

Corso di Formazione  
***Risk Management e Professione Infermieristica:  
valutazione, controllo, responsabilità.***

**CORSO DI FORMAZIONE**



***Risk Management e  
Professione Infermieristica:  
valutazione, controllo,  
responsabilità.***

Dott. Duilio Loi

**OBIETTIVI**

- Favorire l'acquisizione di una cultura diffusa e permanente per la tutela e sicurezza dell'utente.
- Conoscere, promuovere e gestire gli strumenti per l'individuazione degli eventi sentinella nelle realtà sanitarie.
- Favorire una visione del governo clinico come modello organizzativo, per la determinazione del Sistema Qualità.

**CONTENUTI**

**1° giornata**

- Complessità in sanità
- Sanità Italiana: dalla Costituzione Repubblicana ai modelli Regionali;
- Introduzione ai “sistemi qualità”;

**CONTENUTI**

**2° giornata**

- Inquadramento del “fenomeno”
- Revisione normativa, giuridica e scientifica, sugli eventi sentinella nel sistema sanitario ;
- Concetto di responsabilità professionale e sue implicazioni, nell’attuale panorama sanitario;
- Modelli e sistemi organizzativi: risorse e vincoli.

## **2° giornata**

- Gli strumenti del Risk Management: un approccio conoscitivo e metodologico;
- Gli eventi sentinella: tipologie, prevalenza e incidenza;
- Gli eventi sentinella: strategie e rimedi;
- Orientamenti per la costruzione del piano di riduzione del rischio.

**COMPLESSITA' IN SANITA'**



## LA COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

### PERCHE' UNA COSTITUZIONE?

- per sancire i fondamenti della volontà popolare come cardine dell'esercizio del potere
- ogni regime politico fonda sul bisogno di regole comuni a cui parametrare i comportamenti di chi agisce e vive in un contesto dato
- primi documenti costituzione
  - magna charta libertatum (g.b. – 1215)
  - bill of rights (g.b. – 1689)

## **LA COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

### **PERCHE' UNA COSTITUZIONE?**

#### **prime costituzioni in senso moderno**

- dichiarazione d'indipendenza (usa 1776)
- costituzione (usa-1787) "tutti gli uomini sono creati uguali
- dichiarazione dei diritti dell'uomo (f – 1789)
- costituzione repubblicana (f- 1791)

#### **costituzione italiana**

approvata 22 dicembre 1947, elaborata da 75 padri della costituzione

139 articoli divisi in 3 parti:

- principi fondamentali
- diritti e doveri del cittadino
- ordinamento della repubblica

## **"FILOSOFIA" DELLA COSTITUZIONE ITALIANA**

il credo filosofico della nostra costituzione fonda il suo cardine nella persona intesa come valore fondamentale di ogni società in questo riprende i temi della tradizione cristiano-sociale che rappresentano la sintesi nobile, non il compromesso tra i principi dei cattolici e gli ideali socialisti che animavano i padri durante il loro lavoro di stesura

**ARTICOLI DI RIFERIMENTO PER UN BREVE  
EXCURSUS SANITARIOCENTRICO**

**PARTE PRIMA**

**ARTICOLO 1**

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

**ARTICOLO 2**

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

**ARTICOLO 3**

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

**ARTICOLO 4**

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società

### **ARTICOLO 8**

Tutte le confessioni religiose sono egualmente libere davanti alla legge. Le confessioni religiose diverse dalla cattolica hanno diritto di organizzarsi secondo i propri statuti, in quanto non contrastino con l'ordinamento giuridico italiano. I loro rapporti con lo Stato sono regolati per legge sulla base di intese con le relative rappresentanze

### **ARTICOLO 32**

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

## **EVOLUZIONE DEL S.S.N.**

### **1978 – LEGGE N° 833**

- Partecipazione
- Ruolo preponderante dei Comuni che nominano le Assemblee della U.S.L. e i Comitati di Gestione

### **1992 – DECRETO LEGISLATIVO N° 502**

- Aziendalizzazione
- Ruolo preponderante delle Regioni che nominano i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
- Gestione tecnico-manageriale

