene dispendioso per la richiesta di risorse soprattutto umane, ha incrementato la qualità e l'efficienza dell'organizzazione, il supporto metodologico nello sviluppo di strumenti finalizzati alla gestione del rischio clinico, l'aumento del coinvolgimento del personale nelle attività di miglioramento della qualità (si fa cenno ad esempio all'istituzione del "Quality Day", una manifestazione interna all'IEO nella quale vengono presentati e premiati con

l' "IEO Quality Award" le iniziative di miglioramento più significative realizzate nell'ultimo anno); inoltre è atteso un aumento della fiducia e del riconoscimento da parte degli utenti.

I risultati ottenuti finora, confortati dall'avvenuto Accreditemento nel gennaio 2003 (in seguito alla survey visit del dicembre 2002) con il raggiungimento della quasi totalità dei requisiti, sono incoraggianti per spingerci verso il proseguimento di questa esperienza. Oltre all'IEO, primo istituto oncologico ad essere accreditato al di fuori degli USA, altri ospedali hanno ottenuto questo prestigioso riconoscimento in Italia: gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, l'IRCCS San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli di Brescia, l'Ospedale di Saronno, l'Istituto Umanitas di Rozzano e l'Ospedale Santa Chiara di Trento.

Certamente esistono numerose alternative all'accREDITamento Joint Commission, tra le quali forse la più diffusa rimane ancora quella di un approccio fatto in casa e personalizzato sulle esigenze specifiche dell'organizzazione (il cosiddetto Customized Approach), approcci parziali come quelli che vedono coinvolte le Società Scientifiche, la Certificazione ISO 9000 - Vision 2000, il modello European Foundation for Quality Management, e altri programmi di accREDITamento quali il Canadian Council on Health Services Accreditation, Australian Council on Healthcare Standards, King's Fund, ecc.

Ciascuno dei sopramenzionati approcci se viene interpretato non come un fine ma come uno strumento può favorire il miglioramento della qualità.

L'esperienza finora maturata ha confermato i punti di forza del processo di accREDITamento Joint Commission International, primo fra tutti l'approccio olistico e sistemico nei confronti dell'organizzazione e dei processi. Altro elemento importante è il cosiddetto "track record" e cioè il lungo periodo (più di 50 anni) in cui questo approccio è stato utilizzato e migliorato. Inoltre questa è una esperienza nata storicamente in ambito ospedaliero che utilizza e propone un linguaggio comprensibile a tutti i professionisti sanitari. L'apertura e la possibilità di convivere con altri modelli di miglioramento dell'assistenza, il focus quasi spasmodico sui più importanti aspetti della sicurezza del paziente e della struttura.

Il coinvolgimento nella rete internazionale costituita dalle organizzazioni affiliate alla JCI dovrebbe favorire le possibilità di accedere alle conoscenze più aggiornate e alle "best practices" riguardanti la sicurezza e la qualità delle cure. La costruzione di database di informazioni relative alla qualità dell'assistenza, utili per le attività di benchmarking e per partecipare ad iniziative di ricerca internazionali.

Questa esperienza sta dimostrando che gli sforzi per migliorare la qualità di un'organizzazione sanitaria richiedono una certa flessibilità e un forte indirizzo da parte della leadership, oltre ad una implementazione che deve avvenire con un approccio bottom-up per essere efficace.

Certamente occorre ricordare che l'accREDITamento è una scelta piuttosto che un obbligo soprattutto in considerazione che, appartenendo alla categoria dei processi e non degli eventi, richiede prima di tutto una forte motivazione e una svolta culturale.

Bibliografia

- Brauer Carl M. *Champions of Quality in Health Care – A History of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* Greenwich Publishing Group, 2001.
- Codman E.A. *A Study in Hospital Efficiency as Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital*. Boston; 1916 [Reprinted by Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations; 1996].

- Delibera della Regione Lombardia n. VII/3141, 19 gennaio 2001.
- Donabedian A. The Quality of Care. How Can It be Assessed?. *JAMA* 260: 1743-1748, 1988.
- Joint Commission International Accreditation. *Standards for Hospitals*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *National Library of Healthcare Indicators. Health Plan and Network Edition*. Joint Commission Resources, 2002.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *A Guide to Performance Measurement for Hospitals*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000.
- Legge n. 502/92.
- La Pietra L., Deriu P. L'accreditamento all'eccellenza e la Joint Commission - *Oncologia Europea* 14: 46-48, 2001.
- Sito Joint Commission International: <http://www.jcrinc.com/>.
- Sito Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: <http://www.jcaho.org/>.

L'esperienza EFQM dell'azienda sanitaria di Trento: un sistema integrato di governance

Dr. Carlo Favaretti*, **Paolo De Pieri****, **Fabrizio Fontana***** e **Giovanni Maria Guarrera******

* Direttore Generale, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento

** Resp. Unità per la qualità, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento

*** Direttore della Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento

**** Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) ha 10 anni di vita ed è l'unica struttura sanitaria pubblica della Provincia Autonoma di Trento (PAT). Serve circa 480.000 abitanti ed eroga prestazioni su tutti e tre i versanti previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza: per fare ciò gestisce direttamente 2 ospedali principali, 5 ospedali di distretto, 13 distretti sanitari e alcune decine di sedi ambulatoriali distribuite in tutta la provincia (le liste di attesa per la specialistica ambulatoriale sono più di 2.500, alle quali vanno aggiunte le sottoliste per le priorità cliniche). In tali strutture operano circa 7.000 dipendenti: 850 medici e circa 3.000 altri professionisti sanitari. L'APSS garantisce l'erogazione delle prestazioni anche grazie a rapporti contrattuali e convenzionali con alcune strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con circa 50 Residenze Sanitarie Assistenziali e 800 medici di medicina generale, pediatri e altri specialisti convenzionati. Il bilancio di esercizio 2004 dell'APSS è stato di 843 milioni di euro e, come gli anni precedenti, si è chiuso in equilibrio. Lo strumento manageriale di riferimento che ha supportato nell'ultimo quinquennio l'implementazione del sistema integrato di governance^{1, 2, 3} è stato il Modello EFQM, che si è rivelato utile non solo perché ha orientato e supportato specifiche iniziative di miglioramento, ma soprattutto perché ha rappresentato la trama unitaria che ha contribuito a collegare sempre di più i diversi processi aziendali, l'analisi dei fattori con la misurazione dei risultati, le diverse professionalità tra di loro, la pianificazione con il controllo, le esigenze degli stakeholder e la loro soddisfazione.

Il 2004 si è concluso con un importante riconoscimento esterno per l'APSS. Al termine di un articolato percorso pluriennale di miglioramento, l'European Foundation for Quality Management ha riconosciuto all'APSS il primo livello di eccellenza: il "Committed to excellence in Europe". Per giungere a questo risultato sono state realizzate due autovalutazioni aziendali basate sul Modello EFQM (nel 2001 e nel 2003) e sono state sviluppate le conseguenti azioni di miglioramento, che hanno riguardato temi importanti dell'organizzazione e hanno coinvolto l'Azienda nella sua interezza.

A questo importante riconoscimento trasversale, nel corso del 2005, si è aggiunto anche l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI) del principale Ospedale Aziendale, il Santa Chiara di Trento, al termine di un articolato processo di miglioramento.

¹ *United Nation Human Settlements Programme. Principles of Good Urban Governance.* <http://www.unhabitat.org/campaigns/governancel>.

² *NHS Appointment Commission. Governing the NHS. A guide for NHS Boards. June 2003* (<http://www.dh.gov.uk>).

³ *Deighan M, Cullen R, Moore R. The Development of Integrated Governance. Debate No.3, May 2004. The NHS Confederation* (<http://www.cgsupport.nhs.uk/PDFs/debate3.pdf>).

Il modello EFQM per l'eccellenza

Nel 1991 l'European Foundation for Quality Management (EFQM) ha lanciato il "Modello EFQM per l'Eccellenza", uno strumento di gestione aziendale che aiuta le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire e di ottenere risultati. Anche se nato nel contesto della grande impresa europea, il Modello si è via via affermato come lo strumento di riferimento in Europa per la "gestione totale della qualità" (Total Quality Management – TQM) nell'impresa privata e nella pubblica amministrazione e oggi è applicato da oltre 20.000 organizzazioni pubbliche e private.

Secondo l'EFQM, l'eccellenza è "l'eccezionale capacità di gestire una organizzazione e di conseguire dei risultati". I concetti fondamentali che sono alla base del Modello EFQM sono 8 e sono i seguenti⁴:

1. orientamento ai risultati;
2. attenzione rivolta al cliente;
3. leadership e coerenza negli obiettivi;
4. gestione in termini di processi e fatti;
5. coinvolgimento e sviluppo delle persone;
6. apprendimento, innovazione e miglioramento continuo;
7. sviluppo della partnership;
8. responsabilità sociale dell'organizzazione.

Il Modello EFQM è sintetizzato da un grafico che illustra i 9 criteri che devono essere considerati per migliorare le organizzazioni e i loro risultati (fig. 1). Tali criteri sono divisi in due gruppi: i fattori (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e i risultati (relativi ai clienti, risultati relativi al personale, risultati relativi alla società e risultati chiave di performance)⁵.

Figura 1: Il Modello EFQM per l'eccellenza



⁴ European Foundation for Quality Management. *The Fundamental Concepts of Excellence*. 2003. ISBN 90-5236-077-4.

⁵ European Foundation for Quality Management. *Il Modello EFQM per l'Eccellenza*. 1999.

Anche se l'enfasi viene posta soprattutto sui nove criteri del Modello, particolarmente rilevante è il sottostante reticolo non deterministico che li lega tra di loro e che rappresenta, in un certo senso, la trama e l'ordito su cui lavorare. Nei sistemi adattativi complessi è infatti questo il campo su cui si gioca la partita decisiva: facilitare lo stabilirsi di relazioni tra i diversi elementi che li costituiscono.

Ciascuno dei nove criteri del Modello deve essere affrontato con uno schema logico riassunto dall'acronimo RADAR (Results, Approach, Deployment, Assessment and Review). Ogni organizzazione deve cioè individuare i risultati che vuole perseguire relativamente a quel criterio, pianificare e sviluppare un set integrato di approcci per ottenere quei risultati, disseminare in modo sistematico le attività a tutte le aree dell'organizzazione, monitorare e analizzare quanto ottenuto (errori e successi) in modo da imparare da quanto fatto e pianificare un ulteriore miglioramento.

Un elemento caratteristico previsto nell'applicazione del Modello EFQM è che la pianificazione delle azioni di miglioramento deve essere la conseguenza di periodiche autovalutazioni svolte dalle organizzazioni per verificare il grado di adesione ai criteri proposti dal Modello stesso.

La prima autovalutazione aziendale e i conseguenti piani di miglioramento

Nel 2001 è stata realizzata la prima autovalutazione aziendale secondo il Modello per l'eccellenza. Tra le diverse forme di autovalutazione aziendale possibili, è stato scelto il questionario già predisposto da EFQM⁶, che rappresenta un buon compromesso tra le necessità di approfondire la realtà organizzativa aziendale, di oggettivare quanto viene rilevato e di limitare l'impiego di risorse per l'autovalutazione.

Il questionario per l'autovalutazione aziendale è articolato in 50 domande raggruppate secondo i 9 criteri del Modello. Non è stato somministrato tal quale risulta dalla versione italiana, ma è stato leggermente modificato sul piano del linguaggio e degli esempi, per renderlo più adatto e comprensibile alla realtà operativa e al linguaggio di un'azienda sanitaria pubblica.

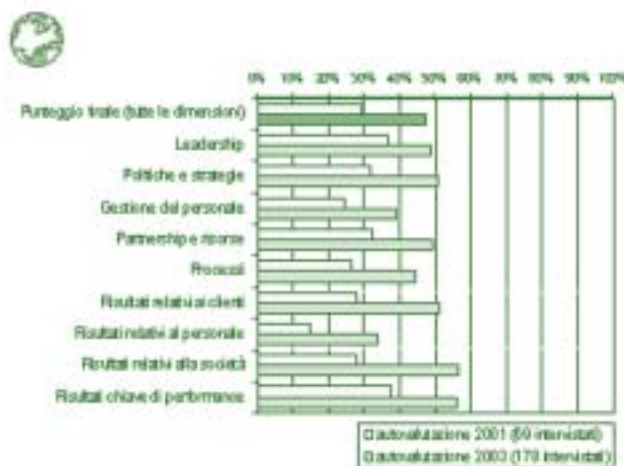
Nel corso di un workshop aziendale, il modello EFQM e il questionario per l'autovalutazione sono stati presentati a un panel selezionato di professionisti che occupavano posizioni chiave all'interno dell'organizzazione, segmentati in 5 sottogruppi: direttori centrali, di ospedale e di distretto; medici con funzioni di direzione e coordinamento; dirigenti tecnico-amministrativi; personale infermieristico con funzioni di direzione e coordinamento. Al termine della presentazione, il questionario è stato consegnato a tutti i membri del panel che lo hanno compilato in forma anonima. Nelle settimane successive, i risultati dell'autovalutazione⁷ sono stati presentati ai membri del panel.

⁶ *European Foundation for Quality Management. Valutare il proprio grado di Eccellenza: un approccio basato su questionario. 1999.*

⁷ *De Pieri P, Favaretti C, Fontana F, Guarrera GM. Autovalutazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento secondo il Modello EFQM per l'eccellenza: risultati preliminari. QA. 2002; 13(2): 79-86.*

Il profilo aziendale ottenuto nella autovalutazione del 2001 è descritto nella figura 2, insieme a quello del 2003. Il punteggio finale relativo all'insieme dei criteri è stato pari al 29% ed è coerente con quello che EFQM ipotizza per le organizzazioni "normali" che si avvicinano per la prima volta all'autovalutazione aziendale. I punteggi relativi ai singoli criteri mostravano però una grande variazione, con valori più favorevoli per i criteri Leadership e Risultati chiave di performance, mentre i due criteri relativi al personale mostravano i valori più bassi (quest'ultimo dato è peraltro risultato comune a tutte le analoghe autovalutazioni realizzate dalle altre aziende sanitarie italiane che in questi anni si sono impegnate nell'applicazione del Modello EFQM⁸). Inoltre la variabilità tra i diversi sottogruppi era accentuata e la componente infermieristica mostrava costantemente punteggi più bassi in tutte le dimensioni analizzate.

Figura 2: Risultati delle autovalutazioni aziendali secondo il Modello EFQM



I risultati ottenuti dall'autovalutazione 2001 (le risposte al questionario e la discussione nel corso degli incontri con il panel) sono stati molto utili per diagnosticare alcuni problemi organizzativi e orientare i conseguenti piani di miglioramento che si sono sviluppati negli anni successivi.

In primo luogo sono state progettate ex novo e realizzate alcune indagini, integrate fra di loro, di misurazione della soddisfazione, delle conoscenze e degli atteggiamenti della popolazione in generale e dei ricoverati, dei medici e degli infermieri ospedalieri, del personale amministrativo, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

⁸ Vernero S, Ulrich Wienand U, De Pieri P et al. Il modello EFQM per l'eccellenza in Sanità: l'esperienza della rete italiana. QA. 2004

La seconda importante azione pianificata e realizzata è stata la riformulazione delle fasi di impostazione, definizione, realizzazione, monitoraggio e verifica dei programmi di attività (budget) secondo criteri espliciti di coinvolgimento di tutti gli operatori e di valorizzazione del contributo professionale.

Infine è stato portato a termine il processo di revisione partecipata della Carta dei servizi, attraverso il confronto sistematico con le 200 associazioni che operano in Trentino nel campo sanitario e socio-assistenziale e il coinvolgimento di tutte le unità operative e i servizi dell'Azienda.

a) La misura della soddisfazione delle parti interessate

Nel 2002 è stata subito realizzata una indagine di soddisfazione complessa, articolata in tre filoni e destinata a misurare in modo sistematico i livelli di soddisfazione dei cittadini trentini e del personale impegnato nell'erogazione dei servizi, cercando anche di cogliere alcuni atteggiamenti e orientamenti di fronte ai cambiamenti in atto nei sistemi sanitari.

L'indagine è stata così strutturata: a) una serie di interviste telefoniche hanno coinvolto un campione statisticamente significativo di cittadini trentini composto da 1500 persone; b) specifici questionari anonimi sono stati somministrati alle due categorie numericamente più rilevanti di dipendenti, cioè gli infermieri e i medici che operano negli ospedali: Anche se ai fini strettamente statistici poteva essere sufficiente una indagine campionaria, è stato tuttavia scelto di somministrare i questionari all'intera popolazione target (circa 800 medici e circa 2200 infermieri), in modo da offrire a tutti la possibilità di esprimere il proprio parere personale. Per determinare in modo partecipativo i contenuti delle interviste telefoniche e dei due questionari di soddisfazione sono stati realizzati dei focus group con alcuni membri delle categorie professionali interessate e un focus group composto da rappresentanti dell'Azienda, dell'Assessorato alle politiche sociali e alla salute, delle Associazioni di volontariato e di altre componenti della vita pubblica trentina.

Un elemento importante e innovativo che ha caratterizzato l'intera indagine del 2002 è stato quello di aver progettato le interviste telefoniche e i questionari in modo integrato tra di loro, per consentire una lettura trasversale che mettesse in luce non solo i livelli di soddisfazione di ciascuna parte interessata, ma anche le relazioni esistenti tra di esse. I risultati di tali indagini sono stati pubblicati nel volume "Qualità e salute. Utenti, medici e infermieri giudicano il sistema sanitario locale"⁹.

L'anno successivo, utilizzando strumenti e metodologie analoghe, è stata realizzata una indagine di soddisfazione destinata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta. Sono stati distribuiti 457 questionari anonimi, di cui 379 ai medici di medicina generale e 78 ai pediatri di libera scelta, e i risultati sono stati messi a confronto con le opinioni dei medici ospedalieri e della popolazione raccolte con le indagini realizzate l'anno precedente.

⁹ Delai N. (a cura di). *APSS - Qualità e salute: utenti, medici e infermieri giudicano il sistema sanitario locale*. Franco Angeli, Milano, 2003

Nel 2003, nel contesto del progetto interaziendale “Confrontarsi per migliorare: le risorse, le prassi, i risultati”, promosso dalla Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e che ha coinvolto nove strutture sanitarie italiane di grandi dimensioni, sono state inoltre realizzate altre due importanti indagini. La prima è stata rivolta ai malati degenti in alcune unità operative dei presidi ospedalieri (894 interviste a pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario), mentre la seconda è stata rivolta al personale (1039 questionari al personale delle unità operative ospedaliere coinvolte e a tutto il personale delle direzioni centrali).

Oltre a queste estese attività di indagine, sono state realizzate negli ultimi anni altre attività di misurazione della soddisfazione delle parti interessate: questionario annuale per valutare l’andamento del processo di budget, valutazione sistematica delle attività formative organizzate all’interno dell’APSS, indagini mirate sulla gestione del dolore nelle strutture ospedaliere, indagini di soddisfazione nelle strutture psichiatriche per pazienti e familiari, valutazione sistematica della soddisfazione di chi partecipa allo screening mammografico e dei familiari dei pazienti seguiti dalle cure palliative, valutazioni periodiche relative al vitto somministrato presso le strutture ospedaliere.

b) La continua evoluzione del processo di budget

Pur avendo l’APSS avviato una attività di budgeting fin dalla sua nascita, negli ultimi anni è stata data un’ampia enfasi al budget dell’APSS quale strumento annuale che mette in relazione le attività da svolgere con le risorse disponibili, cercando di superare l’equivoco che esso sia solo la descrizione delle risorse che possono essere impegnate o, peggio ancora, che il budget coincida con il sistema incentivante dei medici. Il budget dell’APSS è quindi il “programma di attività” che consente di pianificare, gestire e verificare le attività da svolgere nell’anno e l’utilizzo delle risorse.

Anno dopo anno, il processo di budget è stato continuamente migliorato: oggi il processo di budget è descritto in modo esplicito e dettagliato da uno schema delle attività, un diagramma di Gantt e una matrice delle responsabilità. Inoltre, è stato stabilito un legame organico tra i documenti di bilancio, le schede di budget e i piani operativi settoriali: formazione, edilizia, sicurezza del personale e dei pazienti, informatica, attrezzature sanitarie, personale¹⁰ (fig. 3).

¹⁰ APSS. *Direttive di budget 2005*. http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_291810_0.pdf.

Figura 3: L'attuale struttura del budget dell'APSS



Le schede di budget degli ospedali, dei distretti, dei dipartimenti strutturali e delle unità operative sono state strutturate secondo i Livelli Essenziali di Assistenza, indicando le attività ordinarie, le azioni innovative e le attività comuni (governo delle interfacce organizzative, adeguamento ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, gestione dei flussi informativi, carta dei servizi, gestione delle risorse umane e controllo dei costi, obiettivi specifici assegnati annualmente dalla PAT); una piccola parte delle schede è dedicata anche alle risorse da utilizzare. Progressivamente le schede di budget sono state inoltre integrate con i meccanismi di valutazione della dirigenza e del comparto^{11,12}.

Nelle schede di budget sono stati inseriti anche alcuni indicatori clinici: tale novità, a lungo attesa e invocata dai clinici, ha rappresentato indubbiamente un forte elemento di motivazione anche se ha creato qualche incertezza, soprattutto per quanto riguarda la scelta degli indicatori, la loro appropriatezza e la ricerca di standard di riferimento per l'interpretazione dei risultati ottenuti. L'obiettivo finale non è stato tanto quello di legare i risultati clinici agli aspetti economici (per esempio, ai consumi o alle incentivazioni), quanto rendere esplicito che la performance aziendale si gioca in prima battuta sulla capacità di affrontare la malattia e tutelare la salute, in un quadro complessivo in cui il consumo delle risorse messe a disposizione dalla comunità e la capacità di produrre le singole prestazioni sono importanti, ma non devono catturare tutta l'attenzione. La figura 4 descrive un esempio di indicatore clinico sviluppato presso l'Ospedale di Trento.

¹¹ De Pieri P, Baldantoni E, Fontana F, Guarrera GM e Favaretti C. Il modello EFQM per l'eccellenza e la valutazione dei dirigenti medici. *L'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento*. QA, 2004; 3: 69-75.

¹² Baldantoni E, De Pieri P, Fontana F, Guarrera G e Favaretti C. La valutazione dei dirigenti medici nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza. *Tendenze nuove*, 2003; 3: 263-280.

Figura 4. Esempio di indicatore clinico: tempo di attesa in radioterapia oncologica			
OSPEDALE DI TRENTO – RADIOTERAPIA ONCOLOGICA			
Nome dell'indicatore	Tempo di attesa per priorità clinica		
Significato	La gestione dei tempi di attesa in accordo con le priorità cliniche consente di rispondere in modo appropriato e tempestivo		
Ambito di applicazione	Tutti i pazienti sottoposti a radioterapia		
Parametro misurato	Pazienti per i quali è rispettato il tempo limite di attesa / pazienti trattati		
Periodo di riferimento	Marzo-giugno 2004		
Valori	Casi urgenti (1-4 gg)	100%	9/9 casi
	Casi prioritari (5-14 gg)	97%	37/38 casi
	Casi standard (15-30 gg)	89%	186/209 casi
	Casi differibili (> 30 gg)	100%	37/37 casi
Referente	Equipe Radioterapia		

c) La revisione partecipata della Carta dei servizi

Nel 2001, al termine della prima autovalutazione aziendale EFQM, è subito iniziato un processo di revisione della Carta dei servizi lungo e articolato, che ha coinvolto un gran numero di parti interessate: i rappresentanti di circa 200 associazioni di volontariato, il personale dipendente, l'Assessorato provinciale alle politiche per la salute, gli Ordini professionali, le diverse articolazioni aziendali, le organizzazioni sindacali, ecc.

Nel 2002 è stata distribuita a tutte le famiglie trentine la nuova edizione della prima parte della Carta dei servizi (190.000 copie): un fascicolo che presenta i principi generali dell'Azienda, illustra i meccanismi di tutela dei diritti dei cittadini e descrive sinteticamente le strutture aziendali, i principali servizi erogati e le relative modalità di accesso da parte dei cittadini. Nel 2003 è stata realizzata la seconda parte della Carta dei servizi che contiene la descrizione dettagliata dei servizi erogati, le specifiche modalità di accesso, i fattori di qualità, gli indicatori e gli standard. Per mantenere un continuo e puntuale aggiornamento di questa sezione della Carta, non è stato utilizzato il formato cartaceo e i dati sono stati caricati sul sito aziendale, che viene costantemente alimentato dalle unità operative.

La scelta di rivedere la Carta dei servizi in modo partecipato ha senza dubbio aggiunto valore al prodotto finale, che è stato "legittimato" da tutti gli stakeholder in qualche modo coinvolti. Anzi, alla fine non si è ottenuto un semplice "prodotto" (documenti cartacei oppure on-line che informano), ma è stato costruito un "processo", cioè un insieme coordi-

nato di attività che danno informazioni, pianificano standard, offrono tutela e propongono servizi^{13, 14}.

Un elemento importante del processo Carta dei servizi è stata la caratterizzazione data al nuovo sito aziendale, alimentato direttamente dalle unità operative e integrato in tempo reale con il “Sistema unico di prenotazione e gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali”. Queste due caratteristiche del sito hanno da un lato aumentato l'autonomia e la responsabilità delle unità operative nella scelta, comunicazione e gestione degli standard di servizio (professionisti, orari, prestazioni offerte, tempi di attesa, informazioni particolari) e, dall'altro, consentono di avere un set di informazioni sempre aggiornate e “intelligibili” in modo trasparente da tutte le parti interessate, dentro e fuori l'Azienda.

La seconda autovalutazione aziendale e i conseguenti piani di miglioramento

Nel 2003 è stata pianificata la seconda autovalutazione aziendale secondo il modello EFQM, con i seguenti obiettivi:

1. confrontare i risultati con quelli ottenuti nel 2001;
2. contribuire a delineare, insieme ad altre attività di rilevazione, un quadro del clima organizzativo aziendale, come previsto da uno specifico obiettivo assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento;
3. diffondere i criteri di valutazione EFQM e considerare il questionario una sorta di check list aziendale di comportamenti attesi, per favorire l'autovalutazione a tutti i livelli;
4. definire alcune priorità di intervento per attivare le iniziative di miglioramento necessarie al raggiungimento del primo livello previsto dallo schema di riconoscimento dell'EFQM.

Anche in questa seconda autovalutazione aziendale è stato utilizzato un questionario simile a quello del 2001, ulteriormente perfezionato nel linguaggio e adattato alla realtà sanitaria italiana, anche sulla base delle esperienze maturate insieme alle altre aziende sanitarie italiane che stanno applicando il Modello EFQM.

Il questionario è stato somministrato a due gruppi di persone: a) i soggetti che avevano partecipato alla prima autovalutazione del 2001; b) i membri della rete aziendale per la qualità non compresi nel gruppo precedente. La rete aziendale per la qualità è formata da persone che hanno ricevuto una specifica formazione aziendale di una settimana sul tema della qualità dell'assistenza sanitaria; vengono selezionate su indicazione dei direttori degli ospedali e dei distretti, sono distribuiti in tutte le strutture aziendali, hanno diverse professionalità e svolgono diversi ruoli operativi o di coordinamento.

Per consentire una adeguata stratificazione delle risposte, garantendo nel contempo il necessario anonimato, agli intervistati coinvolti nella prima autovalutazione è stato chiesto di indicare il sottogruppo di appartenenza nel 2001 e a tutti di definire la propria posizione ri-

¹³ Favaretti C e De Pieri P. *Le strategie aziendali e la qualità dal lato del cittadino*. In: Corposanto C e Passerini A (Eds.): *La costruzione partecipata della carta dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento*. Franco Angeli, Milano. 2004, 231-236.

¹⁴ De Pieri P e Favaretti C. *La carta dei servizi e le aziende sanitarie*. In: Corposanto C e Passerini A (Eds.): *La costruzione partecipata della carta dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento*. Franco Angeli, Milano. 2004, 33-47.

spetto alle funzioni svolte (operativa oppure di direzione e/o di coordinamento) e ai contratti di lavoro di riferimento (dirigenza o comparto). I risultati complessivi della seconda autovalutazione sono descritti nella figura 2: nel complesso sono stati esaminati 178 questionari. Rispetto alla autovalutazione effettuata nel 2001 si è notato un generale e sostanziale miglioramento di tutti gli elementi considerati e il punteggio finale relativo all'insieme dei criteri è stato pari al 47%. Limitando l'analisi al gruppo di professionisti che hanno partecipato a entrambe le autovalutazioni, il miglioramento tra il 2001 e il 2003 è stato ancora maggiore. L'analisi del profilo aziendale mostra che il miglioramento è avvenuto su tutti gli elementi del Modello, anche se è rimasta inalterata la forma del profilo, con gli elementi relativi alla gestione del personale che risultano essere ancora più bassi degli altri. Particolarmente interessante è la riduzione marcata (rispetto al 2001) delle variazioni di risposta tra le diverse figure professionali coinvolte nell'autovalutazione, anche se sono rimaste ancora alcune differenze che possono essere spiegate dal diverso "punto di osservazione" della realtà aziendale dal quale gli intervistati hanno risposto.

a) Il "Committed to excellence in Europe"

Oltre a promuovere la qualità delle organizzazioni pubbliche e private, EFQM svolge anche una attività di riconoscimento delle organizzazioni che orientano il loro sviluppo secondo i criteri della "gestione totale per la qualità". Per sviluppare e sostenere questo schema di riconoscimento, EFQM ha istituito nei vari Paesi europei una rete internazionale di 19 National Partner Organizations (NPO): in Italia tale ruolo è rivestito dalla Associazione Italiana Cultura Qualità (AICQ). Ciò significa che un riconoscimento assegnato a livello nazionale gode della credibilità e del prestigio di un certificato europeo, e ha quindi validità anche negli altri Paesi europei.

I riconoscimenti di EFQM sono coerenti con il livello di maturità raggiunto dalle organizzazioni lungo il cammino verso l'eccellenza:

- il Premio Europeo per la Qualità, cioè il riconoscimento più prestigioso concesso ogni anno alle migliori organizzazioni pubbliche e private europee;
- il livello "Recognized for Excellence in Europe" ("Riconoscimento di eccellenza"), concesso alle organizzazioni che abbiano già maturato una buona esperienza nell'utilizzo del Modello;
- il livello "Committed to Excellence in Europe" ("Impegno all'eccellenza"), concesso alle organizzazioni che dimostrano di aver iniziato in modo strutturato la loro evoluzione verso l'eccellenza.

Per ottenere il riconoscimento "Committed to Excellence in Europe" è necessario effettuare una autovalutazione aziendale, identificare le priorità da affrontare, sviluppare iniziative di miglioramento coerenti con la metodologia EFQM e sottoporre l'organizzazione alla valutazione di una National Partner Organization (esame documentale e visite ispettive). Sulla base anche dei risultati ottenuti dalla seconda autovalutazione aziendale sono state quindi scelte e pianificate le seguenti iniziative di miglioramento:

- a) organizzare un Project Management Office (PMO) aziendale;
- b) sostenere e monitorare il coinvolgimento del personale nel programma annuale di attività (budget);
- c) definire una check list per la valutazione del macro-processo "Gestione del personale".

b) Il Project Management Office

Come tutte le grandi aziende, anche l'APSS è impegnata in decine di progetti sia derivanti dalla programmazione provinciale e sia di innovazione continua: miglioramento dei servizi, ristrutturazioni edilizie, information technology, nuovi processi assistenziali, avvio di nuove tecnologie, ecc.. Tutto ciò comporta un notevole uso di risorse (tempo, persone, attrezzature, investimenti) che richiede un elevato livello di coordinamento in quanto, per la natura stessa dei progetti, tali risorse vengono spesso utilizzate in modo trasversale rispetto agli assetti gerarchici consueti.

La scelta di strutturare un Project Management Office (PMO) nello staff del direttore generale è stata finalizzata a due obiettivi: a) governare in modo rigoroso una serie di iniziative innovative e importanti per la vita aziendale; b) completare il quadro delle attività di controllo strategico previste dalle norme vigenti (controllo di gestione delle attività svolte, verifica delle procedure amministrative).

Nel 2004 sono state quindi realizzate specifiche attività formative sulle tecniche di project management per operatori del Servizio sistemi informativi e per altri professionisti in posizioni chiave nella conduzione dei progetti aziendali. Nell'ambito dello staff del Direttore Generale è stato poi costituito il Project Management Office, dotato di due persone full time e di una persona part time. È stato predisposto, approvato e diffuso il "Manuale aziendale delle procedure di project management" e sono stati individuati i progetti prioritari da sviluppare (portafoglio progetti) secondo criteri espliciti di valutazione (costo, rischio, fattibilità, importanza per la strategia aziendale, ecc.). Nel 2004 il PMO ha quindi seguito con tecniche di project management il 75% del numero dei progetti di information technology, che corrispondono al 75% del valore di tutti i progetti in corso.

Anche se all'inizio il PMO si è occupato solo dei grandi progetti di innovazione tecnologica nel capo dell'informatica, nel 2005 l'approccio è stato esteso a tutti i progetti annuali che vengono sviluppati per raggiungere gli obiettivi che la PAT assegna annualmente all'azienda sanitaria e ad altri campi di intervento. Di particolare interesse è stata l'applicazione delle tecniche di project management al trasferimento in una nuova sede del Distretto di Trento e della Direzione Igiene Pubblica, che ha coinvolto alcune centinaia di operatori e numerosi servizi sanitari, amministrativi e tecnici; inoltre, data la conoscenza maturata nello svolgimento dei progetti aziendali di information technology, il PMO è stato fortemente coinvolto anche nella valutazione delle priorità per la predisposizione del "Piano aziendale delle soluzioni informatiche 2005".

c) Il coinvolgimento del personale nel processo di budget

Nel sistema di governance integrata dell'APSS, il processo di budget è il perno attorno al quale ruota tutta l'attività ordinaria e di innovazione dell'intera organizzazione. Il coinvolgimento del personale in queste attività è quindi un elemento essenziale, sia per comunicare le politiche, le strategie e gli obiettivi aziendali e sia per gestire i conseguenti processi (assistenziali e tecnico-amministrativi). Inoltre, consente un utilizzo delle risorse più consapevole ed efficiente, sia di quelle interne (personale, beni e servizi) che dei partner esterni (fornitori strategici, strutture e professionisti accreditati e/o convenzionati). Il coinvolgimento del personale nel processo di budget rappresenta infine un'ulteriore occasione perché i dirigenti svolgano in prima persona il ruolo di leader loro richiesto.

In sintesi, nel 2004 sono state svolte le seguenti attività. Ogni responsabile di unità operativa e servizio ha realizzato almeno un incontro formalizzato con il proprio personale per illustrare la scheda di budget dell'unità operativa e del servizio concordato con la rispettiva direzione. Il direttore generale ha svolto una serie di incontri nelle principali sedi aziendali per incontrare il personale dirigenziale e operativo e illustrare l'andamento della gestione del 2003, sostenere la programmazione 2004 e ascoltare il parere degli operatori; infine, un apposito gruppo di lavoro, costituito da personale delle direzioni centrali e delle unità operative ha rivisto l'impostazione e la leggibilità della scheda di budget.

È stato anche riproposto ai componenti della rete per la qualità il questionario di valutazione su come si è svolta la fase di negoziazione del budget 2004, per valutare soprattutto l'informazione e il coinvolgimento del personale. Questa indagine ha evidenziato risultati positivi di soddisfazione rispetto a quella svolta nel 2003: a) gli intervistati hanno dichiarato che le attività informative svolte nelle unità operative e nei servizi erano state molto più intense di quelle svolte nel 2003; b) è quasi raddoppiata la percentuale di persone che hanno dichiarato di essere "soddisfatte" del livello di coinvolgimento nel processo di budget; c) è quasi dimezzata la percentuale di chi si è dichiarato "gravemente insoddisfatto".

d) La lista di autovalutazione del processo di gestione del personale

L'obiettivo di questa azione di miglioramento era di realizzare uno strumento diagnostico per aiutare tutte le componenti aziendali a considerare la "gestione del personale" come un macro-processo aziendale unitario, composto da numerosi processi diversi e integrati tra di loro. L'idea di una visione complessiva del processo, che comprendesse tutte le fasi della gestione del personale, era nata all'interno del gruppo di lavoro interaziendale che le aziende sanitarie italiane che stanno applicando il Modello EFQM avevano avviato all'inizio del 2004 per affrontare in modo congiunto il tema della gestione del personale che, come già detto in precedenza, si era rivelato il punto debole in tutte le autovalutazioni.

La scelta di sviluppare una lista di comportamenti attesi come strumento di autovalutazione per tutte le strutture aziendali ha tenuto conto di due aspetti: a) una analoga lista di autovalutazione sul tema altrettanto complesso della "Assistenza specialistica ambulatoriale" viene comunemente usata nell'APSS e ha dato buoni risultati; b) le grandi dimensioni aziendali, la massiccia presenza di personale professionale non esecutivo, la presenza nel Programma Aziendale di Sviluppo Strategico di valori quali l'autonomia e la responsabilità spingono verso una crescita aziendale che privilegi modelli e strumenti organizzativi autopoietici piuttosto che eterodiretti.

È stato quindi costituito un gruppo di lavoro che ha analizzato il processo complessivo di gestione del personale e ha prodotto una lista sperimentale (fig. 5), che ha messo in evidenza il collegamento tra le diverse fasi e i diversi attori coinvolti: per esempio, gli uffici del personale centrali e periferici, le direzioni di ospedale e distretto, i responsabili di unità operative e i caposala/capotecnici.

Figura 5: Lista di autovalutazione 2004: le fasi del processo di gestione del personale

La gestione strategica del personale

- Le politiche aziendali.
- Gli interventi sul mercato del lavoro.
- Le relazioni sindacali.

La gestione operativa del personale

- L'acquisizione del personale.
- L'inserimento lavorativo.
- La gestione del rapporto di lavoro.
- L'organizzazione del lavoro e la sicurezza.
- La formazione continua.
- Il supporto all'attività extralavorativa.
- La cessazione del rapporto di lavoro.

La lista di autovalutazione è stata quindi testata presso due strutture aziendali: l'Ospedale di Rovereto e il Distretto di Tione. La sperimentazione si è rivelata utile sia per affinare lo strumento e sia per evidenziare i comportamenti delle strutture lungo le diverse fasi del processo e i rapporti tra quest'ultime. Di particolare interesse sono state le possibili aree di miglioramento identificate, molte delle quali sono diventate obiettivi di budget per il 2005: uniformare alcune procedure gestionali, migliorare la comunicazione proattiva e sistematica al personale, aumentare la visibilità della strategia aziendale in ogni fase del processo, integrare le attività svolte dalle strutture centrali con quelle periferiche, allineare le logiche che sottostanno alla gestione degli istituti contrattuali per le diverse tipologie di personale.

Conclusione

Attualmente è in corso la terza autovalutazione aziendale, che coinvolge l'alta direzione aziendale e utilizza una tecnica più evoluta delle precedenti: un questionario EFQM basato sulla logica RADAR e applicato ai tutti i 32 sottocriteri del Modello, alcuni workshop e un metodo Delphi per giungere a un consenso sulle valutazioni espresse.

L'esperienza condotta in questi anni dall'APSS di Trento mostra come sia stato possibile, a partire dalla competenza, autonomia e responsabilità dei professionisti clinici e dei professionisti tecnico-amministrativi, dare avvio a un sistema integrato di governance aziendale, nel quale non solo *"l'assistenza clinica può prosperare"* (governance clinica)^{15,16} ma

¹⁵ Department of Health. *A First Class Service. Quality in the new NHS. 1998.*

¹⁶ Scally G e Donaldson LJ. *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ; 4 July 1998: 61-65.*

può anche farlo in modo equilibrato rispetto a tutte le altre legittime esigenze e aspettative che le parti interessate sottopongono quotidianamente all'attenzione delle organizzazioni sanitarie. Tale approccio integrato è stato reso possibile dallo sviluppo di una "infrastruttura" gestionale basata sul Modello EFQM.

Di particolare rilievo è il fatto che questo sistema integrato è stato ideato, pianificato e realizzato esclusivamente con risorse interne, senza dover ricorrere "all'intelligenza esterna" dei consulenti.

Il 2004 si è concluso per l'APSS con l'importante riconoscimento da parte di EFQM del "Committed to excellence in Europe": in Italia, è la prima organizzazione sanitaria e la prima grande organizzazione della pubblica amministrazione a raggiungere questo risultato. A seguito di questo riconoscimento, l'APSS è stata anche selezionata tra i finalisti della prima edizione del premio europeo "EFQM Local and Regional Government Prize" che si è svolta a Berlino nel corso del Forum 2004 della European Foundation for Quality Management.

È un traguardo importante, anche se si tratta solo di una delle tante tappe da affrontare nel lungo cammino verso l'eccellenza.

Il Miglioramento Continuo della Qualità in Sanità nella Regione Veneto e il progetto regionale sperimentale per l'accreditamento di eccellenza nell'ULSS n.1 di Belluno

Angelo Lino Del Favero

Direttore Generale Azienda U.L.S.S. n.7 del Veneto*

Premessa: cenni generali sull'MCQ.

Per processo di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) in sanità, si intende la modalità di governo e di gestione che utilizza in modo diffuso e pervasivo la filosofia manageriale del perseguimento operativo della riduzione delle inefficienze e dei cambiamenti non appropriati nei processi curativi, assistenziali e di supporto.

Si tratta quindi di processi che coinvolgono primariamente le leadership aziendali, ricercando da parte loro la più elevata condivisione degli *stakeholders* dell'organizzazione:

- quelli interni, gli operatori che quotidianamente operano nelle singole organizzazioni;
- quella dei soggetti esterni (*partner*) maggiormente coinvolti ed interessati alla politica aziendale a livello della comunità locale, istituzionali e non, del volontariato e della società civile.

Spetta, infatti, ai leader aziendali indicare la direzione futura verso la quale orientare il processo di miglioramento nelle proprie Organizzazioni:

- diffondendo la visione finalizzata allo sviluppo dei servizi, eliminando sprechi, duplicazioni, complessità non richieste e inutili burocratizzazioni;
- precisando gli obiettivi cui tendere di miglioramento della qualità del lavoro (*performance*) e delle prestazioni intermedie e finali offerte;
- ponendo attenzione alle esigenze/ soddisfazione di tutti i soggetti interessati in quanto *stakeholders*.

All'interno delle aziende si deve porre attenzione sia sugli strumenti di supporto, tra i quali essenziale è il sistema di management dell'informazione e della conoscenza – come indicato nella bozza di PSSR Veneto 2002-2004 - sia ad una rinnovata organizzazione del

* *Due doverose annotazioni:*

– *l'Autore è stato Direttore Generale dell'Azienda ULSS 1 di Belluno fino al 31.12.2002; La ricerca è proseguita con la direzione aziendale dell'Ing. Alberto Vielmo, referente per la qualità – Dott.ssa Asmara Da Ronchi.*

– *La società che ha supportato scientificamente la ricerca è la Sogess di Milano nelle persone del Dott. Nicolò Gianotti e Marines Axerio in stretta collaborazione con B. Taylor CCHSA Ottawa, che si ringraziano.*

lavoro che integri nelle strutture tradizionali le modalità più orizzontali di lavorare per gruppi e per progetti, con attenzione ai principi base cui una qualsivoglia organizzazione, a qualsiasi livello, deve ispirarsi¹.

La filosofia manageriale del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), non è nuova per la sanità in tutti quei Paesi dove è più diffusa la cultura e la politica dell'innovazione organizzativa, del perseguimento della Qualità e della misurazione- valutazione del suo cambiamento, dell'applicazione degli approcci di Qualità Totale (TQM)² e di sistemi di accreditamento di eccellenza: gli USA, il Canada, l'Australia e la Nuova Zelanda.

In questi paesi i programmi MCQ sono sviluppati da appositi organismi nazionali, oggi impegnati anche ad esportare i propri sistemi e le proprie conoscenze in paesi terzi.

Negli USA opera dal 1911 la JCHAO (Joint Commission of Hospital Accreditation Organization) impegnata ad accreditare le strutture ospedaliere a gestione privata: a tutt'oggi ca. 5000 accreditamenti totali³; in Canada esiste da 40 anni il CCHSA (Canadian Council for Health Services Accreditation), che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale ed a livello provinciale (corrispondenti alle nostre Regioni), impegnato ad accreditare le strutture ospedaliere, i servizi distrettuali e altre tipologie di servizi territoriali: ca. 1.800 accreditamenti totali; in Australia e in Nuova Zelanda, esistono rispettivamente organismi del tipo USA e Canadese, le Joint Commission australiana e neozelandese che operano più recentemente sia per l'accREDITAMENTO degli ospedali sia di servizi territoriali⁴

¹ Si veda al proposito, P.F. Drucker, che nel suo libro "Management Challenges for the 21th Century" – Harper Business, 1999 li ha ben sintetizzati in una frase conclusiva "l'organizzazione "giusta" è quella che risponde agli obiettivi ed ai compiti dati". I principi fondamentali sono:

- organizzazione trasparente, nel senso che qualsiasi operatore deve conoscere e comprendere la sua struttura e il suo funzionamento;
- organizzazione responsabile, nel senso che per ogni determinata area deve sempre essere individuata la persona che ha la responsabilità e l'autorità di prendere la decisione finale;
- organizzazione semplificata, nel senso che ogni operatore deve rispondere ad una sola persona, secondo il vecchio detto romano che "uno schiavo che ha tre padroni è un uomo libero";
- organizzazione mista, nel senso che è altrettanto saggio, anche se non immediato e facile, utilizzare istituzionalmente i team (i gruppi di lavoro per progetti), all'interno di una stessa struttura gerarchica (team intrastrutturali) o tra più strutture (team interstrutturali). Si noti che un esempio riportato nel capitolo del libro, Management New Paradigms, a pag. 15 richiama espressamente tra tutti l'esempio dell' équipe cardiocirurgia come tipica organizzazione mista;
- organizzazione "piatta", per meglio rispondere al principio della teoria dell'informazione che "ogni livello in più raddoppia il rumore e taglia a metà il messaggio".

² Si veda Health Canada: "Quest for Quality in Canadian Health Care" – Continuous Quality Improvement – ML.Harrigan – Harrigan Consulting, 2000.

³ Per le strutture pubbliche esiste in USA un altro apposito organismo.

⁴ In internet sono reperibili le informazioni generali che descrivono storia, attività e organizzazione di tali organismi. Dette informazioni sono anche disponibili presso la SOGESS di Milano: sogess@tin.it – Riferimenti: Silvia Pellegrini, e Astrid de Carvalho.

In Europa, dove in generale appaiono più diffuse le politiche della qualità secondo gli standard ISO, sono stati perseguiti, negli ultimi anni, tra gli altri, approcci del tipo TQM e di accreditamento di eccellenza: dall'ENAES francese, dal SSN irlandese, dalla Fondazione King's Fund nel Regno Unito, dalla Fondazione A. Donebedian in Spagna e presso Regioni europee ed italiane, tra le quali il Veneto.

Il Caso Veneto

In questa Regione, come indicato nella proposta di PSSR 2002-2004, la scelta compiuta negli ultimi anni è stata quella di adottare un approccio, articolato fondamentalmente sui due livelli:

1) La regolamentazione legislativa dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale, che assieme agli standard e alle procedure relative, costituiranno gli strumenti di regolazione del sistema di erogazione dei servizi nel SSR, con pari dignità tra quelli a gestione pubblica e quelli a gestione privata. Si tratta, come indicato nel grafico della fig.1, di costruire le "fondamenta" del sistema qualità regionale che mira in sostanza al consolidamento dei sistemi di qualità nelle aziende operanti nel SSR. L'attenzione è rivolta sia alla valutazione delle richieste di autorizzazione all'apertura ed all'esercizio di attività sanitarie sia alla definizione della qualità e quantità della prestazione erogata nel tempo dai singoli soggetti del SSR.

L'accreditamento adempie alla sua funzione di orientamento del SSR e si configura come lo strumento efficace per la "regolazione" dell'entrata nel "mercato" e, affiancato dalla programmazione regionale, permette la selezione di tutti i soggetti erogatori. La loro permanenza nel sistema è finalizzata al miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria e subordinata alla compatibilità della soddisfazione appropriata dei bisogni con la sostenibilità economica.

Anche se l'ingresso nel mercato sanitario di nuovi operatori è da considerarsi elemento positivo per gli effetti sull'offerta, è ampiamente dimostrato che incrementi quali-quantitativi dell'offerta non comportano una semplice redistribuzione di quote di domanda, ma inducono di per sé nuova domanda, comportando una pressione inflazionistica sulle risorse ed alimentando, se non controllati, la non appropriatezza complessiva del sistema. Pertanto l'ingresso di nuovi operatori dovrà essere compatibile con il fabbisogno di prestazioni.

2) Sviluppare, inizialmente a titolo di sperimentazione controllata, un Programma MCQ regionale (si veda Fig. 2) articolato su più sedi, sia per diversificazione dei metodi e degli strumenti da sperimentare e sia per finalità benchmarking, ma fortemente unitario nel disegno, nell'applicazione e nella valutazione. prevede quali elementi costitutivi:

- la definizione di un metodo e di un processo MCQ da estendere al SSR;
- la definizione e il processo per il riconoscimento, la misurazione e la valutazione del cambiamento e del miglioramento (processo di accreditamento di eccellenza);
- l'adozione di strumenti e metodi di autovalutazione e di reporting;
- l'adozione di conoscenze, metodi e strumenti del tipo EBM nell'ospedale e tra i MMG (utilizzando ad esempio, i **profili di cura** informatizzati del tipo SACTM: Specifications for Acceptable CareTM);
- e la definizione e diffusione di metodi, tecniche e strumenti per il controllo a breve dei costi dei servizi e delle prestazioni.

Figura 1



Figura 2



Gli obiettivi del programma MCQ della Regione Veneto

- Individuare attentamente e concentrarsi sui processi di produzione delle prestazioni sanitarie.
- Associare ai processi e i rispettivi clienti/utenti.
- Valutare in continuo all'interno dei processi di produzione: i requisiti e le aspettative, i bisogni ed il livello e grado di risposta alle aspettative ed ai bisogni dei clienti/utenti individuati.
- Ricercare ed ottenere il coinvolgimento della leadership aziendale alla filosofia manageriale del MCQ.

- Formare culturalmente e tecnicamente i soggetti coinvolti nel processo MCQ.
- Ottenere il coinvolgimento dei soggetti (*stakeholders*) nel medio-lungo periodo, attraverso un primo approccio sperimentale di almeno 24 mesi che dimostri la fattibilità del progetto e dia visibilità alla strategia ed alle politiche scelte.

Obiettivi, problematiche e azioni dei Soggetti Erogatori

Le principali problematiche su cui il programma regionale vuole offrire soluzioni localmente efficaci, attraverso l'intervento sperimentale, sono:

- fornire una trasparente definizione della qualità dei processi sanitari e di standardizzazione – utilizzando e diffondendo, ove possibile e corretto – metodologie e strumenti EBM per le prestazioni di prevenzione (screening), diagnosi e cura e di follow-up e della valutazione dell'utilizzo delle risorse e dei costi;
- sviluppare e diffondere culturalmente e tecnicamente, nella USL di riferimento, un modello di valutazione e di misurazione del miglioramento continuo della qualità (MCQ) per i servizi sanitari, parallelo ed al di là del sistema d'accreditamento istituzionale, per puntare sul miglioramento dei processi ma soprattutto dei risultati prodotti (sistema/processo di come perseguire l'eccellenza qualitativa);
- stabilire e applicare, nella cornice più generale del processo MCQ, una sperimentazione integrata di metodi, strumenti e di sottoprocessi operativi di misurazione e di valutazione multidisciplinare della qualità definita, mediante l'applicazione e l'adozione graduale, inizialmente per alcune tipologie di servizi sanitari;
- due ospedali, Belluno e Treviso, cinque distretti socio-sanitari, Villorba, Oderzo, Belluno, Agordo e Thiene (per i servizi di assistenza domiciliare ed ambulatoriali) ed a seguire la generalizzazione futura, in caso di risultanze positive della sperimentazione:
 - di un sistema di “accreditamento di eccellenza”, secondo standard riconosciuti internazionalmente A tal fine, mediante gara internazionale. La ULSS n. 1 di Belluno ha provveduto, per conto della Regione, ad individuare il CCHSA, quale soggetto, che affiancato dalla SOGESS di Milano, garantisca metodologia, processo e strumenti personalizzati per l'accreditamento di eccellenza. Non ultimo, il CCHSA affiancherà nel modo più opportuno la Regione e i valutatori locali allo scopo di rendere la più oggettiva possibile e meno autoreferenziale la gestione applicativa nel tempo del processo di MCQ fondato sull'accreditamento volontario di eccellenza;
 - di strumenti per la standardizzazione del processo clinico, i profili di cura a gestione informatizzata a livello aziendale, utilizzando i risultati parziali maturati in Regione attraverso la sperimentazione in corso presso le AO ospedaliere ed Università di Verona e di Padova, le ULSS di Belluno (progetto ACQUAVEN) e di Feltre;
- facilitare la visibilità e la diffusione delle conoscenze e dei processi adottati a tutti i soggetti coinvolti dal SSR, allo scopo di diffondere sempre più in modo pervasivo la filosofia del miglioramento e dell'eccellenza qualitativa in sanità, quale condizione per soddisfare gli obiettivi e le attese delle Comunità locali della Regione ed anche ritrovare, strada facendo possibili alleanze con altre realtà, aziendali o regionali per confronti, scambi e valutazioni di benchmarking (ad esempio AO di Udine e ASS4 di Udine – progetto Sanofi-Synthelabo sulle tromboflebiti e trombembolie).



Il progetto di accreditamento di eccellenza di Belluno

La preparazione

A partire dai risultati di una Ricerca Sanitaria Finalizzata Regionale, realizzata negli anni 1999-2000, dall'azienda ULSS n.1 di Belluno, il cui scopo è stato, da una lato quello di portare a conoscenza del Canadian Council for Health Services Accreditation di Ottawa (CCHSA), con il supporto di Sogess di Milano, la realtà del sistema veneto e dell'ospedale di Belluno, e dall'altro quello di diffondere ad un gruppo di leader direzionali, medici, tecnici e amministrativi della ULSS 1 il metodo e il processo CCHSA.

I principali risultati della RSF sono stati:

- Giudizio positivo da parte del CCHSA sull'applicabilità del modello di accreditamento di eccellenza al SSSR del Veneto.
- Acquisizione da parte del CCHSA delle conoscenze sul SSSR del Veneto.
- Acquisizione da parte di un gruppo di dirigenti aziendali (direzionali, medici, tecnici e amministrativi) delle conoscenze sul programma di accreditamento di eccellenza del CCHSA.

La stessa ULSS 1 è stata individuata dalla Regione Veneto quale unità capofila per la sperimentazione dell'approccio MCQ e di accreditamento di eccellenza.

In particolare, dopo l'espletamento della procedura di gara europea, che ha aggiudicato a un'associazione temporanea di impresa (ATI) CCHSA e Sogess l'incarico di realizzare il progetto sperimentale di accreditamento di eccellenza, che ha avuto inizio nel settembre 2001 con un piano di lavoro di 18 mesi, articolato in 7 fasi che si concluderà con l'accREDITAMENTO dell'Ospedale di Belluno e dei due distretti di Belluno e di Agordo per i servizi ambulatoriali territoriali.

Motivazioni della scelta dell'ATI CCHSA - Sogess

- **CCHSA**
 - Organizzazione nazionale indipendente per l'accreditamento in sanità (dal 1958) riconosciuta dal Governo Canadese;
 - sistema sanitario pubblico del Canada;
 - approccio flessibile;
 - programma di accreditamento a 360°;
 - consolidata esperienza a livello internazionale, (Columbia, Brasile, Arabia Saudita, Francia, Irlanda, ecc.)
- **SOGESS**
 - 25 anni di esperienza in programmazione, organizzazione e in sistemi informativi di governo per il sistema sanitario;
 - 25 anni di collaborazione con la Regione Veneto (Piani sanitari, Relazioni socio-sanitarie e sociali, Sistemi informativi di governo)

L'Azienda ULSS n. 1, nel corso degli ultimi tre anni, si è data una politica della qualità, fondata sull'implementazione di un apposito e qualificato ufficio, nonché sull'avvio di un sistema di gestione per la qualità secondo le norme internazionali serie ISO9000, che ha portato alla certificazione di quattro servizi e altri (laboratori di analisi, servizio Immunotrasfusionale, medicina nucleare) stanno completando i sistemi di gestione e hanno l'obiettivo di ricevere la verifica di certificazione.

Nel contesto rappresentato vi sono tutti i requisiti per l'accreditamento istituzionale, previsti dalla Legge Regionale del Veneto *Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali* (L.R. 22/02), nella quale si richiede, da parte delle strutture da accreditare, l'attivazione di un sistema di gestione, valutazione e miglioramento continuo della qualità, in conformità alle norme internazionali di certificazione (art. 18). La Regione Veneto promuove, inoltre, lo sviluppo dell'accreditamento di eccellenza, inteso come riconoscimento internazionale dell'applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attuate da parte delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali (art. 21).

Obiettivi, vantaggi e ricadute del progetto

Obiettivi generali (goals)

- *Concorrere con il progetto a sviluppare una politica regionale di accreditamento di eccellenza del SSR:*
 - coerente ed integrata con la complessiva politica regionale sulla qualità le indicazioni programmatiche regionali;
 - orientata al MCQ e alla sua misurazione in termini di risultati (outcomes).
- *Definire un programma di Accredimento di Eccellenza del Servizio Sanitario Regionale nelle sue diverse componenti:*
 - Standard.
 - Processo di accreditamento.
 - Ente di accreditamento.

Obiettivi specifici (objectives)

- Realizzare a livello sperimentale tutte le componenti dell'Accreditamento di Eccellenza per i livelli di assistenza ospedaliera e distrettuale, adattando al contesto regionale il modello CCHSA
- Progettare e proporre un programma di Accreditamento di Eccellenza valido per il SSR.
- Diffondere conoscenza e cultura sulla qualità attraverso la comunicazione e la formazione.

Ricadute / vantaggi attesi

L'applicazione di un sistema di MCQ, fondato sull'accREDITamento di eccellenza (tipo CCHSA), rende baricentrici nella sperimentazione la riconversione culturale del Sistema in un'ottica multidisciplinare e privilegiando l'approccio per processi.

I vantaggi attesi da tale progetto sono:

- acquisire metodologie e strumenti per promuovere, avviare e gestire processi di MCQ;
- misurare il livello di conformità a standard di accREDITamento di eccellenza definiti attraverso una metodologia riconosciuta a livello internazionale;
- utilizzare un processo di autovalutazione che accresca la professionalità di ogni operatore e stimoli lo sviluppo dei team, promuovendo il lavoro interdisciplinare e multiprofessionale, ponendo l'attenzione all'esito dei processi;
- definire e attuare un modello organizzativo che garantisca l'efficienza interna;
- sensibilizzare e coinvolgere gli stakeholders (utenti, partner, operatori, interlocutori istituzionali, ecc.), affinché il complesso delle prestazioni erogate venga concretamente centrato sul paziente e fondato su una maggiore trasparenza.

Il Programma CCHSA - Processi per Misurare gli outcomes

Concetti alla base del programma AIM

(Achieving Improved Measurement - Anno 2000)

- *AccREDITamento di organizzazioni*
- *Miglioramento continuo della qualità basato su 4 principi:*
 - Individuazione della popolazione servita e dei suoi bisogni.
 - Valutazione di processi ed esiti dei servizi per prendere le decisioni.
 - Valutazione effettuata da team di operatori direttamente coinvolti.
 - Leadership forte.
- *Dimensioni che definiscono la qualità:*
 - Risposta ai bisogni.
 - Competenza del sistema.
 - Centralità del cliente / utente.
 - Ambiente di lavoro:
- *Salute della popolazione:*
 - Continuità dei servizi.
 - Determinanti della salute.
- *Indicatori.*

Componenti dell'accreditamento

- *Standard.*
- *Il processo di valutazione:*
 - Autovalutazione.
 - Revisione esterna tra Pari (la visita).
 - Valutatori.
 - Il processo di valutazione.
- *il Report di valutazione:*
 - Risultati.
 - Uso per migliorare la qualità.
 - Uso pubblico del report.

Gli Attori

Regione Veneto

- *Responsabile scientifico del progetto*
- *Comitato regionale*

Azienda ULSS 1 di Belluno - Capofila della sperimentazione

- *Direzione aziendale.*
- *Comitato locale.*
- *Focus group per la revisione degli standard.*
- *Team di autovalutazione.*

Aziende ULSS 9 di Treviso e 4 di Thiene - Siti pilota aggiuntivi per garantire maggiore rappresentatività

- *Comitato locale.*
- *Team di autovalutazione.*

ATI CCHSA&Sogess

Piano di Lavoro - Attività		
Attività trasversali	Responsabilità	Funzioni strumenti
GOVERNO	Regione Veneto - Comitato regionale Azienda ULSS di Belluno e ULSS di Treviso & ULSS Thiene DSS Villorba; Belluno/ Agordo; Oderzo; Thiene	Indicazioni strategiche Valutazione Controllo
COORDINAMENTO	Gruppo di Contatto locali ATI Sogess & CCHSA con Medicasa per domiciliare	Piani operativi Monitoraggio Report
COMUNICAZIONE	Regione Veneto Aziende ULSS Gruppi di Contatto locali	Presentazioni pubbliche Sito INTERNET Media / newsletter / etc
FORMAZIONE	ATI CCHSA&Sogess	Corsi /Esercitazioni

Fasi	Responsabilità	Tempi
DEFINIZIONE STANDARD PILOTA	Focus Group ATI CCHSA & Sogess	Mese 6 (apr-mag 2002)
AUTOVALUTAZIONE	Team di autovalutazione	Mesi 8 -12 (giu-ott. 2002)
VISITA VALUTATORI ESTERNI (PEER REVIEW) E RAPPORTO	Team di autovalutazione Valutatori esterni (surveyor)	Mese 15 (genn.2003)
PROPOSTA MODELLO DI ACCREDITAMENTO REGIONALE PER OSPEDALI & DISTRETTI	Focus Group Team di autovalutazione Valutatori esterni (surveyor) Gruppo di Contatto ATI CCHSA & Sogess	Mesi 16-18 (feb-apr.2003)

Attività preliminari e trasversali:

- Costituzione comitati regionale e locale.
- Definizione Piano di Comunicazione.
- Definizione Piano di Formazione.

Definizione di standard pilota

a) Revisione degli standard CCHSA

- Per la revisione degli standard relativi alle funzioni assistenziali ospedaliere e alle funzioni trasversali (direzione, e servizi di supporto) sono stati individuati e costituiti 10 Focus Group di esperti locali (80 persone).
- I componenti dei Focus Group hanno partecipato ad una sessione di formazione di un giorno e a 1-2 incontri di feed-back per ogni Focus Group finalizzate a raccogliere osservazioni e proposte di integrazione e modifica degli standard per adattarli alla realtà normativa, organizzativa ed operativa regionale e locale.

b) Approvazione degli standard pilota da parte del CCHSA

Dopo l'esame puntuale da parte di esperti del CCHSA di tutte le modifiche ed integrazioni proposte al fine di verificarne la compatibilità e la coerenza con i principi e i concetti alla base del Programma AIM, sono stati approvati gli standard pilota per il Veneto.

A titolo di esempio si allegano gli standard relativi all'area Leadership & Partnership.

Selezione e formazione dei valutatori veneti

a) Selezione iniziale

Per il progetto nel suo complesso sono stati selezionati a cura dell'ARSS, con il supporto metodologico dell'ATI CCHSA&Sogess, 16 candidati valutatori, di cui 4 appartenenti all'Azienda ULSS n. 1 Belluno.

b) Orientamento e training iniziale

Sono state realizzate 2 sessioni di orientamento per un totale di 6 giornate aula (5-8 maggio e 17-18 ottobre 2003). I candidati valutatori hanno poi seguito un programma di addestramento pratico partecipando in qualità di osservatori o con affiancamento attivo ai valutatori CCHSA alle visite di accreditamento (simulate o pilota) condotte nell'ambito del progetto sperimentale.

Punti di Forza

- Elevati livelli di soddisfazione sulle sessioni di orientamento.
- 8 candidati con elevato potenziale di valutatore.
- Addestramento sul campo utile per comprendere meglio il Programma AIM nel complesso.
- Ottimi livelli di preparazione, motivazione ed impegno dei candidati valutatori italiani.

Aree di miglioramento

- Coinvolgimento dei valutatori italiani in tutte le fasi della visita.
- Maggiore familiarità ed utilizzo del SW per i valutatori.
- Pool stabile di valutatori CCHSA per il Veneto.
- Evitare che la valutazione sia influenzata da conflitto di interessi.

Raccomandazioni CCHSA

- Si raccomanda alla Regione Veneto - ARSS di fornire ai candidati valutatori italiani un più intenso ed articolato orientamento e addestramento sul campo, programmando tempi adeguati da dedicare a queste attività. È inoltre essenziale mantenere alto l'interesse dei valutatori italiani, soprattutto di quelli che si sono dimostrati maggiormente preparati e adatti al ruolo, coinvolgendoli negli interventi di formazione ed addestramento e nello sviluppo di nuovi progetti e assicurando loro che la Regione intende sviluppare un sistema consolidato per costituire un pool di valutatori italiani di qualità.
- Si raccomanda alla Regione Veneto - ARSS di adottare i provvedimenti necessari per assicurare obiettività ed autorevolezza nella valutazione delle organizzazioni che chiedono l'accreditamento di eccellenza, evitando che sia influenzata da conflitti di interessi o accordi.