### **1999 – DECRETO LEGISLATIVO N° 229**

- Programmazione
- Ruolo preponderante dello Stato, rientro dei Comuni nel controllo delle Aziende Sanitarie, limiti al ruolo delle Regioni
- Gestione amministrativa

Corso di Formazione  
***Risk Management e Professione Infermieristica:  
valutazione, controllo, responsabilità.***

**PRESUPPOSTI CARATTERIZZANTI L'OFFERTA DI  
SERVIZI IN SANITA'**

**1978 – LEGGE N° 833**

- “Dare tutto a tutti”
- La salute non ha prezzo
- Risorse teoricamente infinite

**1992 – DECRETO LEGISLATIVO N° 502**

- “I livelli uniformi di assistenza”
- La salute è un bene primario, ma tutto ciò che viene erogato per la sua tutela non sempre è razionale
- Le risorse sono predefinite: necessità di razionalizzazione

**1999 – DECRETO LEGISLATIVO N° 229**

- “I livelli essenziali e uniformi di assistenza”
- Il S.S.N. tutela la salute dei cittadini ma eroga solo prestazioni provatamente efficaci, appropriate ed economicamente favorevoli
- Non solo le prestazioni sono predefinite, ma anche il volume di prestazioni da erogare
- Necessità di razionamento?
- Compaiono i fondi integrativi

**IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
PRIMA DEL D.L.vo 502/92**

<b>CULTURA</b>	- Garantire la salute - Dare tutto a tutti - Risorse teoricamente infinite
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	- USL e USSL - Ospedali autonomi (pochi) - Forte integrazione
<b>GESTIONE</b>	- Politica - Ente Locale
<b>FINANZIAMENTO</b>	- A “piè di lista”



## **ALLA FINE DEGLI ANNI '80 QUESTO SISTEMA**

### **DENUNCIA UNA PROFONDA CRISI**

#### **DUE I MOTIVI PRINCIPALI:**

- 1. Non è possibile garantire risorse adeguate ad una domanda sempre in crescita**
- 2. Il grado di efficienza del Servizio Sanitario pubblico viene giudicato decisamente insufficiente anche a causa di una gestione ritenuta dispersiva**

## **ORGANIZZAZIONE DEL SSN IN ITALIA**

<b>PREVENZIONE</b>	- PMIP - Servizio 1° delle USSL
<b>MEDICINA DI BASE</b>	
<b>SPEC. AMBULATORIALE</b>	- Pubblica - Convenzionata - Autorizzata
<b>DIAGNOSI E CURA</b>	- Ospedali - IRCCS - Cliniche private convenzionate - Cliniche private autorizzate
<b>SOCIO SANITARIO</b>	- Psichiatria - Riabilitazione - Lungodegenza

## **L'IMPOSTAZIONE RISALE ALLA LEGGE N° 833 DEL 1978**

### **TRA I VARI ASPETTI DI QUESTA LEGGE SI RITIENE OPPORTUNO SOTTOLINEARE:**

- Una chiara volontà di favorire l'integrazione dei servizi e la prevenzione
- Lo Stato si afferma in modo forte come il soggetto che definisce il bisogno di salute e la risposta complessiva a questo bisogno
- Deve essere garantito tutto a tutti
- La gestione delle USSL e degli Ospedali viene affidata a "politici"

## **I CAMBIAMENTI PIU' SIGNIFICATIVI**

- Avvio di un processo di aziendalizzazione delle USSL e degli Ospedali nel tentativo di aumentare il livello di efficienza
- Introduzione dei livelli uniformi di assistenza e degli standard minimi
- Partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria
- Esclusione dei "politici" dalla gestione che viene affidata a tecnici (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo)
- Esaltazione del ruolo delle Regioni

### **AVVIO DEL NUOVO MODELLO**

- Insediamento dei Direttori Generali – 1/1/1995
- Aziende USSL finanziate per quota pro-capite
- Aziende Ospedaliere finanziate per prestazioni (DRG per ricoveri e tariffario per le prestazioni ambulatoriali)
- Obbligo al bilancio in pareggio per tre anni

PERMANGONO ALCUNE INCONGRUENZE

### **IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DOPO IL D.L.VO 502/92**

<b>CULTURA</b>	- Garantire i LEA - Risorse definite - Aziendalizzazione
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	- ASL e A.O. - Distretti - Dipartimenti
<b>GESTIONE</b>	- Manageriale - Regione
<b>FINANZIAMENTO</b>	- Per quota pro capite (ASL) - Per tariffe e DRG (A.O.)