La terzietà di giudizio da parte di pari autorevoli è, infatti, elemento caratterizzante imprescindibile per dare credibilità all'intero programma di accreditamento di eccellenza.

Sperimentazione del processo di accreditamento – Preparazione.

In preparazione della sperimentazione nel sito pilota dell'ospedale di Belluno sono state realizzate le seguenti principali attività:

- Presentazione pubblica del Progetto sperimentale regionale il 15 febbraio 2002 (150 partecipanti circa).
- Nomina del Coordinatore del processo di accreditamento.
- Definizione del Percorso critico del processo di accreditamento.
- Individuazione dei team di per l'autovalutazione e relativi team leader e componenti del core group e loro costituzione formale. Per l'Ospedale di Belluno sono stati costituiti 8 team per le funzioni assistenziali e 4 team per le funzioni trasversali (Leadership e partnership e funzioni di supporto: Risorse umane, Ambiente, Gestione informazioni) per un totale di 12 team e 95 componenti.
- Formazione del coordinatore, dei team leader e dei componenti dei team di autovalutazione.

Sono state realizzate:

- 1 sessione iniziale di 1,5 giorni aula per un totale di 85 partecipanti (19-20 giugno 2002).
- 1 sessione di recupero di 0,5 giorni per un totale di 20 partecipanti (7 agosto 2002).
- 1 sessione integrativa di 0,5 giorni sul tema degli indicatori per un totale di 42 partecipanti (23 ottobre 2002).

Sperimentazione del processo di accreditamento - AUTOVALUTAZIONE

L'autovalutazione è stata la fase della sperimentazione del processo di accreditamento che ha richiesto il maggior impegno di risorse. In particolare, nel sito pilota dell'Ospedale di Belluno, il processo di autovalutazione ha avuto una durata di 9 mesi, inclusa la revisione con il supporto di un rappresentante dell'ATI CCHSA&Sogess, cui vanno aggiunti 2 mesi per la traduzione dei documenti di autovalutazione da inviare al CCHSA. Nel complesso si è stimato un impegno di 740 giornate/uomo, pari a 37 mesi/uomo.

Il valore dell'autovalutazione è il dato più significativo che emerge con evidenza da tutti gli elementi di valutazione ricavati con strumenti di rilevazione diversi (questionari ai coordinatori e ai team di autovalutazione, feedback dei valutatori CCHSA e dei candidati valutatori italiani, riunioni dei Gruppi di coordinamento, riunione con il Vice Direttore CCHSA sul Report di accreditamento per il sito pilota relativo all'assistenza domiciliare, commenti dei componenti dei team di autovalutazione che hanno partecipato alle interviste durante le visite, etc.). Considerando il notevole impegno che è stato richiesto ai componenti dei team per l'attività di autovalutazione, cui hanno dedicato spesso anche tempo al di fuori dell'orario di lavoro, si può affermare che l'autovalutazione rappresenta il vero valore aggiunto del processo di accreditamento.

Il giudizio unanime di tutti gli attori è che l'autovalutazione rappresenta un potente strumento che promuove:

- la comunicazione, la crescita e lo sviluppo professionale del personale;
- lo sviluppo organizzativo promuovendo l'interdisciplinarietà e l'intersettorialità;
- lo sviluppo del senso di appartenenza all'organizzazione;
- la partecipazione alle decisioni aziendali.

Sperimentazione del processo di accreditamento – VISITA (PEER REVIEW)

Nell'ambito del complessivo Progetto sperimentate regionale le visite si sono svolte secondo due modelli diversi:

- Visita simulata (Mock Survey) per i siti pilota dell'Ospedale di Belluno e dell'Assistenza Domiciliare di Treviso. Scopo principale della visita simulata è aumentare nelle organizzazioni la consapevolezza e la sicurezza di se nei confronti del programma di accreditamento. La visita simulata si focalizza più sul processo che sulla valutazione puntuale della conformità ai singoli criteri sulla base dei contenuti dei documenti di autovalutazione e dei riscontri durante la visita.
- Visita pilota (Pilot survey) per il sito pilota dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso. In questo modello, allo scopo della visita simulata si aggiunge quello di valutare, monitorare e documentare i risultati della visita di accreditamento. La visita pilota è del tutto paragonabile alla visita reale, tranne che non viene attribuito lo stato di accreditamento.

La decisione in merito al modello di visita adottato è il risultato di un'evoluzione graduale nel processo di sviluppo di un programma di accreditamento.

Il Progetto sperimentale regionale prevedeva che la principale focalizzazione delle attività della sperimentazione fosse la valutazione da parte delle organizzazioni della adeguatezza, della rilevanza e della rappresentatività culturale degli standard e dell'appropriatezza del processo della visita.

A tal fine l'ATI CCHSA & SOGESS ha proposto ed adottato un approccio formativo e di sviluppo organizzativo.

La visita simulata realizzata sia per l'Ospedale di Belluno sia per l'Assistenza Domiciliare dei Distretti di Oderzo e Villorba risponde a quanto previsto dal Progetto regionale.

L'ATI CCHSA & SOGESS, a seguito del giudizio positivo sulla esperienza realizzata presso l'Ospedale San Martino di Belluno, ha deciso di dare un valore aggiunto al processo realizzando la visita pilota per l'Ospedale di Treviso.

Complessivamente, la visita al sito pilota dell'Ospedale di Belluno è durata 5 giorni (15-19 giugno 2003) così articolati:

- il primo giorno dedicato in parte all'incontro preliminare di informazione dei valutatori CCHSA sul Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, sull'Azienda ULSS e sul sito pilota interessati ed in parte alla riunione di lavoro fra valutatori CCHSA e candidati valutatori italiani in preparazione della visita;
- i successivi 3 giorni dedicati alle attività finalizzate alla verifica delle informazioni contenute nei documenti di autovalutazione e alla raccolta di informazioni supplementari, attraverso:
 - interviste ai team di autovalutazione;
 - giri nei reparti con esame delle cartelle cliniche;
 - colloqui individuali con i pazienti;
 - incontri con i focus group dei partner, del personale dipendente e dei clienti/utenti;
 - visite ai servizi diagnostici e farmaceutico;
 - esame della documentazione;
- l'ultimo giorno riservato a:
 - preparazione e realizzazione del Debriefing finale con tutto il personale disponibile, in cui i valutatori CCHSA hanno fornito il feedback sui riscontri più significativi effettuati nel corso della visita, compresi i commenti sul suo svolgimento;
 - messa a punto del documento da inviare al CCHSA per l'elaborazione del Report di accreditamento.

La visita è stata condotta da 3 valutatori CCHSA (1 dirigente amministrativo, 1 dirigente medico e 1 dirigente infermieristico) affiancati attivamente da 3 candidati valutatori veneti (1 direttore sanitario e 2 dirigenti infermieristici). Altri 2 candidati valutatori veneti (responsabili della qualità) hanno partecipato alla visita in qualità di osservatori.

Punti di Forza

- Migliore comprensione del processo di accreditamento in tutte le sue componenti.
- Approccio non ispettivo dei valutatori CCHSA e loro competenza, obiettività e disponibilità.
- Entusiasmo, onestà, preparazione dei team di autovalutazione.
- Utile per prepararsi ad una visita reale

Aree di Miglioramento

- Maggiore chiarezza su scopo, processi e risultati della visita simulata.
- Riconsiderare tempi, carico di lavoro, ruolo dei valutatori italiani.
- Debriefing finale più adatto alla cultura italiana.

Sperimentazione del processo di accreditamento – Elaborare e ricevere il Report di Accreditemento

Sulla base delle informazioni ricevute dai valutatori CCHSA sui risultati delle visite, il CCHSA ha proceduto alla elaborazione dei Report di accreditamento per i tre siti pilota.

Il processo di elaborazione ha richiesto tempi ed impegno diversi in funzione dell'utilizzo o meno del software per la registrazione delle informazioni durante la visita.

Il rapporto dei valutatori CCHSA relativo alla visita simulata all'Ospedale San Martino di Belluno è pervenuto al CCHSA in forma poco strutturata, in quanto i valutatori hanno utilizzato formati diversi per la presentazione delle informazioni e inoltre mancavano informazioni di sintesi. La elaborazione del relativo Report ha richiesto quindi uno sforzo notevole da parte del CCHSA, che ha provveduto a riorganizzare le informazioni in una forma omogenea e a produrre le sintesi.

Il Report tradotto in italiano è stato consegnato alla Direzione aziendale in ottobre 2003. I contenuti dei Report di accreditamento per questo sito pilota, coerentemente con le finalità della visita simulata, sono di tipo esclusivamente qualitativo e focalizzati più su rilevanza ed applicabilità degli standard e sul processo della visita, che sulla valutazione a livello di singolo criterio. Va comunque detto che il CCHSA è stato in grado di produrre un report che contiene anche riscontri (a livello dell'organizzazione e dei singoli team) e raccomandazioni e indica il livello di preparazione delle organizzazioni per una visita reale di accreditamento da parte del CCHSA.

La sintesi dei riscontri riportata nel Report è la seguente:

“La visita è stata un’esperienza estremamente positiva. Ci sono molti esempi di buona sanità con una centralità sul cliente. L’organizzazione è anche ben radicata nel territorio ed è recettiva nei confronti della comunità. Al fine di soddisfare gli standard, è necessario formalizzare la struttura del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ). Lo stesso vale per alcune delle aree di rischio, come la pianificazione antincendio e maxiemergenza. Le problematiche inerenti alla Prevenzione e Protezione sembrano ben monitorate, specie perché vincolate dalla normativa. Le varie misure di protezione e sicurezza sono controllate da soggetti preposti piuttosto che tramite un approccio di team più globale di concerto con i sindacati e la direzione.

Tutti i team hanno dimostrato apertura e disponibilità a partecipare, senza atteggiamenti difensivi e con una prontezza a dialogare e a ricevere un feedback. Tutti i team sono desiderosi di partecipare e di passare alle fasi successive dell’accreditamento. Tuttavia, trattandosi di un’organizzazione monocratica, vi è un approccio gestionale top-down. I team multidisciplinari, consolidandosi nel tempo, cercheranno di ottenere più poteri nell’ambito di una struttura delegata con un mandato preciso.

Infine, si può concludere che con il perfezionamento della misurazione delle performance in tutta l’organizzazione nell’ambito delle attività di Miglioramento Continuo della Qualità, con l’implementazione di processi di gestione del rischio come le simulazioni, la pianifica-

zione delle maxiemergenze e le relative esercitazioni e azioni conseguenti, e con un'attenzione continua alle questioni etiche e alla responsabilizzazione del cliente/utente, lo stato di preparazione all'accreditamento è elevato. L'Ospedale di Belluno dovrebbe cominciare sin d'ora a prepararsi alla sua prima visita effettiva di accreditamento e a sviluppare la logistica e i piani tattici per far sì che l'accreditamento diventi una realtà. Si suggerisce di sviluppare piani d'azione mirati”.

Nel Report per ogni singolo team sono poi indicati:

- principali punti di forza;
- principali aree di miglioramento;
- da 3 a 5 raccomandazioni.

L'Ufficio Qualità dell'Azienda ULSS di Belluno ha fornito un feedback in cui si sottolineano alcuni punti critici del Report rispetto alle aspettative dei team, fra cui:

- La mancata attribuzione del punteggio a livello di singolo criterio da parte dei valutatori CCHSA non consente di confrontare i punteggi attribuiti dal team con quelli dei valutatori, da una parte, e con quelli degli altri team, dall'altra.
- L'assenza della valutazione del rischio per le raccomandazioni presenti nel Report non fornisce indicazioni chiare sulle aree prioritarie da affrontare.
- Dal Report non si ricavano indicazioni sul possibile stato di accreditamento.

Le aspettative espresse dai team sono il segnale di una insufficiente informazione e comunicazione nei loro confronti su finalità e risultati attesi dalla sperimentazione nel suo complesso e dalla visita simulata in particolare.

Sperimentazione del processo di accreditamento – Raccomandazioni CCHSA

A) Si raccomanda alla Regione - ARSS di programmare e realizzare un percorso formativo per coordinatori e componenti dei team di autovalutazione più intenso ed articolato nel tempo sul quadro di riferimento concettuale del programma di accreditamento di eccellenza che ha portato alla definizione degli standard e sulla interpretazione ed applicazione degli stessi nello specifico contesto istituzionale, organizzativo e operativo.

Si raccomanda inoltre alle organizzazioni di fornire un supporto continuo ai team durante il processo di autovalutazione per facilitare la comprensione e l'interpretazione degli standard, pur salvaguardando la loro crescita autonoma.

B) Si raccomanda alla Regione - ARSS di mettere in atto interventi di formazione e di addestramento in modo che le organizzazioni locali possano fornire assistenza ai team nella elaborazione dei documenti di autovalutazione, in particolare in materia di interpretazione degli standard, selezione e sviluppo degli indicatori, misure della performance, scala di punteggio, conformità e Miglioramento Continuo della Qualità.

Si raccomanda in particolare di esaminare utilizzo e interpretazione della scala di punteggio all'interno dei documenti di autovalutazione e di offrire addestramento supplementare, se necessario.

C) Si raccomanda ai coordinatori di definire un Percorso critico del processo di accreditamento che, anche sulla base dell'esperienza maturata nel corso del Progetto sperimentale regionale, assicuri che tutte le informazioni necessarie siano rese disponibili ai valutatori CCHSA in tempo utile.

- D) Si raccomanda alla Regione - ARSS di adottare il software collegato al Programma AIM e di fornire addestramento pratico sul suo utilizzo da parte dei componenti dei team di autovalutazione e dei candidati valutatori italiani.
- E) Si raccomanda alle organizzazioni che intraprendono un percorso di accreditamento di porre attenzione particolare alla scelta del coordinatore del processo di accreditamento, indicando fra le caratteristiche cruciali quella della leadership, che può derivare solo da una forte e chiara investitura da parte della Direzione aziendale, e della disponibilità di tempo da dedicare all'attività di coordinamento.

Ulteriori aspetti specifici del progetto

Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie finalizzate sono state rese disponibili dalla Regione Veneto su apposito capitolo per l'accREDITAMENTO del SSR, nonché attraverso lo strumento della Ricerca Sanitaria Finalizzata n. 910/06/99, per un importo complessivo pari a ca. 1.000.000 di euro. L'azienda fornisce il supporto logistico e proprio know-how organizzativo oltre a garantire l'apporto professionale degli operatori dell'Ospedale e dello staff Direzionale.

Utilizzo nuove tecnologie

Le tecnologie innovative sono rappresentate da:

- il sistema degli standard CCHSA rivisti e validati;
- il processo e le procedure dell'autovalutazione e della visita di accreditamento;
- il sistema e le regole del reporting finale;
- I profili di cura informatizzati (del tipo SAC TM/PCA- profili di cura aziendali).

Comunicazione interna

La comunicazione interna, estesa anche ai MMG, è stata curata come segue:

- riunione periodiche plenarie di presentazione generale e progress del progetto;
- riunioni mirate a gruppi di portatori con peculiarità di coinvolgimento nel progetto;
- creazione di siti internet locali;
- diffusione di una newsletter periodica agli operatori.

Formazione personale

Le azioni di formazione, condotte direttamente da personale qualificato del CCHSA, in tema di accreditamento di eccellenza, (definizione di differenti modelli organizzativi, metodologie TQM e MCQ, definizione e applicazione di standard), sono state:

- Quality week per i gruppi di contatto locali(compresa la leadership);
- Corso di formazione per tutti componenti dei focus group e gruppo di contatto (80 unità);
- sessioni di feedback condotte da CCHSA e rivolte ai differenti focus group per la definizione degli standard local;
- corso per i gruppi di autovalutazione (altri 80 operatori ca., diversi dai focus group);
- corsi per i valutatori regionali.

Incentivazione

La Direzione aziendale concerterà con le O.O.S.S. delle aree dirigenza e comparto l'ipotesi di destinare una quota dello stipendio di risultato alla realizzazione del progetto.

Comunicazione/partecipazione

Il sistema CCHSA è orientato al paziente ed alla partecipazione degli stakeholders del SSR. Oltre alla partecipazione e al coinvolgimento dei MMG nei gruppi di contatto, verranno coinvolti, non appena il sistema di standard "veneto" sarà pronto, anche le conferenze dei sindaci e le associazioni che si interrelano con la ULSS. L'attività dei siti internet prevede anche sezioni per la comunicazione interattiva con la cittadinanza e/o rappresentanze di essa. Si intende, inoltre, fare opera di divulgazione tra gli utenti utilizzando gli strumenti di comunicazione di massa locali.

Benchmark

Il progetto si basa sulla comparazione dei metodi e degli strumenti e del loro utilizzo e dell'applicazione, in almeno due luoghi / siti pilota, ai fini di comparare le risultanze e le valutazioni dei risultati:

- il loro grado di accettabilità;
- il livello di efficacia;
- le modifiche organizzative.

La filosofia e la prassi del benchmark è quindi insita nell'organizzazione del progetto stesso.

Sostenibilità organizzativa

Essa è fondata su:

- 1) la costante presenza e il diretto supporto delle leadership della ULSS1, dell'ospedale, nonché della regione;
- 2) il coinvolgimento sistematico del gruppo di contatto;
- 3) la costante partecipazione della responsabile dei servizi Qualità aziendale al progetto per l'integrazione dello stesso con le altre iniziative, esempio tipo ISO 9000, come parte del processo di accreditamento istituzionale;
- 4) il counselling costante del CCHSA e Sogess;
- 5) la partecipazione trasversale del sistema con particolare riferimento ai focus group e ai team di autovalutazione;
- 6) la disponibilità di finanziamenti garantiti.

Hanno collaborato:

N. Gianotti – M. Axerio - SOGESS srl Milano

B. Taylor - CCHSA -Ottawa

ALLEGATO 1: standard relativi all'area Leadership & Partnership

LEADERSHIP & PARTNERSHIP

PREMESSA

Gli standard relativi a Leadership e Partnership permettono ad una organizzazione di misurare e valutare le proprie attività nelle aree della direzione e della gestione.

Gli standard sono suddivisi nelle seguenti sottosezioni:

INDIVIDUARE E RISPONDERE AI BISOGNI

Si riferisce a raccolta e *utilizzo* delle informazioni sulla popolazione servita dalla organizzazione. Standard n.: 1 L'organizzazione anticipa e risponde ai cambiamenti dello stato di salute e dei bisogni della comunità.

MANTENERE BUONI RAPPORTI CON LA COMUNITÀ

Si riferisce a relazioni e partnership esterne alla organizzazione.

Standard n.:

- 1.0 L'organizzazione stabilisce ampie e significative alleanze e partnership con le altre organizzazioni e con la comunità.
- 2.0 Direzione, generale e di struttura operativa / presidio, e dirigenti promuovono, supportano e partecipano allo sviluppo del benessere psicofisico della comunità.

RISPONDERE AL MANDATO DELL'ORGANIZZAZIONE

Si riferisce alla missione statutaria indicata nel redigendo atto aziendale ed agli obiettivi del Direttore Generale assegnati dalla Regione.

Standard n.:

- 3.0 Le linee strategiche dell'attività aziendale vengono definite dal governo regionale e quelle programmatiche dalla Regione, dalla Conferenza dei Sindaci e dalla Conferenza Regionale dei Sindaci

GARANTIRE VISIBILITÀ E MISURABILITÀ A TUTTI I SOGGETTI INTERESSATI (STAKEHOLDERS)

Si riferisce al governo dell'organizzazione, agli strumenti di budget, intesi come programmazione economica e dei volumi di attività, ai piani attuativi aziendali, agli obiettivi delle unità operative ed agli obiettivi di qualità.

Standard n.:

- 4.0 L'organizzazione è governata con efficienza attraverso gli strumenti del governo clinico ed i processi di qualità e di misurazione dell'efficacia in termini di costi/benefici attraverso gli strumenti contabili.

ETICITÀ DEL COMPORTEMENTO

Si riferisce a valori ed etica dell'organizzazione di rispetto dei processi in cui si sacrifica la logica egocentrica del singolo professionista per una logica di interprofessionalità e multidisciplinarietà "from peer to peer".

Standard n.:

- 5.0 L'organizzazione fornisce i propri servizi e prende le decisioni in accordo con i valori stabiliti dal governo regionale e con il proprio codice etico o con altri codici etici riconosciuti.

VISION AZIENDALE

Si riferisce a programmazione strategica, vision, obiettivi e allocazione delle risorse.

Standard n.:

- 6.0 L'organizzazione ha obiettivi quantitativi e qualitativi definiti nel tempo con lo scopo di attivare ogni risorsa e processo per il raggiungimento dei risultati.
- 7.0 Risorse umane, finanziarie e strutturali sono allocate in modo appropriato all'interno dell'organizzazione.

GESTIRE LE VARIE TIPOLOGIE DI RISCHIO ECONOMICO, DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI E DI SICUREZZA AMBIENTALE

Si riferisce a prevenzione e gestione dei rischi, ai budget e all'acquisto di servizi da terzi.

Standard n.:

- 8.0 Direzione, generale e di struttura operativa / presidio, e operatori sanitari operano per prevenire e gestire i rischi all'interno dell'organizzazione.
- 9.0 Le risorse finanziarie dell'azienda sono predeterminate e l'attività deve essere governata secondo le risorse disponibili con verifica sistematica tra impegno e corrispondente disponibilità.
- 10.0 Le attività esternalizzate e convenzionate vengono regolate da appalti e verificate nei termini e negli impegni contrattuali assunti.

PROMUOVERE UN'ORGANIZZAZIONE CHE FAVORISCA LA FORMAZIONE CONTINUA / MANTENERE UN AMBIENTE FAVOREVOLE AL CAMBIAMENTO

Si riferisce a miglioramento della qualità e ricerca.

Standard n.:

- 11.0 L'organizzazione ha un modello definito e coordinato di miglioramento della qualità che ne consente il monitoraggio e di valutare e migliorare la qualità in modo continuo.
- 12.0 L'organizzazione adotta metodologie di lavoro orientate all'EBM al fine di migliorare appropriatezza e performance dell'organizzazione.

L'ORGANIZZAZIONE OPERA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO ED IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E REGIONALI

Si riferisce all'importanza di raggiungere i migliori risultati possibili.

Standard n.:

- 14.0 L'organizzazione opera per il conseguimento dei migliori risultati di performance economica ed esiti di processo aziendale assistenziali.

Il sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie toscane

S. Nuti

Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese.

Direttore del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

(Una versione precedente è in fase di pubblicazione nel testo "Il Balanced Scorecard in Sanità" a cura di Stefano Baraldi, Ed. Mc Graw Hill)

1. Introduzione

Negli ultimi venti anni sono stati introdotti in bibliografia molti sistemi di valutazione della performance multidimensionale (Lynch - Cross, 1991; AA.VV., 1991; Kaplan - Norton, 1992; Lewis, 1999) diversi tra loro. Tra questi, il sistema che sicuramente ha avuto maggiore diffusione è il *Balanced Scorecard* (BSC) che, pur se disegnato per le realtà imprenditoriali orientate al profitto, può essere efficacemente applicato anche alle realtà pubbliche che erogano servizi di pubblica utilità, come evidenziato da Kaplan e Norton nel 2000 e 2001. Fondamentale è che esistano relazioni di causa ed effetto tra le misure di processo e quelle di risultato. Per il settore pubblico, in genere, la proposta dei due autori (Kaplan e Norton) è di modificare ed adattare le dimensioni di valutazione della performance e di sostituire ad esempio la prospettiva finanziaria con i risultati per il cittadino o per l'utilizzatore finale.

Il focus dei risultati di *outcome* del BSC dovrebbe essere collegato alla missione dell'istituzione *non profit* pubblica in oggetto, ossia, nel caso della sanità, al miglioramento dei livelli di salute della popolazione (Chang - Lin - Northcott, 2002). Se nel caso delle aziende private, infatti, l'obiettivo perseguito dai manager e monitorato con il BSC è quello di massimizzare il valore per l'azionista, nel caso di un sistema sanitario regionale l'obiettivo fondamentale che accomuna più *stakeholder* del sistema - quali i cittadini ed i politici - è il miglioramento della salute della popolazione. Per perseguire questo obiettivo, nel sistema di valutazione della performance si possono considerare ulteriori dimensioni relative ai processi e agli *output* realizzati che agiscono quali fattori determinanti e che coinvolgono altri soggetti quali i manager e i professionisti (medici ed operatori sanitari in genere).

Per essere un efficace strumento di governo strategico il BSC dovrebbe considerare le misure finanziarie e non in una logica di relazione causale, in modo da evidenziare che dalla gestione dei processi si ottengono *output* capaci di migliorare gli *outcome* finali (Kaplan - Norton, 1996, 2000, 2001; Pursglove - Simpson, 2000). Pur se il settore sanitario appare particolarmente complesso, il BSC con tali caratteristiche appare applicabile sia a livello aziendale che a livello di sistema regionale, là dove esista una politica con chiari obiettivi strategici di orientamento del sistema pubblico. Così in Gran Bretagna è stato introdotto, quale strumento strategico per il governo della performance del sistema sanitario pubblico, il PAF (Performance Assessment Framework) che, come il BSC, ha come assunzione di fondo il collegamento causale tra *input*, processi, *output* e *outcome*. Il governo inglese spiega così la scelta delle dimensioni presenti e monitorate nel PAF: "dall'analisi dello stato di salute delle diverse comunità della nostra popolazione (stato di salute iniziale), abbiamo bisogno di assicurarci che ogni persona che abbia bisogno di assistenza e cura (equità di accesso) riceva una risposta appropriata ed efficace (erogazione efficace), of-

frendo un servizio di alto valore aggiunto (efficienza), con la massima sensibilità e cura possibile (esperienza del paziente/utente), così da perseguire buoni risultati di *outcome* clinici (*outcome* clinici) e di massimizzare il contributo al miglioramento dello stato di salute della popolazione (miglioramento dello stato di salute iniziale)” (NHS Executive, 1999). La Regione Toscana ha inteso introdurre, con il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo siano monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e con le misure di processo ritenute fondamentali per perseguire i miglioramenti in termini di *outcome*. La Toscana intende utilizzare questo strumento per misurare la capacità della singola azienda sanitaria di essere strategicamente efficace, sia rispetto al territorio in cui opera sia nell’ambito del sistema regionale in cui è inserita. Pur se il campo di applicazione supera la dimensione aziendale e si estende a tutte le realtà aziendali della regione, il suo ruolo può essere paragonabile al sistema BSC in quanto si propone di essere uno strumento sistematico e coordinato di gestione strategica, non a livello aziendale ma nell’ambito del sistema sanitario regionale. Nei contesti regionali in cui esiste una politica integrata per la gestione dei servizi di pubblica utilità che veda un ruolo di programmazione e di controllo forte del soggetto pubblico a garanzia del cittadino, questa tipologia di strumenti per la valutazione della performance appare utile ed efficace anche nella dimensione sovraziendale, come mezzo per verificare l’efficacia degli orientamenti strategici regionali da un lato e dall’altro per monitorare la capacità delle aziende che compongono il sistema regionale di svolgere il proprio ruolo e di rispondere alle attese locali.

2. Il ruolo della valutazione per le aziende sanitarie toscane

Nel Piano sanitario regionale 2002-2004 la Regione Toscana indica quali sono gli obiettivi, i valori ed i principi operativi del modello toscano di sanità. Tra questi, sicuramente irrinunciabili il principio dell’universalità e della programmazione, il primo inteso come equità di accesso, ovvero che a tutti i cittadini, indipendentemente dalla classe sociale di appartenenza, sia garantito l’accessibilità al Servizio sanitario regionale e alle sue prestazioni.

La programmazione è ritenuta fondamentale per ottenere la corrispondenza tra i bisogni dei cittadini e la tipologia, la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l’appropriatezza dei servizi.

In termini strutturali il Piano sanitario regionale introduce tre novità importanti:

- l’attivazione dei Piani integrati di salute, ossia di strumenti compositi di coordinamento di progetti promossi e realizzati dai servizi sanitari territoriali in collaborazione con gli enti locali e l’Arpat (Agenzia Regionale per la Protezione dell’Ambiente e del Territorio)
- la sperimentazione delle Società della salute come modalità di gestione e governo della domanda di servizi sanitari e modalità di collaborazione e coordinamento sul territorio tra enti locali ed aziende sanitarie;
- l’attivazione della concertazione a livello di Area Vasta, ossia il coordinamento dell’azione delle aziende sanitarie toscane intorno alle tre aziende ospedaliere universitarie di Pisa, Firenze e Siena, soprattutto nella costruzione della rete ospedaliera per evitare duplicazioni di servizi e per garantire percorsi assistenziali integrati adeguati.

Il successo di queste tre rilevanti innovazioni rimane nelle mani dei soggetti fondamentali del sistema sanitario toscano, ossia le aziende. Il loro ruolo, che in prima battuta po-

trebbe sembrare svuotato di funzioni a favore dell'Area Vasta e delle società della salute, in realtà diventa ancor più strategico ed essenziale. Solo le aziende, infatti, possono garantire l'innovazione del sistema e al tempo stesso il presidio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi. Esse rappresentano gli anelli portanti nella catena del valore del servizio sanitario toscano. Ad esse viene chiesto di eccellere come aziende puntando sulla soddisfazione degli utenti, operando in una logica nuova, collaborativa e non competitiva. Sono le aziende che, forti dei risultati gestionali fino ad oggi ottenuti, possono garantire la tenuta del sistema e la capacità da un lato di aprirsi all'ascolto vero della domanda mediante le società della salute, dall'altro di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza mediante i processi di integrazione a livello di Area Vasta, tesi ad ottenere economie di scala, evitare duplicazioni di investimenti, garantire la continuità assistenziale nei percorsi di cura complessi.

In questo contesto, per supportare, valutare e valorizzare l'azione delle aziende, la Regione Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un sistema per monitorarne la performance, ipotizzando la misurazione di molteplici variabili rilevanti nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

La Regione Toscana ha dedicato, infatti, negli ultimi anni grande attenzione al tema della valutazione nel settore sanità, sia rispetto alla qualità dei servizi erogati ai cittadini, sia in riferimento alle modalità organizzative adottate a livello di sistema regionale. Anche a tale scopo è stata costituita l'Agenzia sanitaria regionale e, all'interno del dipartimento per il Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, è stato attivato l'Osservatorio Costi. Grazie alla loro attività e allo sviluppo del sistema informativo regionale, che raccoglie sistematicamente una grande quantità di dati ed informazioni inviati dalle aziende sanitarie con flussi informativi standardizzati, la Regione Toscana già da anni ha avuto a disposizione moltissime informazioni. Questa grande mole di informazioni e dati spesso però non è stata adeguatamente utilizzata per molteplici ragioni, tra cui la frequente carenza di sintesi nella loro rappresentazione, la scarsa accessibilità e prontezza delle informazioni rispetto ai processi decisionali per i quali potevano essere utili, il taglio spesso non adeguato rispetto alle dimensioni rilevanti per il management aziendale. In questo contesto si è sviluppata l'ipotesi di progettare ed implementare un sistema di valutazione e valorizzazione dei risultati delle aziende sanitarie toscane che potesse essere uno strumento di lavoro e di gestione sia per il management aziendale sia per l'assessorato ed il dipartimento regionale. In un sistema sanitario come quello toscano che punta più alla cooperazione tra gli attori del sistema che alla competizione, è stato importante, infatti, pianificare e sviluppare un sistema condiviso tra le aziende e tra queste e la Regione, che fosse trasparente e chiaro nel metodo e nelle finalità, capace di monitorare non solo la capacità delle aziende a permanere in condizioni di equilibrio economico finanziario, ma anche di perseguire gli obiettivi strategici definiti a livello di sistema sanitario regionale. A tal fine, quindi, è stato importante prevedere un sistema capace di considerare altre tipologie di risultati, significativi per perseguire gli obiettivi di miglioramento dello stato di salute e di benessere dei cittadini, quali ad esempio la qualità dei servizi erogati e la capacità di soddisfare i cittadini. Il progetto quindi, fin dal suo primo avvio, è stato vissuto come una sfida per tutto il sistema regionale, non come uno strumento per dare il "voto" al management e alle aziende, ma come un'opportunità per poter capire, crescere ed apprendere, un mezzo a dis-

posizione della Regione, ma anche del management aziendale, per supportare il governo del sistema sanitario nel suo complesso ma anche nelle sue specifiche unità di erogazione, una modalità per valorizzare ciò che vale perché eccellente e per migliorare ciò che i numeri indicano come area di criticità e di debolezza.

3. La creazione del consenso a livello regionale

Con queste premesse nel 2001 la Regione Toscana, con decreto n. 7425, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna¹ l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità di un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Successivamente, con decreto n. 3065/2003, ha affidato la realizzazione del progetto alla Scuola Sant'Anna selezionando quattro aziende sanitarie in cui avviare la sperimentazione ossia l'Azienda USL 3 di Pistoia, l'Azienda USL 5 di Pisa, l'Azienda USL 8 di Arezzo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Sono state scelte le aziende sanitarie suddette perché:

- sono rappresentative delle tre aree vaste toscane;
- sono simili in termini di dimensioni e tipologia di servizi offerti²;
- la Ausl 5 di Pisa e l'Azienda ospedaliera universitaria pisana sono rappresentative la prima delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliera universitaria, la seconda di un'azienda con una missione diversa dalle aziende sanitarie territoriali, in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

La scelta di affidare ad una università la conduzione del progetto non è casuale: per garantire l'affidabilità, il rigore e la trasparenza del sistema è stato ritenuto fondamentale coinvolgere un istituto pubblico universitario che potesse condividere la finalità stessa del progetto e farne una missione propria come servizio reso al territorio in cui opera. Inoltre la Scuola Superiore Sant'Anna, quale istituto universitario a statuto speciale, poteva garantire un approccio multidisciplinare, una consolidata competenza nell'area del management sanitario, e una posizione esterna a tutte le aziende sanitarie toscane non essendo coinvolta, a differenza degli altri atenei toscani, nella conduzione delle tre aziende universitarie ospedaliere di Pisa, Siena e Firenze.

La finalità del progetto è stata quella di fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo alla valutazione della performan-

¹ Il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna, coordinato dall'autrice di questo capitolo, è stato composto dai professori Lino Cinquini e Domenico Bodega, dai ricercatori senior Alessia Macchia, Cristina Renzi, Danilo Neglia, Gabriella Giuliano, dai consulenti Paolo Martinez e l'avv. Marco Lovo, dalla dottoressa Emanuela Tangolo, e dai ricercatori Manuele Bellonzi, Milana Vainieri, Anna Bonini, Angelo Boccaccio, Annalisa Brambini, Manuela Furlan, Linda Marcacci, Domenico Cerasuolo. Il prof. Riccardo Varaldo ha seguito il progetto in qualità di responsabile scientifico.

² Nel sistema sanitario toscano le aziende sanitarie locali gestiscono a livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali ossia prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le aziende ospedaliere universitarie sono quattro (Siena, Pisa, Careggi di Firenze e Meyer) e sono integrate con i tre atenei di Siena, Pisa e Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'assistenza ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.

ce conseguita, ma soprattutto necessario per la valorizzazione e comunicazione dei risultati ottenuti. Il sistema progettato ed implementato nelle quattro realtà pilota ha permesso di capire inoltre che lo strumento poteva diventare un mezzo fondamentale per supportare la funzione di governo soprattutto a livello regionale. A tal fine, infatti, è apparso fondamentale poter disporre di un sistema trasparente e condiviso capace di monitorare non solo i risultati in termini economico finanziari delle istituzioni sanitarie, ma anche le modalità con cui le istituzioni si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione in termini di qualità clinica e soddisfazione dei cittadini. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle “*best practices*” delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso abbiano la continua opportunità di apprendere e crescere.

Gli obiettivi del progetto sono stati definiti dal gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant’Anna con l’Assessore alla salute della Regione Toscana, Enrico Rossi, primo promotore del progetto, e condivisi successivamente con i Direttori generali delle aziende coinvolte.

Per garantire il perseguimento di tali obiettivi, il gruppo di ricerca ha richiesto una forte condivisione e collaborazione da parte delle aziende coinvolte. La Direzione generale delle quattro aziende ha nominato un referente aziendale del progetto³, coincidente con il responsabile dello staff aziendale, a cui è stato dato il compito di coordinare all’interno delle aziende tutte le attività di ricognizione delle informazioni e di organizzare tutti gli incontri di approfondimento e di condivisione per la definizione degli indicatori e l’interpretazione dei risultati.

Per svolgere il compito di progettare il sistema, fin dal progetto di prefattibilità, per il gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant’Anna è stato fondamentale il processo di ascolto e di raccolta delle opinioni e degli spunti di riflessione già presenti nelle aziende, nonché la valorizzazione dei sistemi già in atto di misurazione della performance.

La sperimentazione attivata nelle prime quattro aziende sanitarie selezionate, inoltre, è stata impostata in modo da garantire la replicabilità successiva del sistema nelle altre realtà aziendali sanitarie toscane che hanno iniziato l’implementazione a conclusione della prima fase di sperimentazione⁴. L’approccio che ha contraddistinto la metodologia di lavoro adottata è stato multidisciplinare, teso alla valorizzazione di tutti i dati/informazioni/strumenti di valutazione già esistenti ed utilizzati dalla Regione, dall’Agenzia Sanitaria e dalle Aziende coinvolte.

³ *Si ringrazia i quattro referenti interni del progetto ossia: la dottoressa Flavia Pirola per la Ausl 3 di Pistoia, la dottoressa Sandra Pedone per la Ausl 8 di Arezzo, il dottore Giovanni Belcari per la Ausl 5 di Pisa, il dottor Rocco Damone per l’azienda ospedaliera universitaria Pisana. Il loro lavoro, il loro impegno, la loro esperienza sono stati fondamentali per il buon esito del progetto.*

⁴ *Si prevede che il sistema di valutazione della performance sarà a regime per tutte le 16 aziende toscane entro la primavera del 2005.*

4. La definizione della struttura “logica” del sistema e le modalità di rappresentazione dei risultati

Nel progetto di prefattibilità il gruppo di ricerca ha elaborato un primo modello (figura 1) capace di descrivere le relazioni di causa ed effetto nel processo di erogazione dei servizi di un'azienda sanitaria. Il gruppo di ricerca ha inteso evidenziare nel modello sia le tipologie di risultati attesi dalle istituzioni sanitarie, sia le modalità con cui questi vengono operativamente conseguiti. Nel prospetto proposto, partendo dalla destra dello schema, si evidenziano i risultati “ultimi” ottenuti dall'istituzione sanitaria, ossia gli *outcome*, che possono essere perseguiti solo in un orizzonte temporale di medio e lungo periodo e si riferiscono alla finalità ultima dell'azienda sanitaria, ovvero il miglioramento del benessere sociale e dello stato di salute della popolazione. Questa tipologia di risultati, per la complessità dei meccanismi di misurazione da utilizzare e del sistema di fattori che congiuntamente determinano il loro perseguimento, difficilmente si presta ad orientare l'azione del management nel breve periodo anche se permangono il punto di partenza e di arrivo dell'azione delle aziende sanitarie. Pur se spesso sono necessari anni o decenni per muovere e migliorare un indicatore di *outcome*, è dall'analisi dello stato di salute della popolazione che parte il processo di programmazione e di orientamento dell'azione delle istituzioni sanitarie e che, di nuovo, per valutare l'efficacia di un'azione intrapresa, si deve ricorrere all'analisi dell'impatto sullo stato di salute della popolazione. Si pensi, a titolo di esempio, alle attività di *screening* per il tumore al seno o al colon retto.

Nello schema proposto gli *outcome*, che comunque sono oggetto di monitoraggio da parte sia dell'agenzia sanitaria regionale che del Dipartimento stesso, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli. Questi risultati di *output* sono classificati in quattro ambiti:

- la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità a partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;
- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema azienda.

Nel modello proposto questi risultati sono raggiungibili con modalità ed azioni assai differenti in base al contesto aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano un'analisi specifica per i tre livelli assistenziali presenti nelle Ausl toscane ossia:

- Ospedale;
- Territorio, comprensivo della medicina e pediatria di base, l'attività diagnostica e ambulatoriale, nonché di tutti i servizi coordinati dalle zone (Sert, Handicap, salute mentale adulti e infanzia, consultori...);
- Prevenzione, comprensiva dei settori di veterinaria, Igiene e salute pubblica, medicina dello sport, medicina del lavoro, medicina legale.

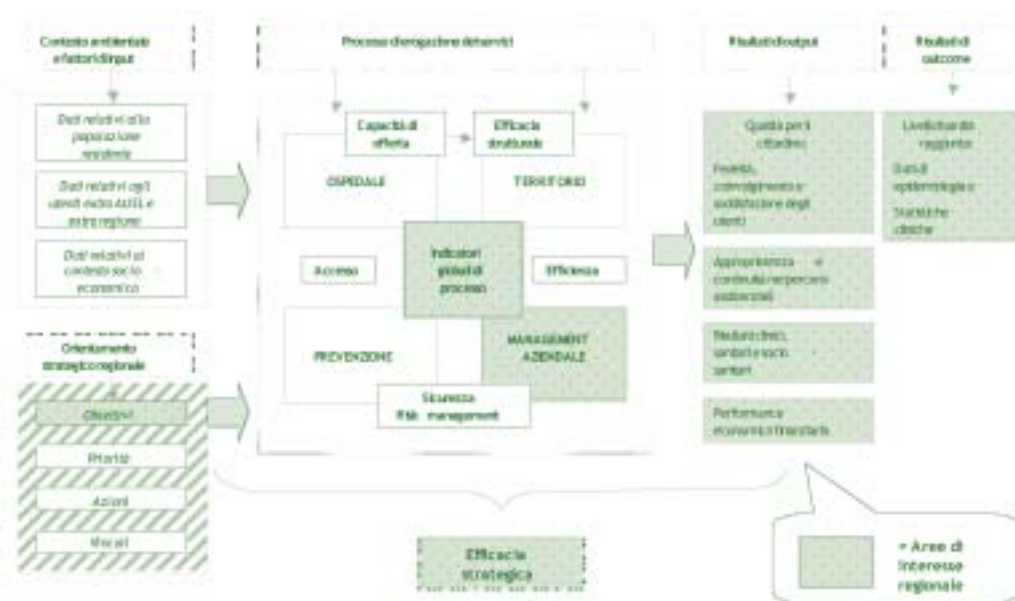
In questi tre contesti le dimensioni più rilevanti da monitorare nel processo di erogazione del servizio sono molteplici e così sintetizzabili:

- l'efficacia strutturale, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi) rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
- l'efficienza operativa, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate; l'attenzione è rivolta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori;
- l'accesso, inteso come l'insieme delle modalità con cui viene garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
- la sicurezza ed il *risk management*; intesa come capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia gli operatori che gli utenti.

Orientano la fase del processo di erogazione dei servizi sanitari sia il contesto ambientale sia i fattori specifici di *input* (vedi la parte sinistra dello schema della figura 1). La tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il suo territorio.

Rispetto alle caratteristiche della popolazione e del territorio ciascuna azienda sanitaria concorda con la regione gli obiettivi strategici da perseguire, alla luce degli orientamenti presenti nel piano sanitario regionale. Oltre quindi agli indicatori di risultato e di processo, il modello prevede la misurazione dell'efficacia strategica, intesa appunto come capacità di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze del territorio, ossia degli utenti, ma anche la capacità dell'azienda di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del Piano sanitario regionale e delle delibere successive di applicazione.

Figura 1



Il gruppo di ricerca e l'Assessorato alla salute regionale, pur condividendo la rappresentazione nel modello delle modalità con cui le aziende perseguono i loro risultati e pur volendo mantenere una dimensione aziendale del progetto, hanno concordato di concentrare l'attenzione nel monitoraggio dei risultati (le aree con sottofondo colorato nella figura 1) e su pochi macro indicatori di processo, lasciando alle aziende l'autonomia e la responsabilità di monitorare gli indicatori di processo per livello assistenziale, necessari per comprendere e gestire le determinanti dei risultati stessi.

Fa eccezione, rispetto a questa scelta, la decisione di considerare, nel sistema regionale di misurazione della performance, la valutazione del management, intesa come l'insieme delle scelte e delle politiche adottate dalla direzione per gestire e governare il sistema aziendale ed in particolare le risorse umane. Questa eccezione si fonda sulla considerazione che il management è scelto, nella figura del direttore generale, dall'Assessore regionale per la salute ed il suo operato quindi è da considerare oggetto rilevante in ottica di valutazione regionale.

5. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

Per la rappresentazione finale dei risultati del sistema di valutazione della performance sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (tavola 1). Queste sono:

- *La valutazione dei livelli di salute della popolazione.* Pur sapendo che questa tipologia di valori quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno tre indicatori di sintesi, anche per mantenere focalizzata l'attenzione dei manager sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione.
- *La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale.* Le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale che operano in logica di squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti i cittadini della regione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati.
- *La valutazione della performance economico finanziaria.* Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Questa valutazione prevede l'utilizzo di indicatori che segnalino la situazione puntuale dell'anno oggetto di indagine e la valutazione di trend, ossia l'andamento rispetto all'anno precedente.
- *La valutazione clinico sanitaria.* In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.
- *La valutazione esterna.* In questa dimensione viene considerata la valutazione data all'attività aziendale dai cittadini come utenti e non dei servizi sanitari. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie.

- *La valutazione interna.* In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. Inoltre in questa dimensione sono oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo...) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna...).

Tavola 1 – Struttura del sistema di reporting multidimensionale

Codice indicatore	Nome Indicatore
Indicatori di salute della popolazione (A)	
A1	Mortalità Infantile
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
Capacità perseguimento orientamenti regionali (B)	
B1	La costituzione e il funzionamento del CORD
B2	Attivazione e conoscenza del SUP
B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali
B4	Consumo di farmaci per il controllo del dolore
B5	Estensione ed adesione allo screening
Valutazione sanitaria (C)	
C1	Valutazione della capacità di governo della domanda
C2	Valutazione di efficienza delle attività di ricovero
C3	Valutazione di efficienza pre-operatoria
C4	Valutazione di appropriatezza
C5	Valutazione della qualità clinica
C6	Valutazione del rischio clinico
Valutazione esterna (D)	
D1	Valutazione percorso oncologico colon-retto
D2	Valutazione medicina di base
D3	Valutazione attività ambulatoriale
D4	Valutazione attività diagnostica
D5	Valutazione dei servizi di prevenzione
D6	Conoscenza URP
D7	Presenza in carico del paziente nel percorso oncologico da parte di MMG

segue Tavola 1 – Struttura del sistema di reporting multidimensionale

Valutazione interna (E)	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E2	Tasso di assenteismo
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
E4	Valutazione delle condizioni di lavoro per i responsabili
E5	Valutazione del management per i responsabili
E6	Valutazioni delle condizioni di lavoro per i dipendenti
E7	Valutazione del management per i dipendenti
E8	Valutazione dell'evoluzione aziendale
E9	Valutazione attività di formazione
Valutazione efficienza operativa e dinamica economica-finanziaria (F)	
F1	Valutazione di posizionamento equilibrio economico
F2	Valutazione di tendenza equilibrio economico
F3	Valutazione di posizionamento finanziario
F4	Valutazione di tendenza finanziario
F5	Valutazione di posizionamento patrimoniale
F6	Valutazione di tendenza patrimoniale
F7	Valutazione servizi interni
F8	Valutazione del Budget
F9	Costo medio del personale (più indicatore della formazione)
F10	Governo della spesa farmaceutica
F11	Indice di compensazione

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate è stato utilizzato lo schema del “bersaglio” con cinque diverse fasce di valutazione. Più l'azienda è capace di centrare gli obiettivi e di ottenere risultati nelle diverse dimensioni della performance e più la misura degli indicatori viene posizionata vicino al centro del bersaglio in zona verde (figura 2).

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde scuro, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima; in una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante; la performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa quando la performance è sotto l'unità 1.

Figura 2: Il “bersaglio” per la rappresentazione dei risultati



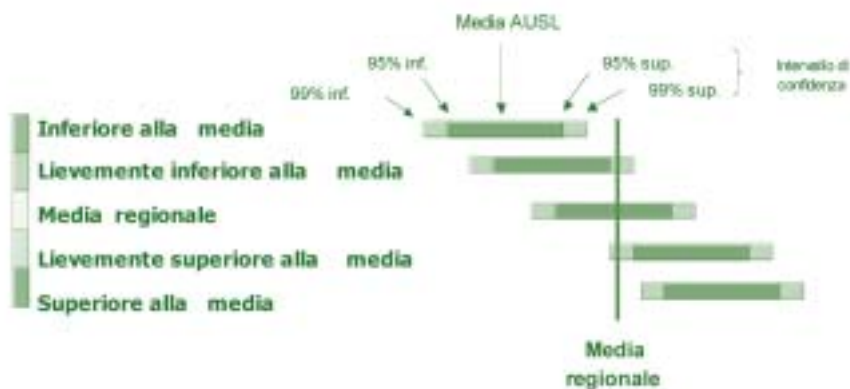
Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati considerati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il massimo tasso di cesarei auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di *risk adjustment* per rendere possibile il confronto tra le aziende (figura 3);

Figura 3

Modalità per passare dai valori medi ottenuti dalle Aziende per ogni indicatore ai colori del bersaglio

Vengono calcolate le medie e gli intervalli di confidenza per ogni Azienda e confrontate con la media regionale per assegnare la posizione-colore all'interno del bersaglio.



- in alcuni casi, soprattutto nei processi di valutazione ad hoc descritti nel paragrafo successivo, il posizionamento nella fascia è stato effettuato con il coinvolgimento e la condivisione dei Direttori Generali che hanno definito il “voto” sulla base della presenza o meno di elementi attesi nel processo di indagine, specificati tra i descrittori dell’obiettivo di valutazione; se per esempio oggetto di valutazione era l’applicazione della delibera regionale relativa all’attivazione del Cord per il coordinamento dei percorsi assistenziali oncologici la fascia verde ossia 5 è stato dato dal gruppo di ricerca in accordo con i direttori generali a quelle aziende che effettivamente potevano contare su un Cord attivo e riconoscibile sul territorio.

Ogni azienda quindi ha il proprio bersaglio riassuntivo della performance a sei dimensioni in cui vengono riportati i valori di sintesi di 40 indicatori selezionati complessivamente. Ciascuno di questi indicatori in realtà, nella maggior parte dei casi rappresenta la sintesi di un “albero” di indicatori che alimentano il risultato di sintesi. A titolo di esempio la valutazione della soddisfazione della popolazione relativa alla medicina di base è data dalla media della valutazione di vari *item* su cui è stato richiesto un giudizio all’utenza quali l’organizzazione e i tempi del servizio, la capacità di comunicazione del medico al paziente, la gentilezza e la disponibilità nella relazione, la competenza professionale dimostrata, la capacità di presa in carico e di indirizzo nei percorsi assistenziali, la disponibilità alle visite domiciliari (figura 4).

Figura 4



Oppure, ancora a titolo di esempio, nell’ambito della dimensione della valutazione interna l’indicatore relativo alla valutazione delle condizioni di lavoro, è dato dal grado di soddisfazione dei responsabili di struttura e dai dipendenti relativamente al proprio lavoro, alle condizioni di lavoro e al lavoro di gruppo. Queste tre condizioni a loro volta fanno riferimento a ulteriori aspetti oggetto di valutazione, rispettivamente il lavoro nell’azienda, l’occupazione in sé, il grado di responsabilizzazione rivestito, la disponibilità a modificare la propria posizione (figura 5). Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica. Ancora, a titolo di esempio, si presenta nell’ambito della valutazione clinico sanitaria per l’aspetto relativo alla valutazione di appropriatezza l’albero

Figura 5



delle determinanti in cui, quali indicatori significativi sono stati selezionati il tasso dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, il tasso di DRG chirurgici erogati in ambulatoriale e tasso di DRG medici erogati in Day Hospital, la percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica in day surgery (figura 6). Nella figura n. 7, a titolo di esempio si presenta il grafico che rappresenta la performance delle aziende toscane in benchmarking relativa alla percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici, anno 2004.

Figura 6: Albero delle determinanti indicatore di appropriatezza



Figura 7: % DGR medici dimessi da reparti chirurgici aziende sanitarie toscane anno 2004



Non sempre però i dati disponibili nel sistema informativo regionale o ricavabili mediante le indagini di campo sono stati sufficienti a soddisfare il fabbisogno di controllo, soprattutto nell'ambito della dimensione relativa alla capacità di perseguire gli orientamenti regionali. A tal fine quindi sono stati attivati processi di valutazione ad hoc di cui al prossimo paragrafo.

6. I processi di valutazione "ad hoc"

In termini metodologici il gruppo di ricerca ha previsto che il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane fosse alimentato da flussi informativi sistematici, attendibili e certi nelle fonti e nei processi di elaborazione, in modo da garantire la riproducibilità del sistema, l'attendibilità dei risultati e la possibilità di misurare anche l'andamento nel tempo della performance.

Disporre di un flusso informativo sistematico, certo e attendibile a livello regionale però richiede molto tempo e un grande sforzo da parte di tutti i soggetti del sistema. Tale investimento, quindi, è da proporre e da realizzare solo per gli aspetti che certamente richiedono attenzione continua nel tempo e in cui il monitoraggio a livello regionale è essenziale per valutare i processi complessivi di miglioramento del sistema sanitario e del livello di salute della popolazione.

Spesso però sia a livello aziendale che regionale può essere estremamente utile e necessario poter disporre di informazioni e dati in tempi rapidi, capaci di segnalare al management l'impatto di alcune decisioni, o la realtà di alcune situazioni in essere nell'organizzazione o nei processi di erogazione di alcuni servizi. Si può trattare di situazioni precise e puntuali ma che sono ritenute critiche e sintomatiche da parte della direzione. In questi casi non appare praticabile l'idea di impostare un sistema di rilevazione sistematico ma può essere opportuno attivare un processo di indagine integrativo al sistema di valutazione sistematico che il team di ricerca ha denominato "valutazione ad hoc".

Si tratta di processi con un orizzonte di analisi molto puntuale e specifico (figura 8), in cui si ricerca una risposta semplice al quesito base, dove il risultato atteso può essere anche di tipo qualitativo, trasformabile successivamente in termini quantitativi, se necessario. I tempi di risposta attesi per questa risposta sono brevi e le modalità con cui si attiva il processo di indagine può essere anche di tipo esterno, ossia senza il coinvolgimento dei soggetti interni coinvolti nel processo di erogazione dei servizi o nello svolgimento delle attività oggetto di analisi. La logica di effettuazione di questi processi di valutazione ad hoc, in linea con l'essere puntuale e specifica, è quella di fornire una fotografia della situazione indagata e non un "film" con un prima, un durante e un post. La misura presenta la situazione del momento così come appare tramite lo strumento di analisi.

Figura 8



Gli indicatori che si possono ricavare da questa tipologia di indagine sono da considerare come "segnali sentinella", utili per attivare eventuali successive indagini di approfondimento se necessarie. In particolare nel contesto della Regione Toscana questa metodologia può essere utile per:

- verificare dello stato di attuazione di alcune Delibere Regionali di elevata criticità;
- verificare la presenza di alcune situazioni di criticità nei processi di erogazione dei servizi, magari in seguito a segnalazioni ricevute da associazioni, cittadini, enti locali;
- analizzare lo stato di fatto di un servizio/attività e le differenze tra diverse realtà locali per orientare e supportare il processo di programmazione a livello regionale e aziendale.

In termini metodologici la valutazione ad hoc si realizza in quattro fasi:

- la prima fase in cui viene definito l'obiettivo di indagine, ossia quale è la problematica che ha determinato la necessità dell'indagine e quale finalità si pone il gruppo di ricerca nello svolgimento dell'intervento; la definizione dell'obiettivo di indagine necessita inoltre dell'esplicitazione dei suoi "descrittori", ossia degli aspetti specifici che si intende considerare nel processo di valutazione;

- la seconda fase, in cui viene definito il piano di intervento che comprende la scelta della metodologia da adottare, la definizione dei tempi e delle modalità di svolgimento dell'intervento, la definizione dei risultati attesi, ossia cosa ci si aspetta dall'intervento di indagine ed infine l'eventuale coinvolgimento del responsabile del servizio oggetto di valutazione; eventuale perché in alcuni casi, per evitare comportamenti opportunistici, non viene comunicato al soggetto responsabile del servizio l'imminente svolgimento dell'indagine, mentre in altri il coinvolgimento è essenziale, come per esempio per lo svolgimento dei *focus*, organizzato con i pazienti per valutare le modalità di realizzazione di un percorso assistenziale, in cui il supporto del responsabile del reparto è fondamentale per il corretto reclutamento dei soggetti interessati;
- la terza fase prevede lo svolgimento vero e proprio dell'indagine secondo la metodologia e tempistica prevista nella fase precedente;
- la quarta fase infine prevede la restituzione dei risultati, ossia l'elaborazione dei dati raccolti, la predisposizione di un rapporto di sintesi e, dove possibile, l'elaborazione di indicatori anche di tipo qualitativo.

Gli strumenti adottabili nei processi di valutazione ad hoc sono molteplici. Nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono stati testati ed utilizzati i seguenti:

- i *focus group*, ossia indagini qualitative con il coinvolgimento di un gruppo di utenti selezionati per discutere su opinioni, valutazioni e percezioni rispetto all'assistenza sanitaria ricevuta;
- le osservazioni strutturate: ossia indagini qualitative basate sull'osservazione passiva dello svolgimento di un servizio/attività secondo uno schema determinato, con eventuale ripresa fotografica delle situazioni oggetto di osservazione;
- le esperienze di utente simulato, ossia indagini qualitative in cui il ricercatore veste i panni dell'utente testando il servizio oggetto di analisi in forma diretta o telefonica;
- le interviste strutturate, ossia indagini qualitative realizzate mediante interviste di profondità all'utente/paziente seguendo una traccia predefinita.

Il *focus group*, in particolare, rappresenta uno degli strumenti qualitativi più utilizzati dalle istituzioni sanitarie a livello internazionale ed efficaci per studiare il comportamento degli individui nella loro veste di utenti di servizi.

La caratteristica che distingue i *focus group* da altri tipi di intervista è l'importanza assunta dal dialogo e dal confronto interattivo tra i partecipanti. Ciascuna sessione di *focus* dura in media circa 2 ore e trenta minuti. Gli incontri sono caratterizzati da un'elevata partecipazione da parte dei soggetti invitati, gratificati di contribuire al miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari.

Il tipo di informazioni e di orientamento ricavabile dai *focus group* è di notevole importanza, certamente differente da ciò che le aziende possono sapere tramite i questionari di soddisfazione dell'utenza. Le indicazioni ricavabili infatti dai questionari sono certamente utili perché permettono all'azienda di conoscere il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto al servizio ricevuto ma non evidenziano le determinanti del giudizio. Quando l'azienda rileva che i cittadini hanno valutato "abbastanza soddisfacente" il servizio ricevuto, essa non è in grado di sapere che cosa ha determinato la non piena soddisfazione, che cosa poteva essere fatto meglio per giungere alla soddisfazione totale. Spesso quindi, do-

po aver misurato il grado di soddisfazione degli utenti, non si è in grado di capire cosa fare per poter effettivamente migliorare l'offerta. Inoltre il livello di soddisfazione è fortemente collegato alle aspettative del paziente: potrebbe essere soddisfatto pur in presenza di servizi di scarsa qualità del servizio semplicemente perché il cittadino non detiene le competenze per valutare efficacemente o, più semplicemente, perché ha aspettative molto limitate in proposito. Il grado di soddisfazione allora non è più sufficiente ad orientare la gestione: è necessario che le istituzioni sanitarie si organizzino per diventare "punti di ascolto", per raccogliere sistematicamente le esperienze dei pazienti per farle diventare fonte di apprendimento organizzativo. La capacità di visione che ha l'utente delle modalità in cui i servizi sono erogati è sorprendente: bastano poche giornate di degenza perché sia in grado, attraverso la descrizione della propria esperienza, di dare una valutazione molto puntuale di quello che avviene nel percorso di cura. Chi è protagonista del percorso, chi vive sulla sua pelle il servizio, può contribuire con le sue indicazioni all'identificazione di ciò che non funziona e necessità di un cambiamento.

In questo senso l'esperienza del paziente, raccolta mediante i *focus group*, diventa uno strumento di grande efficacia nella valutazione dei percorsi assistenziali. Esso non ha la pretesa di avere valore statistico nel rappresentare l'universo dei soggetti utenti ma il racconto di un episodio negativo, che può essere successo solo alla persona che racconta, è comunque emblematico e significativo proprio per il fatto che almeno quella volta è avvenuto ed il sistema ha permesso che la brutta esperienza si realizzasse. Quella unica volta, opportunamente segnalata, impone all'organizzazione di interrogarsi su ciò che non ha funzionato e sul perché l'episodio è potuto avvenire.

I *focus* e gli altri strumenti utilizzati nei processi di valutazione ad hoc hanno permesso di elaborare degli indicatori e di ottenere delle misure. La diversa natura di tali misure è stata segnalata nel sistema di valutazione in modo differente rispetto alle misure elaborate mediante una metodologia sistematica, ovvero con il simbolo di un campanello. Questo segno avverte che la misura ha valore solo segnaletico, rappresenta appunto un "campanello" che avverte di una possibile situazione critica che spesso necessita di ulteriori e più approfondite indagini.

7. Il processo di definizione e raccolta dei dati

Data la complessità e l'ampiezza delle aree di indagine e di interesse, il progetto è stato articolato in sottoprogetti, come di seguito schematizzato, che potessero approfondire le dimensioni oggetto di valutazione ed individuare gli indicatori di sintesi e le loro determinanti. La suddivisione in sottoprogetti è stata effettuata secondo l'ottica della natura del risultato da monitorare e l'ambito in cui ricercare le informazioni stesse. Le aree di studio e approfondimento specifico sono state: il sottoprogetto valutazione economico-finanziaria, il sottoprogetto valutazione esterna, comprensiva della valutazione dei cittadini, degli utenti, dei rappresentanti politici locali, il sottoprogetto valutazione interna, focalizzato sulle dimensioni interne dell'organizzazione aziendale, e la valutazione clinico sanitaria, tesa ad approfondire i risultati in termini di qualità, appropriatezza, e livelli di salute della popolazione. Il team di lavoro nei primi mesi del progetto quindi ha proceduto a verificare nelle aree di indagine evidenziate la disponibilità di informazioni e di dati sia nelle aziende sia in regione. In particolare il primo semestre del progetto è stato utilizzato per:

- studiare i modelli attualmente in uso nel mondo di sistemi di valutazione della performance a livello regionale o di rete ospedaliera; in proposito grande attenzione è stata data al modello dell'Ontario, Canada, e al sistema in uso nella rete degli ospedali privati *non profit* Sutter Health della California. Entrambe le realtà hanno fornito spunti significativi per la progettazione del sistema di *reporting* e nella scelta degli specifici indicatori;
- verificare i sistemi in uso per valutare la performance nelle quattro aziende oggetto di sperimentazione; in particolare è stato studiato il sistema di budget adottato nonché altre esperienze svolte nel campo della misurazione del clima interno e della soddisfazione dell'utenza;
- condividere con la direzione amministrativa, i direttori sanitari, i coordinatori dei servizi sociosanitari e i responsabili di presidio ospedaliero e del settore della prevenzione le aree su cui orientare il processo di valutazione perché maggiormente significative in termini di risultato, nonché gli indicatori stessi della performance;
- raccogliere sia presso le aziende sia in regione i dati disponibili per alimentare il sistema di valutazione.

Al termine del primo semestre di lavoro il gruppo di lavoro aveva condiviso con la Regione e con le aziende sia quale era l'output atteso dal progetto, sia quali erano le aree in cui le informazioni interne alle aziende o gestite dalla regione erano inadeguate perché carenti, non omogenee o addirittura assenti. In particolare l'area relativa alla valutazione economico finanziaria e l'area sanitaria sono state considerate sufficientemente misurabili con i dati disponibili, gestiti già dalla regione con flussi informativi attendibili e precisi, almeno, nel caso della valutazione sanitaria, delle attività ospedaliere, ambulatoriali e diagnostiche dove i flussi informativi sono normati dalla regione. Assai più complessa invece è risultata la situazione relativa alla valutazione interna ed esterna. Nel primo caso le aziende oggetto di sperimentazione negli ultimi anni avevano già svolto alcune indagini per verificare il grado di soddisfazione dei dipendenti ed il clima organizzativo interno ma con strumenti e metodologie spesso solo qualitative e comunque non confrontabili in termini di periodo di svolgimento, impostazione e risultati ottenuti. Il sottoprogetto sulla "Valutazione interna" ha avuto quindi come obiettivo la valutazione della qualità dell'ambiente interno alle organizzazioni aziendali in sperimentazione, ossia la determinazione del "Clima Organizzativo". La valutazione interna è stata realizzata attraverso l'utilizzo di due strumenti complementari:

- analisi di alcuni "Indicatori Oggettivi";
- la somministrazione di un questionario ai dipendenti.

Tra i primi sono stati individuati un set di indicatori *proxy*, la cui lettura con riferimento a scelti standard di riferimento rivela, seppur complessivamente, il livello della qualità dell'ambiente interno all'organizzazione aziendale. Gli indicatori scelti sono:

- tasso di assenteismo;
- turnover dei dipendenti;
- turnover dei dipendenti amministrativi;
- percentuale di infortuni sul lavoro.

L'indagine con questionario ha previsto l'utilizzo di due tipologie di strumento: un questionario "A" da somministrare a tutti i dirigenti responsabili di struttura, ed un questiona-

rio “B” ad un campione casualmente scelto e stratificato di tutti i dipendenti dell’azienda sanitaria, in cui sia rappresentata la macro area di appartenenza (ospedale, territorio, prevenzione, amministrazione e direzione) e il ruolo (dirigenti medici, coordinatori, altri dipendenti).

I questionari (A e B) sono stati predisposti e presentano dimensioni di indagine che si equivalgono, fatta eccezione per quella della “valutazione dei servizi interni” specificatamente individuata per i responsabili di struttura (questionario A). Le domande sono formulate diversamente a seconda che si rivolgano ai dirigenti con responsabilità di “gestione/budget”, o agli altri dipendenti che svolgono solo un ruolo professionale.

L’indagine è stata svolta per entrambe le tipologie di dipendenti con questionari *on line*, somministrati presso le strutture delle aziende sanitarie e gestiti mediante il server della Scuola Superiore Sant’Anna.

Per la valutazione esterna le aziende sanitarie avevano applicato le linee guida regionali DRG 444/02 per quanto riguarda la valutazione di soddisfazione dei pazienti per l’attività di ricovero, che comunque presentavano alcune perplessità in termini metodologici e di confrontabilità dei dati. In ogni caso risultava ancora molto carente la valutazione dei cittadini per tutte gli altri servizi erogati dalle aziende sanitarie toscane. Il progetto quindi ha previsto per la valutazione esterna tre tipi di studio:

- l’analisi del grado di condivisione delle strategie aziendali da parte dei rappresentanti politici dei cittadini;
- l’analisi del contenzioso giudiziale e stragiudiziale in atto;
- l’analisi della soddisfazione dell’utenza.

L’analisi del grado di condivisione delle strategie aziendali da parte dei rappresentati politici dei cittadini è stata realizzata mediante l’attivazione di due momenti di condivisione-valutazione con i rappresentanti politici: di cui il primo individuale, realizzato mediante un’intervista ai sindaci ed il secondo di gruppo, svolto mediante la realizzazione di un workshop di lavoro.

Per il momento individuale sono stati coinvolti i sindaci dei capoluoghi dei territori sui quali insistono le Ausl oggetto di sperimentazione ad esclusione di Arezzo, che in primavera ha visto realizzarsi le elezioni locali. Per questa Ausl è stato contattato il sindaco che presiede la conferenza dei sindaci del Valdarno. Successivamente è stato realizzato il workshop in cui i rappresentanti degli enti locali coinvolti hanno condiviso i criteri e le logiche con cui i risultati dell’operato della Ausl può essere valutato, anche alla luce dell’attivazione delle società della salute. I risultati di questa componente del progetto di ricerca sono stati raccolti in un rapporto orientativo ma non sono stati tradotti in termini quantitativi. Per la loro natura qualitativa, i risultati emersi non sono stati rappresentati nel bersaglio di valutazione della performance aziendale.

Nell’ambito del sottoprogetto dedicato all’analisi del contenzioso prevalentemente giudiziale, è stata indagata la natura delle controversie in corso (e concluse) delle aziende sanitarie in sperimentazione, per il periodo compreso fra gli anni 2001-2003.

Le attività svolte hanno riguardato sia l’analisi delle modalità con cui l’ufficio Affari Legali è organizzato e gestito nelle Ausl oggetto di sperimentazione, sia la composizione del contenzioso. Questo, infatti, è stato classificato in diverse tipologie:

- contenzioso amministrativo, R.C. dipendenti, Penale, Arbitrato;

- contenzioso con in dipendenti; per questa tipologia di contenzioso si è voluto indagare, in primis, il numero delle cause pendenti o estinte in giudizio separate da quelle conciliate; si sono voluti mettere in evidenza, inoltre, i procedimenti attinenti alle sanzioni disciplinari, le procedure selettive, i licenziamenti, le funzioni/mansioni, le retribuzioni e il *mobbing*;
- contenzioso civile giudiziale; per quanto riguarda l'ambito civilistico, si è voluto distinguere la responsabilità medica da quella non professionale, come da ciò che riguarda le controversie civili.
- responsabilità professionale medica; in questo ambito, ripreso dall'indagine precedente, si è proceduto a focalizzare l'attenzione sulle occorrenze di contenzioso suddivise per il percorso materno-infantile, emergenza, responsabilità medica e chirurgica.

Sono state compute, per le quattro aziende in sperimentazione, anche le istanze rivolte all'Ufficio del Difensore civico regionale, sempre per il periodo considerato (2001-2003). Anche in questo caso, pur reputando di grande interesse le informazioni raccolte, che sono state messe a disposizione dell'Osservatorio Regionale del Contenzioso legale, gli indicatori non sono stati inclusi nel sistema di valutazione della performance perché i dati non sono risultati correlabili in termini temporali al periodo oggetto della valutazione complessiva aziendale.

La soddisfazione dei cittadini in generale è stata esaminata considerando diverse tipologie di utenti.

I soggetti coinvolti nell'indagine di valutazione della soddisfazione dell'utenza sono stati:

- i pazienti in Ospedale;
- gli utenti dei servizi del Territorio;
- gli utenti dei servizi del Prevenzione;
- gli utenti dei servizi per Percorso assistenziale; in particolare, in linea con gli orientamenti del Piano sanitario regionale, sono stati considerati percorsi strategici da monitorare i percorsi oncologico, materno infantile ed emergenza.

La prima fase del progetto ha previsto la raccolta dei dati dei reclami dal database regionale e dei risultati delle indagini di soddisfazione condotte dalle aziende nel 2002. È emerso che l'unica area monitorata in modo sistematico e con metodologia simile nelle diverse aziende per quanto riguarda la soddisfazione dell'utenza è l'ospedale. La tavola 2 riporta per ogni area indagata il relativo strumento utilizzato.

Tavola 2: Strumenti utilizzati per le indagini di soddisfazione

LIVELLO DI ANALISI	STRUMENTI	FONTE
OSPEDALE	Linee guida regionali: DRG 444/02	AA.SS. (dati) - Regione (metodologia)
PREVENZIONE TERRITORIO	Interviste telefoniche ad un campione della popolazione statisticamente significativo residente nelle AUSL	Scuola Superiore Sant'Anna - Regione Toscana, settore Statistica
PERCORSO EMERGENZA PERCORSO MATERNO - INFANTILE	Interviste telefoniche ad un campione di utenti statisticamente significativo reclutati presso i punti nascita ed il Pronto Soccorso	Scuola Superiore Sant'Anna - Regione Toscana, settore Statistica
PERCORSO ONCOLOGICO	Focus group ad utenti del percorso tumore colon retto	Scuola Superiore Sant'Anna

Le indagini telefoniche sono state realizzate adottando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing).

La popolazione di riferimento per la valutazione della medicina di base, le attività di servizio diagnostica ed ambulatoriale sono stati i cittadini residenti nei territori delle AUSL oggetto della sperimentazione (che hanno usufruito dei servizi di prevenzione e/o assistenza sul territorio negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine). Per i servizi del pronto soccorso, materno infantile, prevenzione gli intervistati sono stati gli utenti dei servizi stessi, a cui opportunamente nella fase di erogazione del servizio era stata richiesta la disponibilità a partecipare all'indagine e la compilazione dei moduli liberatori relativi alla normativa per la privacy.

Per il percorso oncologico, considerando la tipologia di pazienti coinvolti e la delicatezza degli aspetti emotivi relativi alla patologia oggetto di analisi, è stato ritenuto più opportuno utilizzare uno strumento qualitativo, quale il focus group descritto al paragrafo precedente.

8. Alcune considerazioni di sintesi

Il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane ad oggi, ottobre 2004, è stato implementato in quattro realtà aziendali e si prevede di giungere al monitoraggio di tutte e sedici le aziende toscane entro la primavera del 2005. Sicuramente lo strumento utilizzato potrà in futuro prevedere ampliamenti e miglioramenti sia nella scelta degli indicatori sia nella definizione dell'oggetto di misurazione, ma è stato fondamentale avviare questa prima esperienza e concluderla in modo sufficientemente completo per poter giudicare la validità dello strumento.

Pur consapevoli dei necessari miglioramenti da apportare al sistema, certamente già dai risultati fino ad oggi conseguiti è possibile evidenziare i seguenti aspetti:

- per la prima volta sono stati resi disponibili dati e misure capaci di rappresentare l'andamento aziendale sotto diverse dimensioni, integrando dati provenienti dal sistema informativo regionale ed indagini di campo;
- il sistema ha fornito indicazioni con un orizzonte temporale molto recente, facendo riferimento ad informazioni relative al 2003 per le dimensioni economico finanziarie e sanitaria o addirittura al primo semestre del 2004, per la valutazione interna ed esterna. Il sistema a regime potrà quindi fornire supporto tempestivo ai processi decisionali del management aziendale e dell'Assessorato regionale;
- le informazioni trattate e rappresentate in modo uniforme hanno permesso un confronto efficace e costruttivo tra le aziende del sistema. In particolare la scelta di non utilizzare dati ed informazioni provenienti dal sistema di contabilità dei costi aziendale ma solo dal sistema di contabilità generale o dai flussi informativi regionali relativi alle schede di dimissione ospedaliera o da indagini di campo specifiche realizzate da soggetti esterni alle aziende ha reso "inattaccabile" il sistema ed ha evitato il verificarsi di processi di giustificazione e di richiesta di specificità nel considerare i dati delle aziende;
- il sistema ha permesso inoltre di evidenziare chiaramente su quali aspetti della gestione aziendale le problematiche sono di carattere regionale e su quali invece conta l'approccio dato dalla singola azienda. Se infatti per un indicatore è emersa una performance negativa per tutte e quattro le realtà aziendali indagate si tratta chiaramente di una problematica generale che merita una riflessione a livello di sistema regionale.

Quando invece la performance risulta variegata e differenziata è chiaro alcune aziende possono insegnare alle altre e queste possono apprendere e superare con logiche collaborative l'autoreferenzialità.

- Infine il sistema offre all'assessorato regionale uno strumento più ricco e adeguato per la valutazione del management aziendale, soprattutto se la valutazione potrà essere ripetuta in modo sistematico e coerente con il mandato dei direttori generali. È chiaro che il sistema di valutazione non vuole sostituire il rapporto fiduciario tra Assessore e direttori generali ma certamente è in grado di fornire elementi certi e multidimensionali che possono esplicitare in modo più chiaro e trasparente le basi del mandato.

Se gli elementi positivi del sistema di valutazione implementato sono certamente molti, tanti sono anche gli aspetti su cui nel prossimo anno la Regione Toscana intende proseguire il lavoro. Attenzione specifica infatti merita la valutazione sistematica delle attività del territorio e della prevenzione su cui ad oggi il sistema è in grado di fornire solo valutazioni ad hoc per la mancanza di uniformità e condivisione sulle modalità di rilevazione e misurazione delle prestazioni erogate. Inoltre si prevede l'attivazione di un sistema di valutazione della performance maggiormente calibrato alla missione specifica per le aziende ospedaliere universitarie (Careggi, Meyer, Azienda Pisana e Azienda Senese) in cui oltre all'assistenza meritano un approccio di analisi anche le dimensioni della ricerca e della didattica.

Benchmarking dei reclami nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche

Strumenti per la valutazione della qualità percepita

*Susi Sbarbati**, *Andrea Gardini***, *Francesco Di Stanislao****

* Sociologa, Area Qualità - Agenzia Sanitaria delle Marche

** Responsabile Area Qualità - Agenzia Sanitaria delle Marche

*** Direttore Generale - Agenzia Sanitaria delle Marche

1. Introduzione

La costruzione di un sistema omogeneo di classificazione dei reclami per le strutture sanitarie della Regione Marche nasce da molteplici esigenze:

- rendere concreta la funzione di tutela che le istituzioni debbono garantire nei confronti dei propri utenti;
- standardizzare le modalità di raccolta delle segnalazioni verbali e scritte fatte agli Uffici per le Relazioni con il Pubblico delle Aziende e delle Zone sanitarie della Regione Marche e quindi le richieste di intervento che il cittadino rivolge all'organizzazione sanitaria;
- promuovere il monitoraggio da parte del sistema sanitario regionale dei dati relativi ai reclami così da poter effettuare comparazioni inter-strutture e intra-strutture contemporaneamente o in tempi diversi e quindi progettare le azioni di miglioramento così evidenziate;
- realizzare uno strumento utile per svolgere analisi comparative sul livello di partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi socio-sanitari, nonché per migliorare le conoscenze del sistema sul grado di soddisfazione dei pazienti e degli utilizzatori dei servizi.

Il sistema di classificazione è stato realizzato anche attraverso la progettazione e l'utilizzo di un software condiviso a livello regionale e nei singoli contesti.

2. Obiettivi del progetto

Costruire un sistema di classificazione dei reclami regionale utile agli obiettivi dei diversi attori, e cioè:

1. A livello dell'intero sistema sanitario regionale: far crescere la consapevolezza dell'importanza della cultura del reclamo, considerato uno stimolo per il miglioramento della qualità.
2. Al livello regionale, rappresentato dall'agenzia Regionale Sanitaria (ARS) delle Marche: avere a disposizione dati periodicamente aggiornati di monitoraggio sui reclami dei cittadini.
3. Al livello delle singole Zone Territoriali dell'Azienda Sanitaria Unica e delle Aziende Ospedaliere marchigiane: avere a disposizione uno strumento validato per la raccolta e la classificazione dei reclami per dare vita a interventi organizzativi tesi al miglioramento della qualità del servizio.
4. Co-costruire un bagaglio metodologico condiviso fra gli operatori degli URP.

3. Metodo

L'ARS Marche, nell'ambito delle proprie funzioni da mandato, ed in occasione della partecipazione ad un progetto di ricerca finalizzato denominato "“Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete di osservatori regionali” ha attivato nel 2001 un gruppo di progetto coordinato dal Dott. Andrea Gardini (Ars – Marche) e costituito dal Prof. Costantino Cipolla (Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria, Università di Bologna); dalla Dott.ssa Marisa Carnevali (Responsabile Urp, AO Umberto Primo - Ancona) e dal Dott. Antonio Maturro (Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria, Università di Bologna). Questo gruppo ha lavorato per un anno e nel 2002-2003 ha presentato il progetto ai responsabili degli URP delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere che, con il personale dell'ARS Marche (dr. Susi Sbarbati e dr. Stefano Caglioti) lo ha portato avanti e lo sta implementando tutt'ora in fase di maturità. Lo strumento è stato costruito attraverso un metodo di lavoro che può essere considerato come "ciclo della comunicazione scientifica" o metodologia Delphi adattata alle circostanze: incontri di lavoro e discussioni che sono state trasformate in elaborati scritti spediti ai Responsabili URP e ridiscusse e commentate nelle varie riunioni che si sono succedute, con successive rielaborazioni.

Si è cioè proceduto con un approccio che può essere definito "per approssimazioni successive".

Il lavoro di progettazione dello strumento e della sua applicazione si è svolto per fasi:

Fase I: progettazione

La prima fase (2002-2003) ha visto i responsabili URP riuniti in incontri mensili, tenuti presso la sede dell'ARS Marche, che sono iniziati con un confronto sullo stato di attuazione della Carta dei servizi nel Sistema Sanitario delle Marche.

Durante questi incontri si è proceduto per tappe costituite dalle seguenti azioni:

- Analisi dei modelli teorici che potessero essere presi come fonte di ispirazione per la costruzione di un sistema omogeneo (es. albero della qualità).
- Analisi delle classificazioni dei reclami esistenti nelle varie ex ASL marchigiane:
- Analisi delle classificazioni dei reclami adottate in altre regioni e realtà locali:

Ciò ha messo in evidenza, fra l'altro, le differenti provenienze culturali dei responsabili URP, che hanno indotto l'esigenza di un momento formativo comune per concordare i principi di base per l'analisi e la classificazione dei reclami

Fase II: formazione

Sono pertanto stati organizzati due incontri di formazione, con i proff. John Øvretveit, e Costantino Cipolla, che hanno fornito gli ulteriori strumenti di analisi e critica del reclamo come strumento per il miglioramento della qualità organizzativa

Fase III: realizzazione del sistema di classificazione regionale unificata dei reclami

Questa fase si è realizzata in tre tempi:

- a. costruzione di sistema omogeneo di classificazione;
- b. realizzazione relativo software;
- c. validazione dello strumento.

a. Costruzione di sistema omogeneo di classificazione

Il periodo dedicato alla riflessione teorico-metodologica ha reso agile l'approvazione delle categorie e sotto-categorie di classificazione dei reclami (v. tabella 1) nonostante che alcune tipologie di reclamo siano ambigue e classificabili in più modalità.

Tabella 1

Tipo di problema segnalato	Tipologia delle segnalazioni (specificata)
Accessibilità	ATTESA (TRA PRENOTAZIONE E PRESTAZIONE/VISITA RICOVERO) DIFFICOLTA' PER LA PRENOTAZIONE
Aspetti economici	RICHIESTA RIMBORSO PER TICKET NON DOVUTO RICHIESTA RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI NON EFFETTUATE TICKET ERRATI O IMPROPRI
Aspetti organizzativi	IDENTIFICAZIONE DEL PERSONALE INADEGUATEZZA ORGANIZZATIVA – ORDINE MANUTENZIONE APPARECCHIATURE PERCORSI BUROCRATICI CONTORTI RISPETTO DELLE REGOLE RUMORE
Aspetti strutturali, ambientali, di comfort	BARRIERE ARCHITETTONICHE BIANCHERIA (usura o carenza cuscini, lenzuola) COMFORT DELL'AMBIENTE IGIENE E PULIZIA MACCHINE DISTRIBUTRICI BIBITE MICROCLIMA NORME SULLA SICUREZZA ORARIO PARCHEGGI PRESENTAZIONE PRESIDI NEI SERVIZI IGIENICI (carta igienica, sapone, attaccapanni) QUALITA' QUANTITA' SEGNALETICA ESTERNA SEGNALETICA INTERNA SERVIZI DI RISTORAZIONE - BAR SERVIZI IGIENICI SPAZI DI ATTESA - SEDIE TELEFONI PUBBLICI TROPPO CALDO, TROPPO FREDDO VITTO

Segue Tabella 1

Tipo di problema segnalato	Tipologia delle segnalazioni (specificata)
I tempi di attesa	ALTRO (specificare) ATTESA AL PRONTO SOCCORSO ATTESA IN ALTRE STRUTTURE ATTESA PRESSO CASSE O SERVIZI AMMINISTRATIVI ATTESA TRA L'ARRIVO ALLA STRUTTURA E LA PRESTAZIONE E/O IL RICOVERO O "TEMPESTIVITA'" PUNTUALITA' DEL PERSONALE AGLI APPUNTAMENTI RISPETTO DEL TEMPO DA DEDICARE AI PAZIENTI E AI FAMILIARI TEMPO DI ATTESA PER CONSEGNA REFERTI, CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE TEMPO DI ATTESA PER DIMISSIONI
Informazione clinica	CONSENSO INFORMATO INADEGUATO: "Non mi hanno chiesto il permesso!" INFORMAZIONI COMPLICATE: "Non ho capito tutto!" INFORMAZIONI NON COERENTI FRA OPERATORI: "Uno mi ha detto una cosa, un altro me ne ha detta un'altra!" INFORMAZIONI NON COMPLETE: "Non mi hanno detto tutto!" INFORMAZIONI NON CORRETTE: "Non mi hanno detto le cose giuste!" INFORMAZIONI NON TEMPESTIVE: "L'hanno detto tardi!" MANCANZA INFORMAZIONI PAZIENTI/FAMILIARI: "Non sono stato informato!"
Informazione di orientamento verso/nella struttura	INFORMAZIONI COMPLICATE INFORMAZIONI NON COMPLETE INFORMAZIONI NON CORRETTE MANCANZA DI INFORMAZIONI

Segue Tabella 1

Tipo di problema segnalato	Tipologia delle segnalazioni (specificata)
Prestazioni - cure	CARENZA DI PERSONALE MANCANZA FARMACI MANCANZA PRESIDIO MANCATA PRESTAZIONE SENZA PREAVVISO: l'operatore non si presenta; mancanza o fuori uso strumentazione QUALITA' E COMPETENZA TECNICO PROFESSIONALE
Problemi relazionali riguardanti	ALTRI (specificare) _____ CENTRALINO Cortesia e gentilezza Decoro/uso corretto divisa Disponibilità MEDICI PERSONALE AMMINISTRATIVO PERSONALE SANITARIO NON MEDICO PERSONALE URP PORTINERIA
Richieste risarcimento (anche Ufficio Legale)	ALTRO (specificare) DANNEGGIAMENTI DI COSE EFFETTO INDESIDERATO DEL TRATTAMENTO. INFORTUNI MORTE SMARRIMENTI
Umanizzazione, riservatezza, privacy	PRIVACY PROMISCUITA' RISPETTO DELLA CULTURA, RELIGIONE, IDENTITA' RISPETTO DELLA MORTE RISPETTO DELLA PERSONA
Varie	ALTRO (specificare) ENCOMI E RINGRAZIAMENTI RICHIESTE IMPROPRIE NON EVADIBILI RISCHIESTE IMPROPRIE DI COMPETENZA DI ALTRI ENTI VARIE (specificare)

Ad esempio, è stato necessario che nella classificazione, laddove vi siano categorie simili, o poco specificate, siano indicati degli esempi concreti di applicazione. Si veda, per esemplificare, la seguente estrapolazione dal sistema classificatorio marchigiano (Tabella 2):

Tabella 2: Tipo di problema segnalato: INFORMAZIONE CLINICA

Specifica tipo di problema: *MANCANZA INFORMAZIONI PAZIENTI / FAMILIARI:*
“Non sono stato informato!”

INFORMAZIONI NON CORRETTE:
“Non mi hanno detto le cose giuste!”

INFORMAZIONI NON COMPLETE:
“Non mi hanno detto tutto!”

INFORMAZIONI NON TEMPESTIVE:
“L’hanno detto tardi!”

INFORMAZIONI NON COERENTI FRA OPERATORI:
“Uno mi ha detto una cosa, un altro me ne ha detta un’altra!”

Un’altra indicazione che vale la pena riportare riguarda i reclami connessi agli “aspetti organizzativi”. Dalle analisi delle altre classificazioni studiate, risulta che gli aspetti organizzativi celano numerose sotto-categorie spesso molto eterogenee da sistema classificatorio a sistema classificatorio.

Inoltre, è spesso presente la tentazione di declinare tale macro-categoria in un insieme numerosissimo di sotto-categorie (in fondo quasi ogni carenza può essere ascritta a un deficit organizzativo!).

La nostra classificazione individua i seguenti aspetti organizzativi:

- *INADEGUATEZZA ORGANIZZATIVA – ORDINE.*
- *PERCORSI BUROCRATICI CONTORTI.*
- *RISPETTO DELLE REGOLE.*
- *IDENTIFICAZIONE DEL PERSONALE.*
- *RUMORE.*
- *MANUTENZIONE APPARECCHIATURE.*

Un'ulteriore particolarità della classificazione riguarda l'analiticità con cui viene classificata la fonte del reclamo:

CHI SEGNA LA

UN CITTADINO

- *UN CITTADINO PER SE STESSO.*
- *UN CITTADINO PER UN FAMILIARE.*
- *UN CITTADINO (che osserva una situazione/un fatto che non lo riguarda direttamente, ma che rappresenta una situazione di chiaro disagio: es. confusione, attese, ecc.).*

UN'ASSOCIAZIONE DI TUTELA

- *ASSOCIAZIONE DI TUTELA (che si è fatta carico della segnalazione di un cittadino e che fa da tramite con l'Azienda).*
- *ASSOCIAZIONE DI TUTELA E VOLONTARIATO (osservatrice e segnalatrice diretta di eventi).*

UN OPERATORE DEL SSN

L'URP DI UN'ALTRA AZIENDA SANITARIA

ALTRO:

- *STAMPA.*
- *SEGNALAZIONE DALL'UFFICIO LEGALE.*
- *SEGNALAZIONE DIRETTA DALL'ALTA DIREZIONE.*

La stessa attenzione è dovuta alla molteplicità dei canali attraverso cui il reclamo può giungere:

MODALITÀ DI RICEVIMENTO DELLA SEGNALAZIONE

VERBALE (DIRETTA), presso la sede URP

COMPILAZIONE MODULO (DIRETTA), presso le varie sedi dove sono disponibili

LETTERA – INTERNET - FAX

- *DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA.*
- *DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA E FIRMATA, CON ESPLICITA RICHIESTA DI RISERVATEZZA.*
- *SEGNALAZIONE ANONIMA, PRESA IN CONSIDERAZIONE.*
- *SEGNALAZIONE ANONIMA, NON PRESA IN CONSIDERAZIONE.*

TELEFONICA

- *SEGNALAZIONE DIRETTA.*
- *MESSAGGIO IN SEGRETERIA TELEFONICA.*

L'impianto complessivo del sistema di classificazione si trova sintetizzato nella Tabella 3:

Tabella 3: Macrocategorie

Informazioni sulla/nella struttura
Informazione clinica
Accessibilità
Tempo
Relazioni
Aspetti strutturali
Umanizzazione-riservatezza-privacy
Prestazioni-cure
Aspetti organizzativi
Aspetti economici
Richieste risarcimento
Varie
Encomi

B. Realizzazione del software

Il software per l'elaborazione dei dati è stato realizzato, nella sua prima versione, da personale interno all'Agenzia Regionale Sanitaria durante i mesi di aprile – settembre 2003 e richiama fedelmente tutte le categorie classificatorie.

Per una visione si rimanda al sito www.ars.marche.it/cdq/ in cui lo stesso è stato caricato, affinché tutti gli operatori interessati potessero accedervi.

C. Processo di validazione

Il processo di validazione dello strumento ha seguito le seguenti fasi:

- a. presentazione dello strumento in riunione plenaria fra gli URP e affinamento finale;
- b. presentazione e formale accettazione, con suggerimenti richiesti ed ottenuti, dei direttori generali delle Aziende e Zone sanitarie della Regione Marche;
- c. sperimentazione per un 1 anno e tre mesi (ottobre 2003- dicembre 2004) presso tutte le strutture sanitarie della Regione;
- d. elaborazione dei dati al termine della sperimentazione da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
- e. produzione di cinque reports trimestrali e affinamento progressivo del modello sulla base dei dati così ottenuti con la collaborazione di tutti gli operatori degli URP della regione;
- f. organizzazione di incontri in loco fra le operatrici dell'ARS Marche responsabili del coordinamento del progetto (dr.sse Sbarbati e Gordini) per mettere a punto un sistema definitivo di classificazione e di reportistica e per istruire sul campo gli operatori degli URP sull'uso del software e della trasmissione a distanza dei report trimestrali previsti.

A tutt'oggi (giugno 2005) sistema non ha subito sostanziali modificazioni da come era stato progettato, anche se si ritiene che lo stesso debba essere sufficientemente elastico per venire incontro ad eventuali nuove esigenze informative rilevatesi importanti a livello re-

gionale o rilevate a livello locale proprio in seguito all'analisi dei dati. Ad esempio pare rilevante il fatto che, ad una prima disamina dei dati 2004 (vedi in seguito) appare evidente la scarsità di dati afferenti agli URP sugli incidenti e sugli eventi sentinella, per cui è in corso una ulteriore verifica con gli URP per aumentare la sensibilità dello strumento anche per queste informazioni..

4. Applicazione dello strumento condiviso a regime

Da gennaio 2004 dati vengono raccolti in tempo reale (cosiccome le segnalazioni pervengono agli URP) dai Responsabili URP e inseriti nel database fornito dall'Agenzia Regionale Sanitaria.

Ogni trimestre gli URP inviano i dati complessivi all'ARS Marche che li elabora.

Vista la consistenza e la delicatezza del materiale, per motivi di riservatezza l'Agenzia fornisce trimestralmente due tipi di report.

Un primo report di sintesi viene inviato a tutti, con le sole percentuali comparative fra tutte le aziende e zone relative a tutte le tipologie di reclamo.

Le aggregazioni sono le seguenti:

Report 1: Segnalazioni per "*modalità di ricevimento*".

Report 1.1: Segnalazioni per "*Zona/Azienda*" e "*modalità di ricevimento*".

Report 2: Segnalazioni per "*Tipo di Problema Segnalato*".

Report 2.1: Segnalazioni per "*Tipo di Problema Segnalato per Zona/Azienda*".

Report 2.2: Segnalazioni per "*Specifica Tipo di Problema Segnalato*".

Report 2.3: Segnalazioni per "*Struttura: Ospedale – Territorio – Az. Ospedaliera*".

Report 3: Segnalazioni per "*Chi Segnala*".

Report 3.1: Segnalazioni per "*Chi Segnala per Zona-Azienda*".

Un secondo tipo di report è dedicato, in linea riservata, ad ogni zona ed azienda con i dati numerici propri e con le stesse aggregazioni.

5. Risultati e commenti

Nel corso del 2004, alla fine del primo anno di sperimentazione, il totale delle segnalazioni comunque rilevate assomma a 1906.

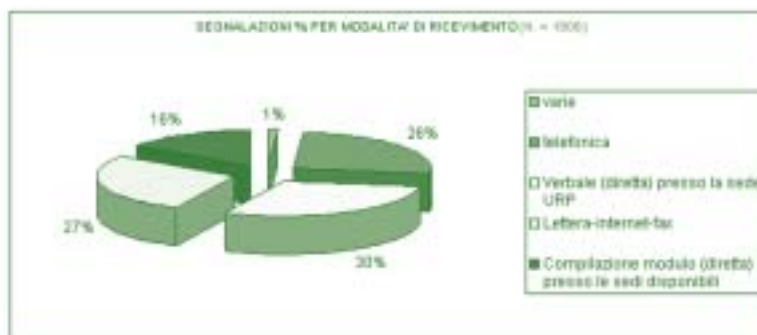
Circa il 23% delle segnalazioni sono state multiple, cioè un solo reclamante ha rilevato più situazioni di disagio.

Nel corso del primo anno di sperimentazione gli URP hanno rilevato e segnalato i reclami ogni trimestre con maggiore precisione e puntualità, e questo trend è in miglioramento (Tabella 4).

La lezione che apprendiamo da questo dato è che non è semplice iniziare un'attività di valutazione di qualsiasi tipo con un livello di comprensività ottimale sin dal primo inizio, ma bisogna tener conto di una certa gradualità nella capacità dei singoli rilevatori di garantire una effettiva rilevazione dei dati richiesti.

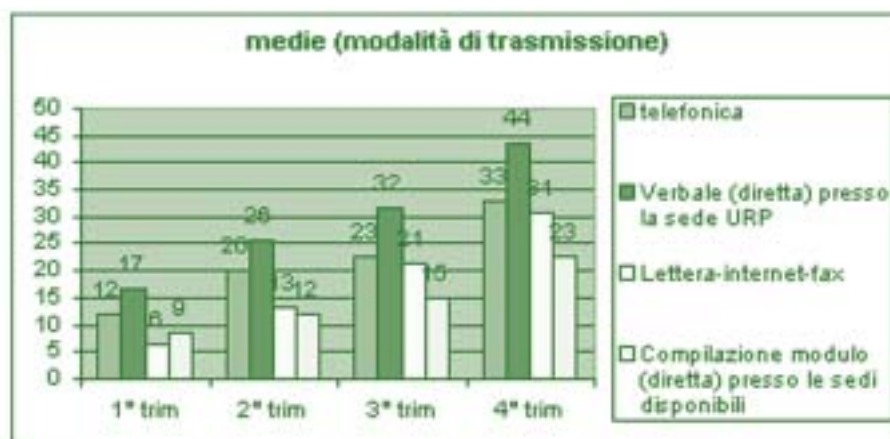
La Tabella 4 mostra le modalità di ricevimento delle segnalazioni, dalla quale si può rilevare che il tener conto solo delle osservazioni scritte produce una perdita di dati significativi relativi alle segnalazioni verbali, che hanno un peso – fra telefoniche e verbali dirette – sul totale della nostra casistica del 56%.

Tabella 4



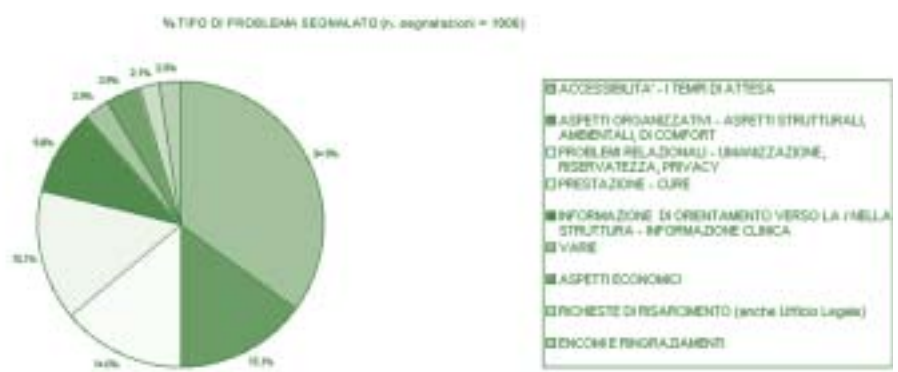
La Tabella 5 mostra le diverse modalità di raccolta dei dati nelle diverse organizzazioni, che sono diverse per numero di personale impiegato, modalità operative e diffusione sul territorio.

Tabella 5



Si è notato progressivamente, nel corso dell'anno, una omogeneizzazione delle modalità di raccolta e di trasmissione dei dati, in grande miglioramento. Riteniamo che una modalità non impositiva ma partecipata di gestione del sistema sia molto più redditizia in termini di suo consolidamento di una modalità impositiva, poiché riteniamo molto più importante un'acquisizione della cultura della condivisione del dato che una idolatria del dato senza consapevolezza della responsabilità nell'ottenerlo
La Tabella 6 rileva le percentuali relative dei problemi segnalati.

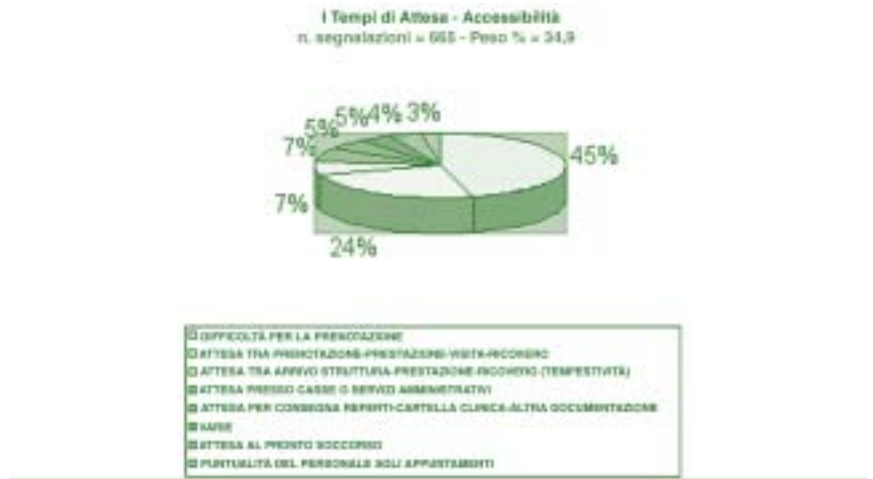
Tabella 6



Abbiamo appreso che le persone quando trovano la forza di reclamare perché ritengono che facciamo loro perdere tempo, si ritengono trattati con superficialità rispetto alle loro attese e in un ambiente non organizzato al meglio.

La Tabella 7 rileva che, all'interno del 35% sul totale delle segnalazioni relative alle difficoltà di accesso, la difficoltà maggiore (45%) è la difficoltà di prenotazione.

Tabella 7



La Tabella 8 rileva gli autori delle segnalazioni, che per il 92 % sono i cittadini stessi e solo per il 5% sono le associazioni di tutela. Il che, nella realtà marchigiana, può voler dire che i cittadini bypassano ogni organizzazione per gradire un rapporto diretto con i rappresentanti dell'organizzazione sanitaria.

Tabella 8



Conclusioni

La costruzione di un sistema di classificazione dei reclami regionale ha permesso:

- alla Regione delle Marche di avere a disposizione un “termometro” della soddisfazione dei cittadini periodicamente aggiornato per paragonare, anche attraverso elaborazioni statistiche, le varie realtà marchigiane sul tema della segnalazione dei cittadini per implementare i conseguenti interventi migliorativi laddove necessario;
- alle singole Zone Territoriali dell’Azienda Sanitaria Unica e Aziende Ospedaliere marchigiane di avere a disposizione uno strumento validato per la classificazione dei reclami e quindi di dare vita a interventi organizzativi tesi al miglioramento della qualità del servizio;
- all’intero sistema sanitario marchigiano di accrescere la consapevolezza dell’importanza della cultura del reclamo che dovrebbe essere considerato uno stimolo per il miglioramento della qualità.

Si ringraziano:

Il prof. Costantino Cipolla ed il dr. Antonio Maturo.

La dr. Marisa Carnevali.

Il gruppo di lavoro dei responsabili degli URP di aziende e zone delle Marche:

Marilena Alessi, Giuseppe Angeloni, Tiziano Busca, Riccardo Cecchini, Giuliano Centioni, Sonia Di Mico, Marina Fabbri, Arcangela Lambertelli, Alberto Lanari, Donatella Mascetti, Maria Rosa Megna,, Palma Paolucci, Marino Scattolini, Maria Flavia Spagna, Concetta Trapè, Fabrizio Trubbiani, Gina Vignini.

Il dr Stefano Caglioti e la dr. Deborah Gordini.

Miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni dei presidi ospedalieri pubblici della Sicilia

*Rosa G. Frazzica**, *Salvatore E. Giambelluca***, *Giuseppe Miceli****, *Franco Perraro*****, *Oscar Vancheri******

* Direttore Generale (CEFPAS)

** Direttore della Formazione (CEFPAS)

*** Direttore Amministrativo (CEFPAS)

**** Coordinatore Scientifico (Past President SIQUAS VRQ)

***** Responsabile UO "Organizzazione e Management" (CEFPAS)

Introduzione

Il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni interessa da diversi anni il mondo sanitario nazionale e regionale – dai decisori agli operatori- con lo scopo di migliorare l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e l'equità di accesso alle cure e rispondere meglio ai bisogni di salute della popolazione.

Il CEFPAS, Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario della Regione Sicilia, ha realizzato un progetto su proposta dell'Assessorato Regionale Sanità, da implementare negli ospedali pubblici Siciliani, inserendolo in quello previsto dall'art. n° 1 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni ambulatoriali", sub progetto n° 1.5, finanziato dal Ministero della Sanità (D.A. n° 32104 del 13 giugno 2000).

Esso è stato denominato, coerentemente con gli obiettivi a lungo termine che si propone, "Miglioramento Continuo della Qualità dei servizi e delle prestazioni dei presidi ospedalieri della Sicilia" ed è indicato con la sigla **QUOS** che sta per "Qualità negli ospedali siciliani". Il progetto, attraverso l'empowerment degli operatori, mira allo sviluppo di un sistema di miglioramento continuo della qualità dei servizi resi e delle prestazioni erogate alle popolazioni, basato su una migliore efficacia, efficienza ed appropriatezza e su un benchmarking leale e sostenibile tra le Aziende sanitarie.

Il progetto QUOS, che ha una durata triennale ed ha avuto inizio nel 2001, interessa 25 Aziende sanitarie dell'intero territorio siciliano di cui 9 USL e 16 Ospedaliere, coinvolge 72 ospedali e 210 Unità Operative (UUOO) di Laboratorio Analisi, Radiologia e Pronto Soccorso e consta di tre macroaree: "organizzazione e management" (O&M), "qualità percepita" (QP) e "qualità tecnico – professionale" (QTP) (fig.1).

Per quanto concerne l'area O&M, il progetto intende portare le tre UUOO degli Ospedali siciliani al raggiungimento dei Requisiti Minimi (RM) previsti dal DPR del 14/1/1997 e dal DA n. 890 del 17/06/2002. Per ciò che concerne le altre due macroaree, il progetto si propone il raggiungimento dei RM elaborati con il diretto coinvolgimento degli operatori interessati. Alcune unità operative potrebbero intraprendere percorsi di accreditamento di eccellenza per poi andare oltre, fino all'adozione sostenibile di una nuova cultura della qualità aziendale.

Il progetto QUOS mira, anche attraverso una migliore efficacia ed efficienza organizzativa, nonché tecnico-professionale, a diminuire le liste di attesa e a migliorare l'equità di accesso alle cure di buona qualità per tutta la popolazione.

Elementi generali del progetto

Il progetto è suddiviso in 5 tappe preparatorie e 5 tappe per l'implementazione. La fase preparatoria si conclude con la prima visita presso le Aziende Sanitarie e con la condivisione del progetto con la Direzione aziendale, con il Responsabile aziendale della qualità, con i Referenti e con tutti gli operatori delle tre UUOO coinvolte nel progetto.

Fase di implementazione

Tappa 1: analisi della situazione

La prima tappa, per le tre macroaree, è l'analisi della situazione che include le seguenti attività:

- una visita per la raccolta dei dati attraverso questionari semi-strutturati e/o altri strumenti descritti in dettaglio più avanti per ogni macroarea;
- trattamento, controllo qualità e analisi dei dati per produrre una prima “mappa” della situazione di ciascuna UO che partecipa al progetto;
- ritorno dei dati analizzati agli operatori che li hanno forniti per verificare se la “mappa” elaborata rappresenta la realtà e se gli operatori si ritrovano all'interno della stessa;
- messa a punto del documento di analisi e presentazione alla Direzione aziendale.

Tappa 2: definizione degli obiettivi e delle attività

L'analisi della situazione realizzata nella tappa precedente permette di identificare lo scostamento tra la situazione reale e quella prevista da standard e RM.

Lo scostamento può essere positivo o negativo. Se negativo, in questa fase si definiscono obiettivi e attività che consentiranno a ciascuna UO di raggiungere i Requisiti Minimi. Nel caso di uno scostamento positivo, cioè laddove i RM sono stati già raggiunti e/o superati, si procede in maniera condivisa alla definizione di obiettivi e attività per intraprendere percorsi di eccellenza. Questa tappa viene realizzata con la partecipazione attiva di tutti gli operatori di ciascuna UO e tiene in considerazione gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati previsti dal progetto.

Tappa 3: realizzazione delle attività

Durante questa tappa si implementano le attività pianificate. Queste possono includere: attività formative presso il CEFPAS o presso i luoghi di lavoro; tavoli di lavoro e workshop; attività di consulenza *in loco* o a distanza; definizione di procedure, di processi, di linee guida e quanto altro è necessario per raggiungere gli obiettivi prefissati ed i risultati previsti dal progetto. Tutti gli operatori di tutte le UUOO sono coinvolti nelle attività di miglioramento.

Tappa 4: attività di valutazione

Tre attività valutative sono previste durante l'implementazione del progetto:

- *Supervisione*. Questa attività ha lo scopo di seguire la realizzazione del progetto nelle sue varie tappe e viene svolta con visite programmate aventi finalità formative.

- **Monitoraggio.** Attività continua (on-going): viene eseguita attraverso l'analisi dei Reports che debbono essere elaborati regolarmente. Il monitoraggio segue da vicino l'implementazione: ne valuta la regolarità o mette a fuoco eventuali difficoltà in modo da superare queste ultime nel più breve tempo possibile.
- **Valutazione.** Due tipi di valutazione sono state pianificate: una a metà percorso per valutare il processo e correggerne il percorso, ed una finale (ex-post) per valutare il raggiungimento degli obiettivi globali e i risultati previsti dal progetto.

Tappa 5: ridefinizione degli obiettivi e delle attività di miglioramento

La pianificazione degli obiettivi e delle attività deve essere ciclica e gli operatori alla fine del progetto avranno strumenti, metodi e know-how per poterlo fare senza assistenza. Il sistema di valutazione utilizzato nella tappa precedente non solo evidenzierà i risultati del progetto ma è anche in grado di identificare nuovi bisogni che andranno affrontati con ulteriori attività di miglioramento.

Attività di benchmarking

Componenti essenziali del progetto sono due piattaforme motivanti (fig. 1). La prima è la piattaforma degli "Esperti Interni", cioè di operatori che lavorano negli Ospedali siciliani, che hanno interesse per la qualità, che hanno partecipato ad attività formative sulla qualità e/o hanno realizzato attività di miglioramento della qualità nei loro contesti di lavoro. Il progetto li identifica, li inserisce nella piattaforma motivante e, a secondo le competenze, pianifica, in accordo anche con l'Azienda di appartenenza, la loro partecipazione alla realizzazione del progetto in Ospedali diversi dal proprio. Nasce, così, un esercizio di benchmarking leale di tipo orizzontale e che coinvolge tutti gli Ospedali della Sicilia.

La seconda piattaforma, di peer review (valutazione tra pari), coinvolge gli operatori delle Aziende siciliane e di alcune Aziende nazionali in un'attività di benchmarking di tipo verticale di grande innovazione. Perché i Peer entrino in questa piattaforma debbono rispondere a questi tre prerequisiti:

- necessariamente i Peer debbono essere un gruppo, cioè una unità operativa, un reparto, un'Azienda;
- il gruppo deve essere riconosciuto a livello nazionale per la qualità dei servizi e delle prestazioni. Deve, cioè, aver già ottenuto l'accreditamento o la certificazione, ovvero deve essere riconosciuto come un gruppo leader nel campo della qualità: è il gruppo, non il singolo operatore, che realizza le attività di valutazione tra pari;
- il gruppo deve garantire uno scambio, anche questo "leale", di benchmarking di tipo verticale, con gli operatori siciliani che partecipano al progetto, dietro la stipula di un protocollo tra Azienda ricevente, CEFPAS, operatore/i e Azienda di appartenenza. Il protocollo contiene obiettivi da raggiungere e diritti e doveri di ognuno e, fra questi, la necessità di condividere i risultati di questa esperienza con gli altri operatori del progetto.

Le tre macroaree del progetto

Per ognuna delle tre macroaree del progetto vengono appresso delineati sommariamente gli obiettivi primari e le attività previste, e vengono descritte le attività già realizzate.

Figura 1: Le tre macroaree del progetto



Area Organizzazione e Management

Obiettivo

L'obiettivo che si vuole raggiungere è l'adeguamento delle UUOO coinvolte, sotto il profilo organizzativo e manageriale, ai Requisiti Minimi previsti dal DPR del 14/1/1997 e dal DA n. 890 del 17/06/2002 della Regione Siciliana.

Entrambi i decreti prendono in considerazione non solo i Requisiti Minimi in relazione all'organizzazione e al management ma anche quelli concernenti le strutture e le tecnologie. Per questi ultimi il progetto non è in grado di apportare alcuna modifica nei casi riscontrati di eventuali scostamenti negativi tra la situazione attuale e quanto previsto dai più volte citati decreti. Comunque, la raccolta dei dati e l'analisi è stata effettuata e presentata alle Direzioni aziendali, su tutti i requisiti, inclusi quelli relativi alle strutture e alle tecnologie perché le Aziende si facciano carico di predisporre quanto necessario per l'eventuale adeguamento.

Attività previste

La realizzazione del progetto prevede le 5 fasi sopra descritte.

- La prima fase (analisi della situazione) consiste nella mappatura della situazione attuale, attraverso interviste semi-strutturate agli operatori.
- La seconda (definizione degli obiettivi e delle attività) prevede la stesura di un piano di interventi (organizzativi, formativi, etc.) mirato ad eliminare le anomalie riscontrate nella fase precedente e/o a migliorare la qualità dei servizi erogati.
- La terza (realizzazione delle attività pianificate) consiste nella concreta realizzazione delle attività precedentemente pianificate.
- La quarta e la quinta consistono, rispettivamente, in "attività di valutazione" e "ridefinizione degli obiettivi delle attività di miglioramento" e seguono lo schema descritto precedentemente.

Attività realizzate

Le seguenti attività, appresso descritte, hanno concluso la fase preparatoria presso le UUOO coinvolte nel progetto.

Prima visita: condivisione del progetto con la Direzione aziendale

Si è proceduto, innanzitutto, col presentare ed illustrare il progetto ai vertici aziendali e, subito dopo, ai referenti: due per ogni unità operativa, in precedenza designati dalle Aziende. Ha fatto seguito la piena condivisione da parte di tutti gli intervenuti e la consegna, al responsabile aziendale, di una bozza del verbale che sancisce detta condivisione, nonché della bozza della convenzione che, in riferimento alla realizzazione del progetto, disciplina i rapporti fra le Aziende ed il CEFPAS.

Seconda visita: condivisione del progetto con gli operatori

Il progetto è stato illustrato agli operatori delle UUOO interessate. Pertanto, nel caso delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere con più presidi, l'operazione è stata effettuata presso ogni presidio dell'Azienda. Nella quasi totalità dei casi la presentazione è avvenuta per singola unità operativa, mentre in alcuni sporadici casi è avvenuta congiuntamente, alla presenza degli addetti alle tre unità. È seguito, quasi sempre, un dibattito molto proficuo e, quindi, la condivisione del progetto.

Terza visita: raccolta dati

Sono stati intervistati gli addetti alle singole unità operative: si è trattato di interviste semi-strutturate, che hanno dato la possibilità, a quasi tutti gli operatori delle UUOO coinvolte, di partecipare alle interviste e di esprimere appieno il proprio pensiero, anche in merito alle strutture ed alle attrezzature in dotazione. Utilizzando anche una check-list, meglio illustrata in seguito, predisposta sulla scorta degli standard previsti dal già citato DPR del 14/1/1997, è stata redatta una relazione contenente la mappatura della situazione riscontrata.

Quarta visita: condivisione della "mappa"

La relazione è stata presentata agli operatori delle unità operative, per avere conferma che la rilevazione dei dati fosse avvenuta correttamente e la situazione corrispondesse alla "realtà" del momento in cui i dati sono stati forniti.

Quinta visita: condivisione della relazione con la Direzione aziendale

La relazione è stata illustrata alla Direzione aziendale alla presenza del Responsabile aziendale del progetto nonché dei primari delle tre unità operative interessate e, in molti casi, dei Direttori sanitari di presidio.

La check list

Al fine di raccogliere i dati in maniera oggettiva e analizzabile, il CEFPAS ha creato una check list, strumento utilizzato dai valutatori durante le analisi effettuate presso le UUOO. La check list si divide in tre parti:

- 1) dati identificativi: è la prima pagina e identifica l'azienda, il presidio e l'unità operativa presso le quali si sta effettuando l'analisi, il responsabile dell'UO stessa, i valutatori che

effettuano l'analisi e la relativa data. Vengono inoltre raccolti i dati relativi al personale che dovrebbe essere in servizio in base all'ultima pianta organica approvata e quello effettivamente presente al momento della visita. Infine vengono rilevati i servizi offerti e l'effettivo bacino d'utenza;

- 2) requisiti organizzativo-manageriali: è la parte più corposa e traduce il dettato del DPR 14/01/97 relativamente ai requisiti che tutte le UUOO devono possedere. È composta da 108 requisiti che indagano sull'esistenza di evidenze documentali relative alle attività richieste dalla legge in oggetto;
- 3) requisiti strutturali-tecnologici specifici: è l'ultima parte della check list e comprende i requisiti specifici richiesti dal decreto in base alla natura dell'UO.

Convenzionalmente si è ritenuto di attribuire ai diversi punti della check list la seguente valutazione:

- "0" se non esiste, all'interno dell'UO, nessun documento scritto, formalizzato e condiviso che comprovi l'esistenza del requisito o dia evidenza pratica dello svolgimento dell'attività;
- "1" se il documento relativo al requisito è in fase di realizzazione;
- "2" se il documento è presente ma vi sono non-conformità rilevanti, che compromettono la validità stessa del documento;
- "3" se il documento presenta delle non-conformità lievi, che non lo rendono conforme ma che non ne compromettono il corretto funzionamento;
- "4" se il documento è presente e conforme;
- "na" se il requisito non è applicabile a quella determinata UO. Nelle UUOO, ad esempio, dove non sono tenuti farmaci, i requisiti relativi all'obbligatorietà di predisporre modalità scritte per la gestione degli stessi non sono applicabili;
- "nr" se il requisito in sede di analisi non è stato rilevato. Questa eventualità si è verificata perché lo strumento di raccolta e analisi dei dati, utilizzato inizialmente, è cambiato in itinere.

Per alcuni requisiti è necessario verificarne soltanto l'esistenza. In questi casi si è utilizzata la seguente codifica:

- "si" se il requisito esiste o c'è evidenza dello svolgimento dell'attività stessa;
- "no" se il requisito non esiste o non c'è evidenza dello svolgimento dell'attività.

Figura 2: Continuum della qualità



Il Continuum

Per meglio illustrare il quadro di riferimento delle attività di miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, il CEFPAS ha definito il “Continuum della qualità” dove 0, da una parte, denota la non-qualità e 200, dall'altra, la qualità eccellente; al punto 100 si posizionano i RM. Secondo questo modello, le situazioni in cui gli standard si trovano al di sotto del punto 100 vengono definite di qualità non-accettabile, mentre, se sono al di sopra, vengono considerate di qualità accettabile.

Al punto 185, scelto in maniera arbitraria, si trova l'accreditamento di eccellenza e/o la certificazione. L'area compresa tra il punto 185 e 200 è di interesse strategico e rappresenta la vera sfida dei sistemi sanitari del futuro che investono sulla qualità. In quest'area infatti avviene il radicamento dei principi della qualità con il conseguente cambiamento dei comportamenti organizzativo-manageriali ed anche tecnico-professionali attraverso un empowerment sostenibile. È in quest'area che gli individui e le organizzazioni producono normalmente qualità senza una sollecitazione di tipo progettuale perché hanno fatto propri i valori ed i principi fondamentali della qualità.

Livello di adeguamento

La necessità di sintetizzare gli oltre cento punti analizzati mediante la check list in un unico dato riepilogativo, capace di inserirsi nel modello del *Continuum della Qualità* ideato dal CEFPAS, ha spinto alla creazione di un macro-indicatore di sintesi che riassume il livello di adeguamento generale dell'UO. Tale macro-indicatore deriva da un processo statistico di ponderazione dei risultati.

Lo stesso procedimento ha condotto alla creazione di alcuni altri indicatori dello stesso tipo, relativi però ai diversi macro punti individuati dal DPR e dal DA, come di seguito elencati:

- 1) politica, obiettivi ed attività;
- 2) struttura organizzativa:
 - a) organizzazione;
 - b) gestione dei farmaci/reagenti/mezzi di contrasto/beni di consumo;
- 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;
- 7) carta dei servizi pubblici sanitari e informazione all'utenza.

I valori risultanti dalla somministrazione della check list sono stati quindi trasformati da valori assoluti a numeri relativi in sede di analisi dei dati, in maniera da potere trattare e confrontare i dati aggregati. Di seguito viene sviluppato un esempio al fine di descrivere la metodologia utilizzata per effettuare questa trasformazione.

Estrapolando una parte di check list dalla base dati complessiva si ottiene la seguente tabella:

Ospedale	UO	Req 1	Req 2	Req 3	Req 4	Req 5	Req 6	Req 7	Req 8	Req 9	Req n
Osp 1	Rad	no	1	2	0	0	3	1	si	nr	...
Osp 2	Lab	si	nr	3	1	na	0	1	si	2	...

Se si volesse conoscere il livello di adeguamento raggiunto dalle due UUOO sopra descritte, sarebbe impossibile ottenere un dato relativo, sia per l'esistenza dei due tipi di valutazione (0-4 e si-no), sia per la presenza dei casi in cui il requisito è non applicabile oppure non è stato rilevato.

Pertanto i risultati di ogni requisito sono stati trasformati in un valore relativo mediante un processo di ponderazione. Tale processo poteva prevedere l'assegnazione di peso diverso a seconda del requisito. Ma visto che si tratta di RM, che hanno quindi tutti la stessa importanza, è dato ad ogni requisito la stessa importanza, assegnando quindi lo stesso peso (pari a 1).

Procedendo quindi alla relativizzazione dei risultati è stato calcolato:

- il valore 0% di adeguamento nell'ipotesi in cui non fosse presente alcun documento che spiegasse le modalità di esecuzione di una data attività per la quale il DA prevede espressamente una procedura (in sostituzione di "0");
- il valore 25% di adeguamento qualora il documento fosse in fase di realizzazione (in sostituzione di "1"^{*});
- il valore 50% di adeguamento qualora il documento fosse presente ma con non-conformità rilevanti (in sostituzione di "2"^{*});
- il valore 75% di adeguamento qualora il documento fosse presente ma con non-conformità lievi (in sostituzione di "3"^{*});
- il valore pari a 100% di adeguamento in caso di piena conformità (in sostituzione di "4"^{*}).

Ai requisiti con risposta "no" si è assegnato il valore 0% di adeguamento^{*} mentre ai requisiti con risposta "si" si è assegnato il valore 100% di adeguamento^{*}.

Trattandosi di valori percentuali sono stati trasformati quindi in formato numerico, divenendo quindi 0, 0.25, 0.50, 0.75, 1.00. Pertanto i dati della tabella sopra riportata sono stati trasformati come di seguito esposto:

Ospedale	UO	Req 1	Req 2	Req 3	Req 4	Req 5	Req 6	Req 7	Req 8	Req 9	Tot
Osp 1	Rad	0	0,25	0,5	0	0	0,75	0,25	1	Nr	2.75
Osp 2	Lab	1	Nr	0,75	0,25	na	0	0,25	1	0,5	3.75

¹ In merito alla valutazione dei diversi punti della check-list, vedasi pag. 6.

Per ottenere il livello medio di raggiungimento basterebbe dividere il totale per il numero dei requisiti analizzati. Pertanto le due UUOO sopra rappresentate otterrebbero un livello medio di adeguamento ai requisiti pari a:

Ospedale	UO	Tot	N° req	Livello di adeguamento
Osp 1	Rad	2.75	9	0.3055
Osp 2	Lab	3.75	9	0.4166

Ciò significherebbe che la prima UO avrebbe raggiunto un livello di adeguamento pari al 30,55% dei RM e la seconda UO pari al 41,66%. Ma, come si evince chiaramente, un requisito non applicabile non può essere conteggiato ai fini del calcolo della media. Pertanto i valori “na” e “nr” sono stati considerati valori nulli ai fini statistici e a questi non è stato attribuito alcun punteggio. Pertanto, nel calcolo medio del livello di raggiungimento dei requisiti questi non influiscono. La tabella si modificherebbe quindi nel seguente modo:

Ospedale	UO	Req 1	Req 2	Req 3	Req 4	Req 5	Req 6	Req 7	Req 8	Req 9	Tot
Osp 1	Rad	0	0,25	0,5	0	0	0,75	0,25	1		2.75
Osp 2	Lab	1		0,75	0,25		0	0,25	1	0,5	3.75

Il calcolo per la media diverrebbe invece:

Ospedale	UO	Tot	N° req	Livello di adeguamento
Osp 1	Rad	2.75	8	0.3437
Osp 2	Lab	3.75	7	0.5357

Il risultato è che la prima UO avrebbe raggiunto un livello di adeguamento pari al 34,37% dei RM e la seconda UO pari al 53,57%. Qualora tutti i punti della check list fossero presenti e conformi si raggiungerebbe pertanto il punteggio del 100%.

Si è voluto così calcolare e analizzare, rispetto al massimo conseguibile pari al 100%, la percentuale di raggiungimento dei requisiti organizzativi di ogni singola UO. Il punteggio raggiunto da ciascuna UO analizzata è stato poi aggregato e sono state calcolate: media, punto di massimo e deviazione standard.

Inoltre, per agevolare la lettura dei dati, si è proceduto alla creazione delle classi statistiche di adeguamento. In ognuna di esse è stato calcolato il numero delle UUOO che hanno un livello di adeguamento compreso tra i due valori (estremi) della classe.

Presentazione dei risultati

Di seguito vengono riportati alcuni dei risultati ottenuti, in via esemplificativa, cercando di dimostrare la bontà dell’analisi e i risultati raggiunti mediante le rilevazioni, utilizzando il metodo statistico di cui sopra.

I dati si riferiscono alle 210 UUOO analizzate e la loro analisi è stata effettuata con l’ausilio di “SPSS”, uno dei più potenti software statistici di analisi dei dati.

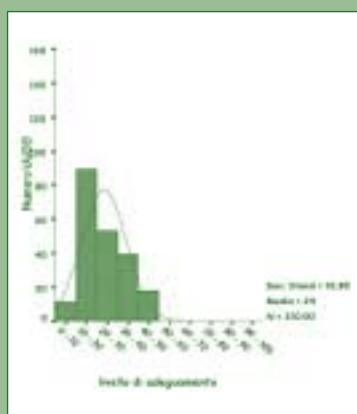
Tabelle riassuntive dei risultati relativi ai requisiti organizzativo-manageriali

A. Livello di adeguamento globale dell'UO a tutti i RM organizzativo-manageriali analizzati

Attraverso l'analisi globale dei risultati ottenuti è stato rilevato che:

- le 210 UUOO analizzate hanno raggiunto un livello medio di adeguamento ai requisiti organizzativo-manageriali pari al 23,52%^{*};
- il punto di massimo è il 49,77%^{***};
- la deviazione standard è pari a 10,85%^{*};
- nessuna UO ha raggiunto un livello di adeguamento pari al 50%;
- la classe che presenta il maggiore numero di casi è la seconda: 89/210 UUOO si posizionano infatti fra il 10% e il 20%.

Adeguamento ai requisiti organizzativo-manageriali



	Frequenza	Percentuale
0 – 10 %	11	5,2
10 – 20 %	89	42,4
20 – 30 %	53	25,2
30 – 40 %	39	18,6
40 – 50 %	18	8,6
Totale	210	100,0

N.B. Le classi indicate nella tabella sovrastante comprendono l'estremo indicato a sinistra (questa opzione viene indicata con il simbolo “|–”). Ciò significa che la classe da 0 a 10 non comprende i casi in cui il valore è pari a 10.

B. Risultati dell'analisi dei macro punti chiave

Lo stesso tipo di analisi⁴ è stata effettuata relativamente ai macro punti individuati dal DPR 14/01/97 e dal DA 17/06/02. Nella seguente tabella sono sinteticamente esposti il punto di massimo, la media e la deviazione standard relativamente ai punti più importanti analizzati dal CEFPAS, sempre in base ai raggruppamenti definiti dal dettato legislativo del DPR e del DA. Tali risultati saranno dettagliatamente illustrati nelle pagine seguenti.

³ Nel presente grafico e in quelli a seguire, i valori della Media e della Deviazione Standard sono riportati arrotondando- li in eccesso o in difetto a seconda delle cifre presenti dopo la virgola.

^{***} Vedasi pag. 8, paragrafo "Livello di adeguamento".

Livello di adeguamento				
Id		Media	Deviazione Standard	Punto di Massimo
1	Requisiti relativi alla pianificazione	11,83	17,57	66,67
2 a	Requisiti relativi all'organizzazione	8,97	11,49	47,92
2 b	Requisiti relativi alla gestione farmaci	18,78	15,81	75,00
3	Requisiti relativi alla gestione risorse umane	40,51	11,86	75,00
4	Requisiti relativi alla gestione risorse tecnologiche	20,69	10,16	55,43
5	Requisiti relativi a gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti	18,30	19,29	73,21
6	Requisiti relativi al sistema informativo	43,44	20,95	100,00
7	Requisiti relativi al materiale informativo per l'utenza	26,23	34,83	100,00

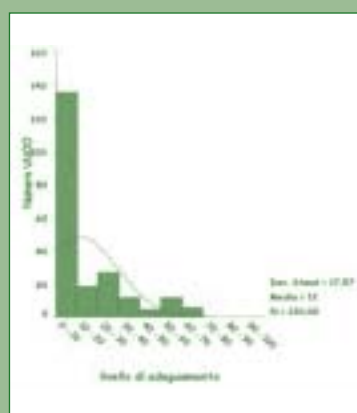
C. Risultati dell'analisi di dettaglio relativa ad uno dei macro punti chiave

1. Risultati relativi alla Pianificazione

Per quanto riguarda l'area dei requisiti relativi alla pianificazione – essa fa parte del primo macro punto “Politica, obiettivi ed attività” – è stato rilevato che:

- in media le 210 UUOO hanno raggiunto un livello di adeguamento pari all'11,83%;
- il punto di massimo è 66,67%;
- 16/210 UUOO hanno raggiunto almeno il 50%;
- la classe che presenta il maggior numero di casi è la prima, nella quale 135/210 UUOO si posizionano fra lo 0% e il 10%;
- la deviazione standard è pari al 17,57%.

Adeguamento ai requisiti relativi alla Pianificazione

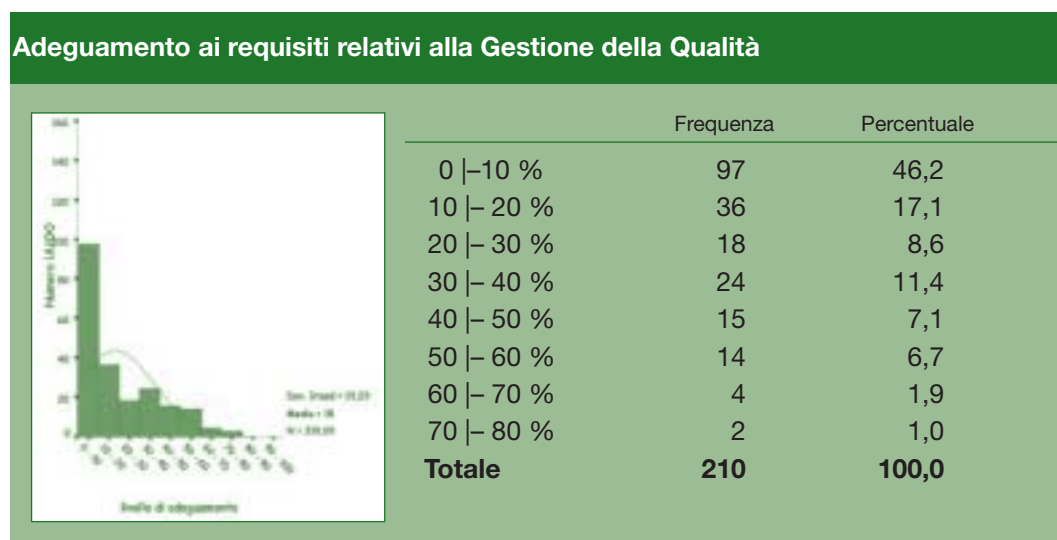


	Frequenza	Percentuale
0 – 10 %	135	64,3
10 – 20 %	18	8,6
20 – 30 %	26	12,4
30 – 40 %	11	5,2
40 – 50 %	4	1,9
50 – 60 %	11	5,2
60 – 70 %	5	2,4
Totale	210	100,0

2. Risultati relativi alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti

È stato rilevato che:

- in media le 210 UUOO hanno raggiunto un livello di adeguamento pari al 18,30%;
- il punto di massimo è il 73,21%;
- 20/210 UUOO hanno raggiunto almeno il 50%;
- la classe che presenta il maggior numero di casi è la prima, nella quale 97/210 UUOO si posizionano fra lo 0% e il 10%;
- la deviazione standard è pari a 19,29%.

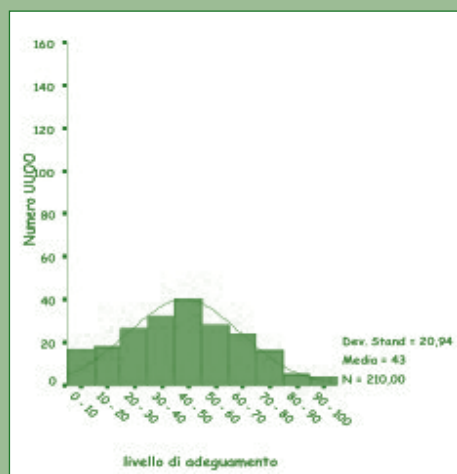


3. Risultati relativi al sistema informativo

Per quanto riguarda il sesto macro punto del DA e del DPR relativo al sistema informativo è stato rilevato che:

- in media le 210 UUOO hanno raggiunto un livello di adeguamento pari al 43,44%;
- il punto di massimo è 100%;
- 77/210 UUOO hanno raggiunto almeno il 50%, di cui 3 UUOO sono sopra il 90%;
- la classe numericamente più importante è la quinta, nella quale 40/210 UUOO si posizionano fra il 40% e il 50%;
- la deviazione standard è pari al 20,95%.

Adeguamento ai requisiti relativi al Sistema Informativo



	Frequenza	Percentuale
0 -10 %	17	8,1
10 -20 %	18	8,6
20 -30 %	26	12,4
30 -40 %	32	15,2
40 -50 %	40	19,0
50 -60 %	28	13,3
60 -70 %	24	11,4
70 -80 %	16	7,6
80 -90 %	5	2,4
90 -100 %	3	1,4
100 %	1	0,5
Totale	210	100,0

Approfondimenti di dettaglio

Fra i dati riassuntivi precedentemente esposti alcuni meritano un approfondimento. Di seguito vengono riportate alcune tabelle ed i relativi grafici, in merito ai punti più importanti analizzati dal CEFPAS, seguendo sempre i raggruppamenti definiti dal dettato legislativo del DPR e del DA.

Tabella B: Requisiti minimi organizzativo-manageriali richiesti dal DPR 14/01/97 e dal DA 17/06/02 Regione Siciliana

N. ASPETTI	DESCRIZIONE PUNTO
1 Definizione di politiche, obiettivi, attività	Il Responsabile dell'Unità Operativa deve definire le politiche generali, la mission e la vision della propria Unità Operativa tenendo conto che gli obiettivi da esse dipendenti devono essere congruenti con gli obiettivi aziendali.
2a Definizione della struttura organizzativa	Il Responsabile dell'Unità Operativa deve definire le modalità organizzative attraverso le quali assicura la continuità del servizio. Devono essere definiti l'organigramma e il funzionigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle specifiche attività svolte dall'Unità Operativa. Deve essere presente un documento che descriva i servizi offerti dall'Unità Operativa, quelli che vengono inviati all'esterno e le modalità di erogazione dei servizi.
2b Gestione dei farmaci/reagenti/mezzi di contrasto/beni di consumo	È necessario predisporre appropriate procedure relative all'acquisizione e alla gestione dei farmaci e/o reagenti e dei beni di consumo, definendo il fabbisogno minimo. Deve inoltre essere prevista la procedura per la gestione delle scadenze.
3 Gestione delle risorse umane	È necessario definire le caratteristiche del personale in termini numerici e di qualifica professionale secondo criteri specificati dalle normative regionali, in rapporto ai volumi e alle tipologie di attività svolta. Deve essere predisposto un piano annuale di formazione del personale dell'Unità Operativa e devono essere normalizzate le modalità per l'inserimento del personale di nuova acquisizione.

segue Tabella B: Requisiti minimi organizzativo-manageriali richiesti dal DPR 14/01/97 e dal DA 17/06/02 Regione Siciliana

N° ASPETTI	DESCRIZIONE PUNTO
4 Gestione delle Risorse Tecnologiche	Devono essere programmati gli acquisti delle apparecchiature tenendo conto della loro obsolescenza e delle ricadute economiche. Devono essere inventariate tutte le apparecchiature in dotazione all'Unità Operativa e devono essere scritte e formalizzate le modalità di manutenzione delle stesse, i tempi e i tipi di controllo.
5 Gestione, valutazione e miglioramento della qualità. Definizione di Linee Guida e di regolamenti interni e/o procedure.	Ogni Unità Operativa deve predisporre un programma di valutazione e miglioramento della qualità delle attività, tenendo in considerazione gli strumenti di monitoraggio dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi erogati e il grado di soddisfazione degli utenti. Devono essere messe a disposizione del personale linee guida predisposte da società scientifiche e/o regolamenti interni che definiscono flussi di azioni e/o modalità di comportamento per assistere gli operatori in specifiche circostanze.
6 Sistema Informativo	Deve essere predisposto un sistema informativo per la gestione dei dati essenziali e per la loro sicurezza.
7 Carta dei servizi pubblici sanitari e informazione all'utenza (previsto dal DA 17/06/02)	Devono essere definite le modalità per fornire informazioni all'utenza. Devono inoltre essere a disposizione dell'utenza stessa, strumenti e materiale informativo contenenti i servizi erogati e le relative modalità di erogazione.

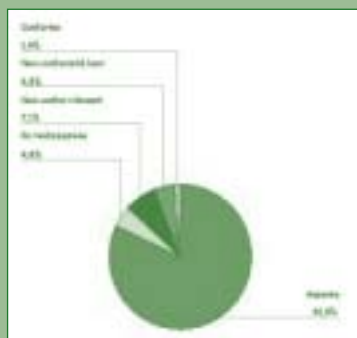
Politica, obiettivi ed attività

Mission dell'UO

La tabella n. 1 descrive l'esistenza di un documento contenente la mission dell'UO. Nell'81,9% dei casi analizzati (172/210 UUOO) non esiste una documentazione specifica che definisca la mission dell'UO; nel 4,8% dei casi (10/210 UUOO) è in fase di realizzazione e nell'11,9% dei casi (25/210 UUOO) il documento è stato redatto ma presenta delle non conformità; nell'1,4% dei casi analizzati (3/210 UUOO) è presente e conforme.

Tabella 1: Esiste un documento contenente la mission dell'UO

	Frequenza	Percentuale
Assente	172	81,9
In fase di realizzazione	10	4,8
Presente con non conformità rilevanti	15	7,1
Presente con non conformità lievi	10	4,8
Conforme	3	1,4
Totale	210	100,0



Politiche dell'UO

La tabella n. 2 descrive l'esistenza di un documento contenente le politiche dell'UO. Nel 79% dei casi analizzati (166/210 UUOO) non esiste una documentazione specifica che definisca le politiche dell'UO; nel 4,3% dei casi (9/210 UUOO) è in fase di realizzazione e nel 15,7% dei casi (33/210 UUOO) il documento è stato redatto ma presenta delle non conformità lievi o rilevanti; solo nell'1% dei casi (2/210 UUOO) analizzati è presente e conforme.



Obiettivi

La tabella n. 3 descrive l'esistenza del documento contenente gli obiettivi dell'UO nelle 210 UUOO analizzate. Si evidenzia che solamente nel 29% delle UUOO analizzate (61/210) è presente un documento contenente gli obiettivi dell'UO.



Fra le UUOO che hanno un documento contenente gli obiettivi dell'UO, che sono 61 secondo quanto esposto nella tabella 3, nella seguente tabella sono evidenziati quali di questi obiettivi sono articolati nel tempo e/o misurabili e/o congruenti con gli obiettivi aziendali.

Tabella 4: Esiste un documento contenente gli obiettivi dell'UO

	Articolati nel tempo		Misurabili		Congruenti con gli obiettivi aziendali	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Assente	21	34,4%	11	18,0%	8	13,1%
Presente con non conformità rilevanti	37	60,7%	34	55,7%	26	42,6%
Presente con non conformità lievi	3	4,9%	14	23,0%	11	18,0%
Conforme	0	0,0%	2	3,3%	16	26,2%
Totale	61	100,0%	61	100,0%	61	100,0%

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti

Valutazione e Miglioramento della Qualità

Nel 74,3% (156/210) delle UUOO analizzate, non è presente nell'UO un programma di valutazione e miglioramento della qualità delle attività. Nel 10% dei casi (21/210) il documento è in fase di realizzazione. Nel 15,2% dei casi (32/210) è stato realizzato un programma di MCQ che presenta non conformità rilevanti o lievi e nello 0,5% dei casi, cioè in una UO, il documento è presente e conforme.

Tabella 5: Esiste un programma di valutazione e miglioramento della qualità delle attività

	Frequenza	Percentuale
Assente	156	74,3
In fase di realizzazione	21	10,0
Non conformità rilevanti	15	7,1
Non conformità lievi	17	8,1
Conforme	1	0,5
Totale	210	100,0

Sistema informativo

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, all'elaborazione e all'archiviazione dei dati di struttura, di processo e di esito.

I dati di struttura rispondono alla domanda "di cosa si dispone" e comprendono le risorse umane, tecnologiche e strumentali a disposizione dell'UO.

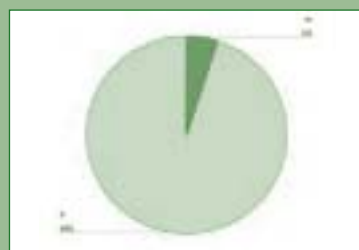
I dati di processo, invece, rispondono alle domande "cosa si fa" e "come si fa". Quindi, rientrano in questo ambito: il volume e la tipologia delle prestazioni, i tempi rilevati per le varie fasi, il materiale utilizzato per ciascun intervento, le risorse utilizzate per il singolo processo.

I dati di esito, infine, rilevano l'output e l'outcome del processo. Rispondono alle domande "come si è concluso il processo", "cosa si è ottenuto". L'output è il risultato di ogni singola prestazione, mentre l'outcome è il risultato durevole e globale sull'utente che ha fruito della prestazione; gli output si misurano sulle attività, gli outcome sugli utenti.

Raccolta dati

Il dato in oggetto è stato rilevato in 199/210 UUOO⁵. Dalla tabella di seguito riportata si evince che nel 95% (189/199) dei casi è presente una raccolta dei dati.

Tabella 6: Esiste la raccolta dei dati

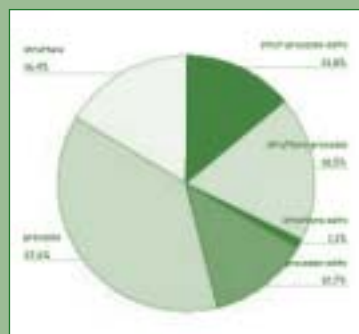


	Frequenza	Percentuale
Si	189	95
No	10	5
Totale	199	100

In particolare, le 189 UUOO che raccolgono i dati effettuano la seguente raccolta:

- il 13,8% (26/189) delle UUOO raccolgono tutte e tre le tipologie di dati (di struttura, processo, esito);
- il 18,5% (35/189) delle UUOO raccolgono i dati di struttura e di processo;
- l'1,1% (2/189) delle UUOO raccolgono i dati di struttura e di esito;
- il 12,7% (24/189) delle UUOO raccolgono i dati di processo e di esito;
- il 37,6% (71/189) delle UUOO raccolgono dati solo di processo;
- il 16,4% (31/189) delle UUOO raccolgono dati solo di struttura.

Tabella 7: Nelle UUOO sono raccolti i dati



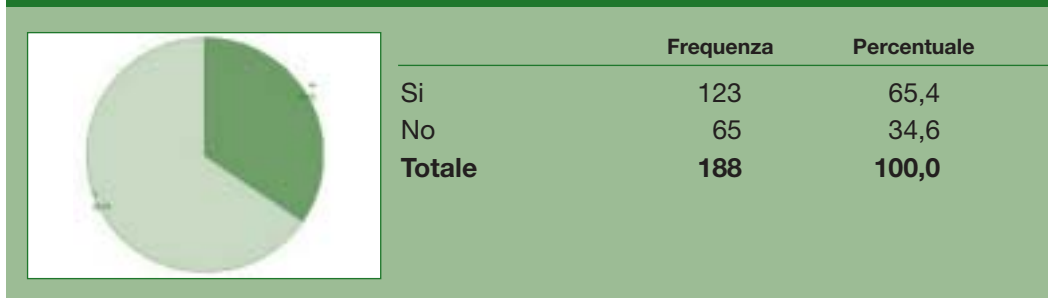
Tipologia di dati raccolti	Frequenza	Percentuale
Struttura-processo-esito	26	13,8
Struttura-processo	35	18,5
Struttura-esito	2	1,1
Processo-esito	24	12,7
Processo	71	37,6
Struttura	31	16,4
Totale	189	100,0

⁵ Per le 11 UUOO mancanti si veda la voce "nr" della metodologia di valutazione indicata a pag. 6

Analisi dei dati raccolti

Il dato in oggetto è stato rilevato in 188 delle 189 UUOO che effettuano una raccolta dati⁶, come calcolato dalla precedente tabella 26. Dalla tabella sotto riportata si evince che il 65,4% di esse (123/188) analizza i dati raccolti.

Tabella 8: Nell'UO vengono analizzati i dati raccolti



Attività di miglioramento

L'attività fin qui realizzata relativamente all'area Organizzazione e Management, anche grazie al metodo di intervento prescelto (bottom-up) ed alla validità degli strumenti di indagine predisposti (check list), ha consentito, innanzitutto, di avere un quadro completo della situazione delle unità operative coinvolte, in relazione ai singoli requisiti minimi previsti dal DPR del 14/01/1997 più volte citato.

Ha consentito altresì, individuati i punti deboli, la pianificazione delle azioni di miglioramento mirate, per singola unità e per singolo operatore titolare della funzione da migliorare, attraverso attività formative (che questo Ente ha già iniziato), di consulenza (la maggior parte delle quali ha inizio al termine delle attività formative) nonché attraverso la realizzazione del Manuale Qualità di seguito menzionato.

Il Manuale della Qualità organizzativo-manageriale

Il CEFPAS, da tempo impegnato nel campo della qualità in sanità, aveva già elaborato un documento per rispondere ai bisogni degli operatori sanitari. Il documento, denominato "Manuale della qualità organizzativo-manageriale", è stato redatto da valutatori di sistemi qualità dello staff della Direzione Generale già nel 2002. Nel 2003 è stato oggetto di revisioni ed aggiornamenti, in relazione alle esigenze e particolarità emerse durante i continui contatti con gli operatori delle UUOO di tutte le Aziende.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il CEFPAS ha deciso di adottare la metodologia proposta dalla normativa UNI EN ISO 9001 versione 2000, favorendo quindi un approccio per processi, così come avviene per le aziende che oggi richiedono la certificazione di sistemi di gestione per la qualità. Questa scelta favorisce anche le aziende che alla fine del progetto volessero procedere verso tale ambito traguardo.

Il manuale è composto da sezioni che rimandano ai macropunti dell'allegato tecnico del D.A. (es.: politica, obiettivi, attività = sez. 01.01 "Politica, obiettivi, attività"). All'interno del-

⁶ Per l'UO mancante si veda la voce "nr" della metodologia di valutazione indicata a pag. 6.

le sezioni, vi sono delle schede di processo, che forniscono un valido supporto alle unità operative nello stabilire, documentare, attuare e tenere aggiornato un sistema di gestione integrato per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni in accordo con i requisiti stabiliti dal DA.

Le strutture sanitarie devono solamente identificare i sub-processi o processi peculiari della loro realtà, e integrarli con quei macro-processi già identificati dal manuale in conformità al DA, adattando così il documento alla propria organizzazione.

Ogni scheda individua un processo e i relativi input e output, cioè definisce i dati in ingresso ed i documenti in uscita dal processo stesso. I documenti in uscita devono essere redatti, verificati, pubblicati dai diversi incaricati, ed infine allegati alla stessa scheda.

Alla fine del processo di elaborazione e personalizzazione del documento, i risultati attesi presso ogni struttura organizzativa sono:

- identificazione dei processi interni;
- statuizione di criteri e metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e l'efficiente controllo di questi processi;
- identificazione delle risorse necessarie e delle risorse disponibili per l'erogazione delle prestazioni e il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- attuazione delle azioni necessarie per il conseguimento dei risultati pianificati;
- miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Inoltre ogni struttura sanitaria sarà in grado di fornire evidenza documentale dell'adeguamento ai requisiti stabiliti dal DA.

A ciò si aggiunga che sarà avviato quel processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni da tempo auspicato e da ultimo ricordato anche dal PSN 2003-2005.

Attività formativa e di consulenza

Conclusa la fase di analisi della situazione e presentazione dei risultati alle Direzioni aziendali e agli operatori delle 210 Unità Operative coinvolte, è proseguita l'implementazione delle azioni di miglioramento attraverso la pianificazione e la realizzazione di corsi di formazione per le specifiche aree previste dal decreto assessoriale. Successivamente si è espletata attività di consulenza indirizzata quasi esclusivamente agli operatori che avevano frequentato i corsi.

Ogni Unità Operativa è stata chiamata a individuare un referente per ciascuna area-funzione. Il referente individuato, avente già un ruolo attivo all'interno della propria UO per quella specifica area, ha potuto approfondire le proprie conoscenze e competenze operative.

I corsi hanno mirato a formare ciascun referente all'ottimizzazione dei processi e delle attività inerenti la funzione svolta all'interno dell'UO, oltre che alla compilazione e gestione della documentazione necessaria per stabilire, attuare e monitorare un sistema di gestione per la qualità. I corsi, infatti, oltre a prevedere una parte teorica di sviluppo e approfondimento del tema, hanno previsto anche una parte operativa, finalizzata alla personalizzazione dei modelli operativi del "Manuale della qualità organizzativo-manageriale", realizzato dal gruppo QUOS [vedi p. 281]. Per raggiungere questo obiettivo, nella giornata finale del corso sono stati realizzati dei tavoli di lavoro con il supporto di un valutatore qualità QUOS, per far

si che ciascun operatore potesse personalizzare i documenti del Manuale. Alla fine del corso a ciascun partecipante sono stati consegnati i modelli su supporto informatico (scheda di processo, modulistica allegata e istruzioni operative per la compilazione e gestione).

Al fine di verificare l'efficacia dell'attività corsuale, i corsisti hanno compilato e trasmesso i modelli di cui sopra. I componenti il gruppo QUOS hanno analizzato i modelli di cui sopra e, in questa fase, hanno anche fornito attività di consulenza.

Sono stati realizzati i seguenti corsi:

- “Pianificazione Sanitaria: un approccio applicato al management dell’UO”: 9 edizioni cui hanno partecipato direttamente i primari. Sono stati formati in totale 169 responsabili di UO.
- “Gestione dei farmaci e reagenti nelle Unità Operative”: 4 edizioni del corso cui hanno partecipato 100 soggetti (soprattutto caposala, capotecnici, tecnici e infermieri).
- “Pianificazione della formazione nelle Unità Operative”: 4 edizioni del corso cui hanno partecipato 88 soggetti (soprattutto Responsabili di Unità Operativa e Dirigenti di struttura semplice).
- “Il materiale informativo dell’Unità Operativa come strumento di comunicazione all’utente” 3 edizioni del corso cui hanno partecipato 47 soggetti (soprattutto caposala, capotecnici, tecnici e infermieri).
- “Gestione della Qualità nelle Unità Operative” 4 edizioni del corso cui hanno partecipato 95 soggetti (soprattutto Responsabili di Unità Operativa e Dirigenti di struttura semplice).
- “Sistemi Informativi: progettazione, uso e modelli applicativi nelle Unità Operative”: 2 edizioni del corso cui hanno partecipato 45 soggetti (soprattutto caposala, capotecnici e dirigenti medici).

Sono state erogate n. 67 giornate di formazione e sono state effettuate n. 474 ore di docenza.

Accanto alle attività strettamente corsuali, sono state realizzate altre due attività a valenza teorico-pratica:

- Tavoli di lavoro (uno per ogni tipologia di UO) realizzati nell’ambito dell’area “Gestione dei farmaci e reagenti”. I tavoli, costituiti da referenti di area provenienti dalle tre UUOO (38 operatori selezionati in base alla dimensione degli ospedali: piccoli, medi e grandi) e da esperti nazionali (6 facilitatori), miravano a sviluppare un percorso di *benchmarking* orientato alla condivisione di modelli operativi che avrebbero poi costituito gli allegati alla scheda di processo presentata nel corso dell’attività formativa.
- *Workshop* (tre di una giornata ciascuno, realizzati nel mese di novembre 2003) relativi all’area della “Pianificazione Sanitaria”. I *Workshop*, rivolti a quei Responsabili di UO che non avevano ancora seguito il corso relativo, avevano lo scopo di supportare la realizzazione della documentazione attraverso una consulenza diretta fornita dai valutatori QUOS.

Area Qualità Percepita

Il progetto si propone di analizzare il grado di soddisfazione dei clienti interni ed esterni in rapporto ai servizi ed alle prestazioni erogate dalle Unità Operative di Laboratorio Analisi, Radiologia e Pronto Soccorso di tutte le strutture ospedaliere della regione coinvolte nel progetto.

Gli aspetti presi in considerazione per l'analisi della qualità percepita sono quelli del comfort, della comunicazione, dei rapporti interpersonali e dell'accesso alle prestazioni (prenotazione, liste d'attesa, cartellonistica, etc).

Le attività fin ora realizzate sono le seguenti:

1. Meeting responsabili URP, Uffici Qualità e referenti del progetto QUOS

È stato organizzato un incontro con responsabili URP, Uffici Qualità e referenti del progetto QUOS delle Aziende Sanitarie siciliane. Il meeting tenuto presso i locali del CEF-PAS, ha mirato ad informare i partecipanti sullo stato di avanzamento del progetto e sull'organizzazione dell'indagine da realizzare relativamente all'area in argomento. Ha mirato altresì a coinvolgere soggetti di cui sopra perché potessero supportare gli intervistatori durante la fase di rilevazione dei dati sul campo.

2. Corso di formazione intervistatori

Una volta conclusa la procedura di selezione degli intervistatori, sono stati convocati - in due scaglioni - i candidati collocatisi in posizione utile nelle graduatorie provinciali di idoneità. Sono state realizzate due edizioni del corso di formazione durante le quali è stato descritto agli intervistatori il progetto nella sua interezza ed è stata esaminata in modo specifico ed estensivo l'area relativa alla qualità percepita. In particolare, sono stati approfonditi e condivisi gli obiettivi di tale area, l'impostazione metodologica dell'indagine e gli strumenti strutturati per la rilevazione dei dati. Sono state, inoltre, realizzate con gli intervistatori numerose simulazioni per renderli più abili nella gestione delle interviste con i vari strumenti di indagine, sia dal punto di vista relazionale che contenutistico, e nell'approccio con le figure di riferimento da contattare prima dell'accesso alle strutture ospedaliere (Direttore sanitario, Responsabile URP, etc.). Alla fine della formazione è stato consegnato a ciascun intervistatore il materiale da utilizzare per lo svolgimento della propria attività (questionari, badge, piano di lavoro, materiale informativo, etc.).

Ad indagine in corso è stato, inoltre, necessario espletare alcune brevi edizioni del corso di formazione con gruppi di candidati convocati in sostituzione di intervistatori rinunciari.

Rispetto al numero di intervistatori previsto, pari a 64 (58 intervistatori sul campo e 6 telefonici), l'indagine è stata realizzata da un totale di 54 intervistatori, suddivisi nelle varie province in numero proporzionale al totale di interviste previste da campionamento.

3. Indagine ex ante

Sono state comunicate a tutti i Direttori sanitari, Responsabili URP, Uffici Qualità e Responsabili aziendali per il progetto QUOS delle Aziende, le date di svolgimento dell'indagine presso ogni singola struttura ospedaliera ed è stato inviato l'elenco degli intervistatori della provincia di appartenenza.

Nella medesima data hanno iniziato la loro attività gli intervistatori sul campo e quelli telefonici, che hanno intervistato i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta appartenenti al campione preliminarmente individuato. Tale gruppo di intervi-

statori ha espletato il proprio incarico dai locali della Sala Operativa del CEFPAS appositamente predisposta.

Globalmente sono stati raccolti 19.383 questionari, dei quali 17.318 sul campo e 2.065 telefonici, pari all'84,3% delle 23.000 interviste previste da campionamento (20.600 sul campo e 2.400 telefoniche).

La discrepanza tra interviste previste e realizzate è da imputare da un lato alla mancanza di disponibilità da parte di alcuni degli intervistandi (cittadini, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), e dall'altro alla differenza tra il numero di operatori in servizio durante le giornate di indagine e il numero degli stessi comunicato dalle Aziende.

4. Sala Operativa e Gruppo di Coordinamento

Durante tutto l'arco dell'indagine, presso la Sala Operativa, attiva tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00, è stato impegnato un Gruppo di Coordinamento. Tale gruppo ha coordinato e monitorato l'attività realizzata giornalmente dagli intervistatori, ha mantenuto i contatti con gli stessi e con le strutture ospedaliere e risolto in tempo reale i problemi che mano a mano sono insorti nello svolgimento delle attività. È stato, inoltre, attivato per l'intero periodo un numero verde al quale potevano rivolgersi sia gli intervistatori, sia tutti coloro che volevano contattare il CEFPAS per avere informazioni sull'indagine in corso.

5. Analisi dei dati

L'attività di immissione e convalida dei dati è stata completata ed è stato inoltre predisposto un database mediante l'utilizzo del software statistico SPSS per la successiva elaborazione.

L'attività è stata affidata ad un terminalista, adeguatamente formato sull'utilizzo del software di riconoscimento ottico dei caratteri. L'attività di cui sopra è consistita nella registrazione su supporto informatico, tramite scanner, dei questionari. Attualmente l'attività è in corso di completamento ed è in fase di stesura definitiva la metodologia per l'analisi e la redazione dei report su quanto emergerà dall'indagine. L'analisi includerà comparazioni e triangolazioni multiple ed altre metodologie di tipo quali-quantitativo.

Terminata l'attività di immissione dei dati e di redazione dei rapporti, questi ultimi saranno condivisi con le direzioni delle aziende interessate.

Qualità Tecnico-Professionale

Nell'ambito dell'area "Qualità tecnico-professionale" gli obiettivi da perseguire sono stati finalizzati al miglioramento delle prestazioni sanitarie, prevalentemente clinico-terapeutiche, erogate dalle UUOO e dagli operatori coinvolti coerentemente con gli obiettivi specifici del progetto QUOS. Questa scelta è in sintonia, tra l'altro, con il programma denominato "Clinical Governance" (in italiano "Governo Clinico"), ideato nel 1998 in Gran Bretagna per coinvolgere i Direttori generali delle aziende sanitarie britanniche a condividere gli obiettivi di salute e a sostenere le attività professionali di cui restano responsabili i clinici. L'intento è di collegare intimamente l'aspetto gestionale ed economico e quello relazionale alla qualità dell'assistenza sanitaria considerando che in sanità l'obiettivo primario è ottenere risultati di salute.

Obiettivo

Le strategie utilizzate prevedono:

- la definizione di un set di standards o requisiti minimi tecnico-professionali da integrare con i requisiti minimi previsti dal DPR n° 14/01/1997 recepiti in Sicilia con DA n° 890/2002 pubblicato in GURS del 28 giugno 2002, elaborati con il coinvolgimento “bottom up” degli operatori siciliani delle 210 UUOO ospedaliere coinvolte nel progetto;
- la scelta, la predisposizione e l’implementazione di una serie di Indicatori clinici prevalentemente di processo, ma anche di esito e di struttura, correlati a linee guida e protocolli comportamentali coerenti con i risultati attesi del progetto in grado di verificare alcuni aspetti importanti della qualità delle prestazioni e di monitorare l’efficacia delle azioni di miglioramento avviate.

Standard o Requisiti Minimi Tecnico-Professionali

Per definire gli standard o requisiti minimi tecnico professionali è stato adottato un approccio bottom up per coinvolgere, in modo più generalizzato possibile, gli operatori sanitari delle tre UUOO (Radiologia, Laboratorio e PS) partecipanti al progetto.

Alcuni workshops, ispirati al modello “benchmarking/consensus conference”, sono stati organizzati.

Gli operatori sanitari della Regione, che hanno partecipato ai vari incontri programmati, sono stati 383. Il coinvolgimento nelle singole UUOO ha reso possibile, in realtà, una partecipazione più ampia.

Metodologia

La metodologia ha previsto:

- a) il coinvolgimento dei professionisti (medici, infermieri, chimici, biologi, tecnici, etc.) delle tre discipline dei 72 Ospedali coinvolti;
- b) l’organizzazione al CEFPAS di un primo workshop per ognuna delle tre discipline aggregando i partecipanti in gruppi di lavoro suddivisi per figure professionali e livelli di responsabilità. Lo scopo era di elaborare e proporre, con la supervisione di esperti nazionali delle tre discipline, tre set di requisiti/standard minimi correlati al sapere, al saper fare e al saper essere formulati e proposti in rapporto a tre fasi:
 - 1) preanalitica per laboratorio e radiologia e di accesso per il PS;
 - 2) analitica-esecutiva (laboratorio e radiologia), di gestione dei pazienti critici per il PS;
 - 3) postanalitica (laboratorio e radiologia), di gestione dei pazienti non critici per il PS;
- c) la presentazione dei requisiti/standard agli operatori dei singoli ospedali per ottenere una revisione critica ed un consenso inter ed intraprofessionale;
- d) la rivalutazione dei requisiti/standard al CEFPAS con un nuovo workshop/consensus conference;
- e) una ulteriore rivalutazione a livello locale espressa dagli operatori delle singole UO attribuendo un peso numerico ai singoli requisiti/standard in modo da indicare il valore prioritario e l’importanza degli stessi;
- f) l’elaborazione definitiva degli standard da parte dello staff di progetto del CEFPAS dopo aver provveduto ad un intervento di sfolgimento del loro numero ed aver considerato le indicazioni degli operatori. È stata così proposta una check list, predi-

sposta sotto forma di questionario, da inviare alle singole UUOO dei vari ospedali (e alle autorità regionali) per verificare, con la tecnica dell'autovalutazione, i livelli di adesione;

- g) il programma prevede che un campione consistente, randomizzato, pari al 20%, venga sottoposto a visita di "accreditamento", nel luogo di lavoro, da operatori regionali opportunamente selezionati ed addestrati.

In riferimento a quanto emergerà da queste valutazioni (e dall'analisi delle performance cliniche rilevate dagli indicatori) saranno avviate specifiche attività formative sugli aspetti tecnico-professionali che coinvolgeranno le diverse figure professionali.

Risultati intermedi raggiunti: commento

Complessivamente l'esperienza, ancorché non conclusa, è risultata positiva.

Al di là dell'interesse e gradimento suscitato nel notevole numero di operatori sanitari coinvolti, meritano di essere sottolineati alcuni aspetti significativi:

- a) nei lavori di gruppo degli workshops, tenutisi al CEFPAS, sono stati definiti, bottom up, gli standard minimi professionali che dovrebbero caratterizzare la competenza delle varie figure di operatori a seconda della loro appartenenza alle UUOO di PS, Radiologia e Laboratorio e della loro collocazione nell'organigramma e funzionigramma delle proprie UUOO;
- b) sono emersi nei lavori di gruppo l'importanza ed il valore del confronto critico e propositivo del dibattito, della trasmissione di conoscenze ed esperienze, che ha contribuito ad aprire nuovi orizzonti, che ha creato le premesse per nuove acquisizioni professionali e più appropriati modelli organizzativi;
- c) è interessante sottolineare come il confronto abbia favorito il superamento di pregiudizi e di modelli abitudinari, inadeguati od obsoleti. È questo il caso, per esempio, delle UUOO di PS caratterizzate da una grande variabilità organizzativa ed operativa con modelli funzionali molto diversi legati all'esistenza di organici propri di estrazione internistica o chirurgica o mista, di modelli basati sulla rotazione di figure professionali appartenenti a discipline diverse che non sono in grado di garantire un minimo di competenze specifiche finalizzate alla mission del PS e di omogeneità comportamentali. Tutti gli operatori del settore hanno concordato ed indicato cosa bisogna sapere, e che cosa si debba saper fare. L'esempio, per analogia, vale per le UUOO di Radiologia e Laboratorio;
- d) è stata predisposta la fase operativa di autovalutazione utilizzando il questionario opportunamente preparato sulla base di check-list di requisiti o standard minimi dagli operatori. Successivamente è stata programmata una serie di "visite di accreditamento" presso un consistente numero di UUOO (20%) condotte da operatori appositamente formati per controllare la veridicità del lavoro di autovalutazione.

Indicatori Clinici

La strategia di approccio e di implementazione del programma sugli indicatori clinici ha preso in considerazione la realtà esistente caratterizzata dalle grande variabilità delle dimensioni delle strutture ospedaliere e territoriali, dei modelli organizzativi, delle prestazioni erogate ed erogabili, etc. In questo contesto era importante individuare indicatori sem-

plici, pertinenti, condivisibili, accurati, replicabili, ricavabili da una documentazione che dovrebbe essere omogenea e presente in tutte le realtà ospedaliere coinvolte.

Metodologia

Un primo set di indicatori prevalentemente di processo ed appropriatezza, ma anche di esito e di struttura, è stato individuato, definito e preliminarmente testato per saggiarne la fattibilità, in un campione di UUOO. Questa fase preliminare di attività è stata realizzata da un gruppo interprofessionale di esperti siciliani. Gli indicatori scelti si riferiscono ai tempi d'attesa, all'appropriatezza delle prestazioni, al contenimento dei costi conseguente alla diminuzione degli sprechi per ottenere una migliore efficienza logistico-operativa. Gli indicatori, che hanno un proprio rationale, sono correlati ad alcune linee guida (**Trauma cranico minore, Dolore toracico**), a protocolli di appropriatezza (**Elettroforesi proteica, Preparazione pazienti per urografia e clisma opaco, Markers cardiologici, Ecografia addome superiore**) e a standards di riferimento. Essi riguardano l'esecuzione, in elezione ed in urgenza, di prestazioni per pazienti ricoverati e ambulatoriali.

Ogni macro indicatore si articola, in genere, in sub-indicatori che esprimono i micro-processi essenziali che riguardano, ad esempio, il tempo di richiesta di un esame al laboratorio o alla radiologia, il tempo di arrivo e di esecuzione, il tempo di arrivo della risposta nell'UO del richiedente, la motivazione della richiesta, l'appropriatezza della stessa ed il risultato. Questi sub-indicatori si riferiscono a percorsi clinici e gestionali.

La prima versione, predisposta e proposta dal gruppo di esperti, è stata presentata al CEF-PAS nel corso di due workshops che hanno coinvolto oltre 200 operatori sanitari delle 210 UUOO dei 72 Ospedali partecipanti al progetto. La tecnica di coinvolgimento "bottom up" è stata abbastanza simile nella organizzazione e distribuzione esecutiva dei tavoli di lavoro interprofessionali, interdisciplinari, suddivisi anche per livelli di responsabilità, a quella adottata per gli standards professionali.

La modalità è stata particolarmente apprezzata dai partecipanti che si sono sentiti coinvolti e responsabilizzati in un programma di miglioramento largamente condiviso.

Il **set di 33 indicatori** predisposto (**correlati a LG, protocolli e standards di riferimento presentati e discussi durante gli workshops**) si riferisce a:

- **Radiografie del torace** in elezione per pazienti ospedalizzati.
- Tempi di attesa ed appropriatezza per **ecografie dell'addome superiore** per pazienti ambulatoriali.
- **Esami contrastografici** (clisma opaco e urografia) non eseguibili o da ripetere per insufficiente preparazione.
- **Markers cardiologici** per pazienti giunti in PS con sospetto infarto miocardico acuto (IMA).
- **Elettroliti serici (Na, K e CL)** per pazienti ospedalizzati.
- **Elettroforesi proteica** per pazienti ambulatoriali.
- **Trauma cranico minore:** Rx cranio, TAC cerebrale, Consulenza specialistica, N° di ricoveri, modulo di istruzioni per la dimissione dei pazienti giunti in PS.

Il programma ha previsto una serie di criteri per la raccolta dei dati secondo tempi e quantità predefiniti rapportati al n° di posti letto e ai livelli di attività delle UUOO e degli ospedali coinvolti. I criteri sono riassunti nelle tab. 1 e 2.

Tabella 1: Criteri per la raccolta dati degli indicatori riferiti al trauma cranico minore e ai markers cardiologici

UO di PS con accessi annuali	N° di casi consecutivi nel periodo considerato
< 15.000	10 casi
Tra 15.000 e 25.000	15 casi
Tra 25.000 e 40.000	30 casi
> 25.000	50 casi

Tabella 2: Criteri per la raccolta dati degli indicatori riferiti alle UUOO di radiologia e di laboratorio

Rx torace eseguiti in pazienti ricoverati nelle UUOO di Medicina e Chirurgia	Primi tre giorni della prima e della quarta settimana del mese
Ecografia addome superiore (pazienti ospedalizzati)	Seconda settimana del mese: tutti i casi
Carente preparazione di pazienti ospedalizzati ed ambulatoriali che devono eseguire un esame contrastografico	Prime due settimane del mese (minimo 10 casi)
Elettroliti serici in pazienti ospedalizzati	Primi 4 gg. della prima settimana del mese

La metodologia prevedeva una raccolta retrospettiva (effettuata nel dicembre 2001) per avere come riferimento i dati di partenza, e successive raccolte prospettiche a distanza di un anno l'una dall'altra (nel 2002 e 2003) per monitorare e verificare i cambiamenti ottenuti in progress. Per evidenziare la variabilità distributiva dei dati di ogni indicatore è stato deciso di calcolare il valore medio + e - la deviazione standard.

I risultati degli indicatori, dopo ogni fase, sono stati inviati in forma sia complessiva che analitica e confidenziale alla direzione delle Aziende, ai Responsabili della qualità delle stesse e ai Responsabili delle UUOO coinvolte e all'Assessorato Regionale della sanità. Le informazioni sono state accompagnate da una lettera di commento sui più significativi dati emersi e di suggerimenti migliorativi.

All'inizio del 2004 è stata avviata, nell'ambito del comitato tecnico degli esperti, una approfondita analisi delle attività svolte e dei risultati ottenuti. È stato così possibile riconsiderare il progetto alla luce di alcune evidenze emerse (ad esempio per gli indicatori Rx torace, elettroliti serici, elettroforesi proteica) che hanno dimostrato come dal punto di vista operativo (tempi di richieste, di esecuzione di prestazioni e di arrivo al richiedente del risultato, tempi di attesa, etc.) le performances fossero complessivamente buone, mentre gli aspetti legati all'appropriatezza risultassero in taluni casi carenti. È stato pertanto proposto qualche aggiustamento e sfoltimento degli indicatori rilevati ed una integrazione per aggiungere alcuni nuovi indicatori correlati alla adozione di Linee Guida e Protocolli riguardanti il trauma del rachide cervicale, il trattamento delle crisi di asma bronchiale moderate e gravi, l'appropriatezza nell'esecuzione in PS di INR/PTT e l'acquisita certificazione da parte del personale medico ed infermieristico in BLS-D, ACLS e ATLS.

Risultati

I risultati raggiunti al momento dell'elaborazione di questo rapporto si riferiscono alle fasi retrospettive del dicembre 2001 e prospettive del 2002 e 2003. Essi hanno evidenziato un trend generale positivo che di seguito commenteremo focalizzando l'attenzione sui risultati raggiunti riportando, nelle tabelle allegate, i dati più significativi:

- Il numero di UUOO delle tre discipline coinvolte, che hanno attivamente partecipato al programma raccogliendo i dati sugli indicatori, si è attestato su valori vicini al 50%. Dalla prima raccolta retrospettiva alla seconda di monitoraggio, si è verificato un aumento di risposte per il laboratorio (da 39 a 43) e per il PS (da 32 a 40), a fronte di una stazionarietà per la radiologia (32). Nella raccolta del dicembre 2003 si è notata una controtendenza più evidente per le UUOO di radiologia. Va sottolineato che nell'85-90% dei casi si è verificato una costante partecipazione delle stesse UUOO nelle tre fasi esaminate.
- I risultati più significativi dei diversi indicatori considerati evidenziano un trend complessivo di miglioramento (tra il 5 ed il 20%) riferito sia all'efficienza ed efficacia operativa, che all'appropriatezza delle azioni eseguite. Per quanto riguarda la variabilità dei dati, riferita ai singoli indicatori, essa risulta essere tendenzialmente più marcata in rapporto all'appropriatezza comportamentale, rispetto ai processi operativi. Diversi indicatori che si riferiscono agli aspetti operativi dell'attività (soprattutto di supporto diagnostico) non presentano significative variazioni nelle tre fasi perché partono già da situazioni buone od ottime. Questo è il caso non solo del Rx torace che risulta stabilizzato su standard elevati (intorno al 93%) riferiti ai tempi di richiesta, di esecuzione e di disponibilità del referto per il richiedente, ma anche degli esami di laboratorio (elettroliti serici, elettroforesi proteica) con standard prossimi od uguali al 100%.
- **Rx torace non urgente per pazienti ricoverati.** Si conferma quanto avevamo preannunciato a proposito dei tempi di esecuzione (entro 24 ore) e di disponibilità del referto per il richiedente (48 ore) complessivamente soddisfacenti che partendo da valori superiori al 90% migliorano di 2-3 punti percentuali. Più interessante risulta l'indicatore "presenza di richieste clinicamente motivate" che dal 59,6% (2001) passano al 63,5% nel 2003 valore ancora abbastanza lontano dallo standard prefigurato (90%). L'indicatore di appropriatezza della richiesta di Rx torace per sospetto diagnostico di pnx, versamento pleurico, neoplasia polmonare, scompenso cardiaco o broncopneumonia si colloca su valori elevati nelle tre fasi attestandosi su valori tra il 73 e l'83%.
- **Ecografia dell'addome superiore eseguita ambulatoriamente non in urgenza.** Per questo indicatore è interessante rilevare come i tempi di attesa per la sua esecuzione rispettino, nel 79% dei casi, lo standard di 24 gg, mentre la disponibilità dei referti per i pazienti (nei 5 gg prestabiliti) sia garantita nel 100% dei casi. Si evidenzia un significativo incremento del numero di richieste motivate (dal 67% della fase pre al 82,7% della 2° fase post: *standard previsto 90%*). Sono aumentati anche

i referti patologici dal 31,6% al 46,4%, mentre la conformità del referto rispetto al sospetto diagnostico si è stabilizzata intorno al 36-40 %.

- **Esami contrastografici (clisma opaco ed urografia) non eseguiti o eseguiti in modo insoddisfacente per mancata o carente preparazione.** Nel caso dei pazienti ricoverati si è passati dal 16,5 % della fase “pre”, al 7,8 % della fase “post” del dicembre 2003; nel caso dei pazienti ambulatoriali si è passati nelle stesse fasi dal 19 % all’ 11,3%. La migliore performance ospedaliera sta ad indicare un più attento adeguamento al protocollo correlato.
- **Gestione del paziente con trauma cranico minore in PS.** È questo un approccio che si è articolato su più obiettivi correlati alla linea guida discussa nel workshop preparatorio e diffusa capillarmente. Risulta come l’eccessivo ricorso al Rx cranio (59,6% nel 2001) sia successivamente calato al 47,6% del 2002 e al 39,6% del 2003 (*standard predefinito 10%*). Per contro il ricorso alla TAC è salito dal 12,4% al 20,4% (*standard predefinito 25%*). Interessante è l’andamento del numero dei ricoveri, ancorché altalenante, che dal 22,1% del 2001 è calato al 14% nel 2003. Rilevante il dato che si riferisce al numero di pazienti inviati a domicilio con il foglio di istruzioni che è passato dal 55,4% del 2002, al 83,9% del 2002 e al 85,4% del 2003 (*standard 95%*).
- **Marker cardiologici in pazienti giunti in PS per sospetto IMA.** L’esecuzione dei prelievi in PS per i markers ed il tempo di invio al laboratorio (entro un’ora), l’esecuzione dell’esame (entro 30 m’) ed il ricevimento del referto nelle UUOO di PS (entro 30 m’), era stato volutamente riferito a standard più elevati rispetto a quelli nazionali ed internazionali nella consapevolezza che questo problema era particolarmente critico nella Regione Siciliana. Questi tempi hanno ottenuto valori % di conformità rispetto agli standards predefiniti su valori oscillanti intorno al 90%.
Un punto debole era legato alla scelta dei marker da utilizzare in modo appropriato in urgenza, problema legato anche alla disponibilità dei singoli laboratori di dosarli. È stata soprattutto nella fase retrospettiva che si è manifestata una grave inappropriata di marker specifici. Si è, infatti, evidenziata una eccessiva e generalizzata richiesta di marker cardiologici spesso inappropriati (minimo 3, più frequentemente 4 o 5 per paziente) ed una indisponibilità di alcuni laboratori ad eseguire marker appropriati. Tale disponibilità è nettamente migliorata nella valutazione prospettica.
- **Elettroliti serici richiesti in elezione per pazienti ricoverati.** A fronte di una disponibilità del referto entro i tempi definiti, che si attesta su valori del 100%, si evidenzia un’eccessiva richiesta inappropriata di elettroliti.
- **Elettroforesi proteica richiesta in elezione per pazienti ambulatoriali.** Vale quanto detto sugli elettroliti serici per quanto riguarda l’eccessiva richiesta inappropriata. Il tempo di esecuzione (3 gg) e la disponibilità della risposta entro 5 giorni che erano già rispettati nel 98% dei casi in partenza (98%) sono arrivati nel 2002 e 2003 a valori pari o prossimi al 100%.

Conclusioni

Il positivo coinvolgimento di numerosi operatori siciliani e le risposte operative finora ottenute, confermano la validità e l'utilità dell'esperienza. Gli indicatori prescelti sono stati definiti ed approvati dopo un ampio coinvolgimento di operatori sanitari delle UUOO di Radiologia, Laboratorio e Pronto Soccorso.

I risultati sono stati complessivamente soddisfacenti anche se le UUOO che hanno partecipato attivamente non hanno superato il 50% delle previste. Tra le cause è opportuno ricordare come la scelta dei partecipanti agli workshops sia stata fatta dai dirigenti responsabili delle UUOO che, purtroppo, non sempre li hanno sostenuti nella fase applicative all'interno dell'UO di provenienza. Essi, pur avendo manifestato grande soddisfazione perché si sono sentiti coinvolti e responsabilizzati, bottom up, in un programma di miglioramento largamente condiviso, concreto e realistico, si sono scontrati con le organizzazioni di provenienza e soprattutto con i leaders delle loro UUOO poco sensibili e recettivi. L'impegno generale espresso per applicare il programma, sia **nella prima fase (retrospettiva)** che fotografa la situazione di partenza, che **nelle fasi successive (prospettive)** necessarie per monitorare e verificare i cambiamenti migliorativi ed i risultati ottenuti e/o ottenibili, ha consentito una buona risposta, ma non generalizzata. È questo un fenomeno non sorprendente. È, infatti, noto che esiste un gap tra coloro che sono delegati a rappresentare un gruppo ed i componenti stessi del gruppo. Ciò che sembra acquisito nella fase formativa di un singolo, non è così scontato nella fase applicativa quando si cala nel proprio ambiente di lavoro. Tanti sono gli elementi turbativi che intervengono. Il più delle volte chi cerca di introdurre innovazioni viene considerato come uno che altera le abitudini, che interferisce sui ritmi di lavoro e sui rapporti tra operatori. Nel nostro caso, la scarsa disponibilità alle innovazioni che si è manifestata in diversi organici delle UUOO, ha creato resistenze soprattutto quando è mancata una leadership motivata e valida. In ultima analisi, sulla base di queste considerazioni, il numero di UUOO che hanno partecipato attivamente al progetto può essere considerato lusinghiero.

In alcuni casi le risposte delle singole UUOO sono state parziali, riferite solo ad alcuni indicatori corrispondenti alla specifica disponibilità dei dati. Si è anche visto che in una minoranza dei casi è mancata una consequenziale corrispondenza tra le UUOO che hanno risposto nella prima fase retrospettiva e successivamente nella seconda e terza prospettica. Considerando che i valori medi, con le rispettive deviazioni standard, degli indicatori espressi dalle UUOO che hanno partecipato alle tre fasi non si discostano significativamente dai valori calcolati sulla totalità dei dati pervenuti, abbiamo considerato che il campione che si è generato nella raccolta completa dei dati può essere considerato rappresentativo pur non essendo omogeneo. È questo il motivo che ci ha indotto, per evitare ridondanze, a non presentare tutti i dati in dettaglio.

È importante sottolineare che il nostro progetto di miglioramento, che investe numerose UUOO rappresentative di una macro realtà ospedaliera, non corrisponde esattamente e metodologicamente ad una ricerca scientifica, tipo trial clinico. L'obiettivo è di migliorare delle performance documentabili come significativo valore di tendenza. Gli indicatori prescelti sono stati, infatti, definiti ed approvati dopo un ampio coinvolgimento di operatori sanitari delle UUOO di Radiologia, Laboratorio e Pronto Soccorso.

È ormai concettualmente acquisito che gli approcci clinico-professionali e gestionali do-

vrebbero essere armonizzati con quelli relativi alla percezione e ai rapporti relazionali. Il progetto QUOS con la sua apertura “globale”, rappresenta un importante tentativo di superare la contrapposizione tra approccio clinico-professionale e gestionale. Esso si propone di garantire un continuo miglioramento dello standard generale di assistenza clinica, di ridurre le variazioni degli outcome, di garantire l’accesso ai servizi e, ogni qual volta sia possibile, che le decisioni cliniche si basino su evidenze documentate ed aggiornate (EBM). Migliorare un indicatore significa migliorare una performance clinica-organizzativa che corrisponde ad un progetto di MCQ.

Il progetto, e nel caso specifico l’esperienza riferita agli indicatori clinici, appare fortemente innovativo per la globalità dell’approccio, per le metodologie adottate, per la concretezza degli obiettivi. Esso dimostra come sia possibile coinvolgere diffusamente, in una visione di sistema, un numero elevato di operatori e di strutture sanitarie.

Le azioni ed attività operative prodotte, che si sono sviluppate secondo un trend graduale di efficacia, efficienza ed appropriatezza, permettono di prevedere come la significativa, seppur parziale, crescita culturale ed operativa sin qui ottenuta, possa aprire nuove interessanti prospettive di Miglioramento della Qualità dell’Assistenza Sanitaria non solamente limitate al contesto Siciliano.

Quanto è stato fatto in Sicilia è sicuramente trasferibile in altre realtà. Il modello può essere considerato alla stregua di una buona linea guida o percorso assistenziale da applicare, nelle diverse realtà locali, con sufficiente flessibilità legata alle diverse specificità e al livello di comprovata efficacia dell’esperienza siciliana.

In conclusione gli attuali risultati sono soddisfacenti e promettenti perché dimostrano come:

- il coinvolgimento degli operatori siciliani nel progetto QUOS sia in progressivo aumento;
- la disponibilità e la qualità dei dati correlati agli indicatori clinici seguano un trend positivo;
- il trend riguardi anche l’appropriatezza delle richieste di prestazioni e di erogazione di servizi;
- la fase applicativa di questa parte del progetto di MCQ sia legata all’adesione a linee guida cliniche e gestionali correlate ad attività di miglioramento su specifici problemi coerenti con l’obiettivo finale di implementare un sistema qualità nelle realtà ospedaliere Siciliana coerentemente con lo spirito ed i principi del “Clinical Governance”;
- numerose UUOO delle tre aree coinvolte abbiano collegato alcuni obiettivi raggiunti o da raggiungere:
 - a) con gli standard professionali (proposti dagli operatori sanitari nel corso del progetto), gestionali/organizzativi e di qualità percepita-relazionale del DPR n° 59/97 e del DA n. 890/2002;
 - b) con il budget di UO;
- l’avvio di attività formative e di sostegno e di specifici progetti di MCQ, il continuo monitoraggio dei processi intrapresi e dei risultati ottenuti, permetteranno di correggere diverse carenze evidenziate;
- la prossima raccolta prospettica, che prevede alcuni nuovi e condivisi indicatori clinici, contribuirà al miglioramento delle performance dei 72 ospedali coinvolti, soprattutto, ma non solo, delle UUOO di Radiologia, Laboratorio e Pronto Soccorso.

Direzione del Progetto QUOS:

Rosa G. Frazzica (Direttore Generale), Salvatore E. Giambelluca (Direttore della Formazione), Giuseppe Miceli (Direttore Amministrativo).

Hanno partecipato alla realizzazione del Progetto QUOS:

Prof. Franco Ferraro, Coordinatore scientifico; Dott. Giovanni Avellone, Responsabile Amministrativo.

Gruppo di lavoro Cefpas:

Dr. Oscar Vancheri, Responsabile UO "Organizzazione & Management", Dr.ssa Daniela Oliva, Collaboratore amministrativo (Organizzazione & Management), Dr. Angelo D'Antona, Collaboratore Valutatore (Organizzazione & Management), Dr.ssa Alessandra Catino, Collaboratore Valutatore (Organizzazione & Management), Dr. Dario Di Maria, Collaboratore Valutatore (Organizzazione & Management), Dr. Giuseppe Dainotto, Collaboratore Valutatore (Organizzazione & Management), Dr.ssa Giulia Maggiore, Collaboratore Valutatore (Organizzazione & Management), Dr. Sergio Testaquadra, Collaboratore Biologo (Qualità Tecnico-Professionale), Dr. Giovanni Centineo, Medico Igienista (Qualità Tecnico-Professionale), Dr.ssa Marilena Pinco, Collaboratore Psicologo (Qualità Percepita), Dr.ssa Roberta Arnone, (Responsabile Ufficio Qualità Cefpas), Dr. Michele Profeta, Assistente Amministrativo, Dr.ssa Linda Falzone, Assistente Amministrativo, Dr. E. Martinez (Qualità Tecnico-Professionale), Dr. P. Di Mattia, (Qualità Tecnico-Professionale/Qualità Percepita), Dr. C. Muscarnera (Qualità Percepita).

Comitato tecnico scientifico e gruppo di lavoro per gli indicatori clinici

Referenti nazionali

Dr. Ivo Casagrande, Dir. D.E.U. A.O. S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; Dr. Roberto Lagalla, Direttore Clin. Radiologica A. Policlinico P.Giaccone, Palermo; Prof. Mario Plebani, Dir. Laboratorio e Dip. Interaziendale di Med. di Laboratorio. A.O. Padova, Padova; Dr. Franco Tosato, Dir. U.O. P.S. A.O. Padova e D.E.U. interaziendale, Padova.

Referenti regionali

Dr. Piero Bonomo, Direz. San. P.O. Maggiore, Modica (RG); Dr. Pietro Bonomo, Immunematologia A.O. O.M.P.A. Civile, Ragusa; Dr. Giuseppe Cammilleri, Uff. Qualità A.O. Umberto I, Enna; Dr. Domenico Colimberti, Uff. Qualità A.R.N.A.S. Civico e Benfratelli, Palermo; Dr. Aulo S. Di Grande, P.S. A.O. S. Elia, Caltanissetta; Dr. Alessandro Falzone, Radiologia A.O. S. Elia, Caltanissetta; Dr. Virgilio Giarratana, P.S. P.O. Regina Elena, Comiso (RG); Dr. Elio Giarratano, Radiologia A.O. S. Elia, Caltanissetta; Dr. Vito Giustolisi, P.S. Med. Urg. P.O. Regina Margherita, Catania; Dr. Mario Leonardo, Neuroradiologia A.O. Canizzaro, Catania; Dr. Giuseppe Lavima, Laboratorio analisi P.O. Busacca, Scicli (RG); Dr. Arturo Longo, Radiologia A.R.N.A.S. Civico e Benfratelli, Palermo; Dr. Giuseppe Macca, U.O. Chirurgia – Uff. Qualità A.O. Umberto I, Siracusa; Dr. Giuseppe Narbone, P.S. A.O. S. Elia, Caltanissetta; Dr. Giuseppe Noto, Uff. Qualità AUSL 6, Palermo; Dr. Filippo Santagati, Laboratorio Analisi A.O. S.Elìa, Caltanissetta; Dr.ssa Maria Gabriella Torregrossa, Radiologia A.O. S.Elìa, Caltanissetta, Dr. Ferdinando Di Vincenzo, Laboratorio Analisi A.O. S.Elìa.

Responsabili uffici qualità e responsabili aziendali QUOS

Dr. Fernando Lo Presti, **AUSL 1**; Dr. Amendolagine, Dr. ssa Antonella Campo, **AUSL 2**; Dr. D. Torrisi, Dr.ssa M. Teresa Nisi, **AUSL 3**; Dr.ssa Antonietta Arcidiacono, **AUSL 4**; Dr. Giuseppe Longhitano, **AUSL 5**; Dr. Giuseppe Noto, **AUSL 6**; Dr. Giuseppe Savà, Dr. P. Bonomo, **AUSL 7**; Dr. Franco Ingala, **AUSL 8**; Dr. A. Pirrone, **AUSL 9**; Dr. ssa Anna Rita Mattaliano, Dr.A. Seminerio, **AO S.Giovanni Di Dio**; Dr. C. Muscarnera, **AO Ospedali Civili Riuniti**; Dr. Lantieri, Dr. Elio Virone, **AO S.Elia**; Dr. D'Aquila, Dr. Giuseppe Rinzivillo, **AO Vittorio Emanuele III**; Dr.ssa Anna Colombo, **ARNAS Garibaldi - S. Luigi S. Currò - Ascoli Tomaselli**; Dr.ssa G. Bonanno, Dr. ssa A. M. Longhitano **AO Cannizzaro**; Dr. A. Catavorello, Dr. Francesco Barletta **AO Gravina**; Dr. Giuseppe Cammilleri **AO Umberto I**; Sig.ra Anna Luongo, Dr. Gaetano Ferlazzo **AO Papardo**; Dr.ssa Antonia Mangano **AO Piemonte**; Dr. Domenico Colimberti **ARNAS Civico Benfratelli - Di Cristina - Maurizio Ascoli**; Dr.ssa Marilina Failla **AO Villa Sofia - C.T.O.**; Dr. ssa Katia Lo Presti **AO Cervello**; Dr. Marco Pitarresi, Dr. P. Bonomo **AO O.M.P.A. - Civile**; Dr. Sergio Tarascia, Dr. Giuseppe Macca **AO Umberto I**; Dr.ssa Maria Anelli **AO S. Antonio Abate**.

Riferimenti bibliografici

1. Perraro F. Qualità dell'assistenza Sanitaria.: metodologia di valutazione e di miglioramento. in Rapporto Sanità 97, Il Mulino Ed.; 1977 pag. 341-404.
2. Perraro F. Valutazione e miglioramento della qualità nel sistema sanitario. in Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri. C.G. Edizioni Medico Scientifiche Torino. 2000.
3. Morosini P, Perraro F. Enciclopedia della gestione di qualità in sanità. CSE Torino; II edizione. 2001.
4. Perraro F. L'appropriatezza dei servizi sanitari. In "l'organizzazione e la gestione delle risorse nella sanità pubblica: qualità e creatività" I Quaderni di Panorama della Sanità. 1996.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Men Fund Q 1966; 44: 166-206.
6. Saturno PJ. Quality in health care: model, labels and terminology. Int J Qual Health Care. 5: 373-374. 1999.
7. Vernerio S, Leone G. Peano L. et al. Un sistema di qualità per la qualità del sistema. CSE. Torino 2002.
8. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int. J Qual Health Care. 12: 169-175. 2000
9. Cinotti R. La qualità nella sanità. In Conti T, De Risi P. (ed) Manuale della Qualità. Il Sole 24 Ore. 2001.
10. Donna G, Nieddu S, Bianco M. Management sanitario. CSE. Torino. 2001 24 Ore, 2001.
11. Morosini P, Palumbo G. Variabilità nei servizi sanitari. CSE. Torino. 2004.
12. Council of Europe Recommendation No. R(97) on the development and implementation of quality improvement system (QIS) in health care Council of Europe, Strasbourg 1997. Also available at www.coe.int.

13. Sakett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312: 71-72; 1996.
14. Council of Europe Recommendation No. R(13) on the developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices.
15. Plebani M, Trenti T. *Praticare il governo clinico: qualità, efficacia e professionalità in medicina*. CSE: Torino 2002.
16. Casagrande I, Perraro F. *Clinical Governance. Decidere in Medicina*. 2002; 6: 2-7.
17. Herald SR, Schiller G, Aitken M, et al. Continuous quality improvement: educating toward a culture of clinical governance. *Quality in Health Care*. 2001; 10: ii70-ii78.
18. Bero L, Grilli R et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 1998; 317: 465-468.
19. Grimshaw JM, Shirran T et al. Changing provider behaviour: an overview of systematic review of interventions. *Medical Care*. 2001;39-Suppl 2-II2-45.
20. Loeb J M. The current state of performance measurement in health care, *Int J Qual Health Care*. 2004; (suppl 1) i5-10.
21. Mainz J. Quality indicators: essential for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2004; 16 (suppl.1): i2-3.
22. Focarile F. *Gli indicatori*. Torino. Centro Scientifico Editore (II edizione). 2001.
23. Portelli B, Williams J, Collopy B. Using clinical indicators to change clinical practice. *J. Qual. Cli. Practice* 1997, 17, 195-202
24. Morosini P. *Griglie di valutazione in sanità*. CSE. Torino. 2000.
25. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). *CONQUEST overview: a computerised needs-oriented quality measurement evaluation system*. Rockville, Maryland. CONQUEST è consultabile al sito internet www.ahcpr.gov/qual/conquest.htm1999.
26. JCAHO. *National library of healthcare indicators*. Oakbrook Terrace, IL, Joint Commission. 1997.
27. Gayton Carrol J. *Monitoring with indicators: evaluating the quality of patient care*. Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland.1998
28. Collopy BT, Williams J, Rodgers L, et al. The ACHS Care Evaluation program: a decade of achievement. *J Qual Clin Pract* 2000; 20:36-41.
29. ACHS Care Evaluation Program. *Hospital-wide medical indicators, version 6*. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Sydney. 1998.
30. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care* 2000.12:211-216.
31. CEFPAS. *Quality blooms in Sicilian hospitals*. 7th European Forum on Quality improvement in Health Care. Edimburgo (Scozia) 21-23 marzo 2002
32. Frazzica R.G., Perraro F., Arnone R. et al. *A bottom up approach used to build Quality system in Sicilian hospitals*. 19th International Conference of ISQua. Parigi 4-8 novembre 2002.
33. Frazzica R.G., Giambelluca S.E., Perraro F. et al. *Sicilian Hospitals are building a culture of Quality*. 10th Annual Conference of EUPHA. Dresda. 28-30 novembre 2002.

34. Frazzica RG, Giambelluca SE, Perraro F, Morosini P, Arnone R, Centineo G, Pinco M, Testaquadra S, Vancheri O. *Miglioramento Continuo della Qualità negli ospedali in Sicilia*. QA Supplemento 2002.13:142-153.
35. Frazzica P, Perraro F, Martinez E. Development and implementation of clinical indicators in a project involving 72 sicilian hospitals. 21st international ISQua Conferencia. 19-22 october 2004. Amsterdam: 278.