### **LEA**

#### **evoluzione storica del concetto di “essenziale”**

- ✓ nell'800: ciò che evita la diffusione delle malattie
- ✓ inizio '900: ciò che preserva la forza lavoro
- ✓ anni '80: ciò che può offrire la medicina ufficiale
- ✓ anni '90: ciò che è economicamente conveniente
- ✓ anni recenti: ciò che è efficace

#### **LA SCOMMESSA DELLA REGIONE LOMBARDIA (L.R. N° 31 DELL' 11 LUGLIO 1997)**

*...non è la natura giuridica del soggetto erogatore di servizi alla persona ciò che determina un servizio pubblico, ma la qualità dei servizi a prezzi prestabiliti*

## **C O N S E G U E N Z E**

- pari dignità per tutti i soggetti erogatori a condizione che raggiungano gli standard di qualità?
- necessità di distinguere nettamente i compiti degli erogatori da quelli dei soggetti deputati al controllo
- Distinzione tra le aziende territoriali (asl, compiti di programmazione, controllo e acquisto) e aziende ospedaliere (produttori)
- avvio del processo di accreditamento:
  - requisiti generali
  - requisiti organizzativi
  - requisiti strutturali
  - certificazione iso 9000

## **MECCANISMI DI REGOLAZIONE DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA**

D.Lg. 229/99	L. R. 31/97
-Programmazione	-Competitività
-Contrattazione dei volumi di prestazioni	-Indicazione di standard ottimali di riferimento e penalizzazione per chi discosta
-Determinazione dei livelli essenziali e possibilità di razionamento	-Raggiungere il massimo dell'efficienza
-Determinazione di linee guida e protocolli	-Appropriatezza delle prestazioni (noc)
-Finanziatore unico con apertura a fondi integrativi	-Assunzione di responsabilità e apertura in prospettiva a una pluralità di finanziatori

**STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO  
PER ACCOMPAGNARE LA RIFORMA**

- BUDGET ANNUALE
- P.O.A. (Piani Organizzativi Aziendali)
- P.S.T. (Piani Strategici Triennali)
- OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE
- DIREZIONE GENERALE SANITA'  
HOLDING DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**OBIETTIVI**

- MAGGIOR ACCESSIBILITA' AI SERVIZI
- LIBERA SCELTA DEL CITTADINO
- RIDUZIONE LISTE D'ATTESA
- AUMENTO DELLA QUALITA'
- MAGGIOR EFFICIENZA DEL SERVIZIO

## **NEL 1998 IN REGIONE LOMBARDIA**

- *N° 14 A.S.L.*
- *N° 27 AZIENDE OSPEDALIERE*

## **OBIETTIVI**

- *OTTENERE ECONOMIE DI SCALA*
- *MAGGIORE POSSIBILITA' DI EFFICIENZA PER LE AZIENDE OSPEDALIERE*
- *GOVERNO DECENTRATO DELLE UNITA' D'OFFERTA*

## **LA REGIONE LOMBARDIA**

Decide di accentuare gli indirizzi innovativi contenuti nel D.L.vo 502/1992 e del D.L.vo 517/1993 avviando nel 1995 una Legge di Riordino del Sistema Sanitario in Regione Lombardia, approvata nel Luglio del 1997.

### **I CONTENUTI PRINCIPALI:**

- *DISTINZIONE TRA COMPRATORE DI SERVIZI E PRODUTTORE DI SERVIZI*
- *AZIENDE SANITARIE LOCALI CHE GESTISCONO UN TERRITORIO, DI NORMA, PROVINCIALE*
- *SCORPORO DEGLI OSPEDALI APPARTENENTI ALLE VECCHIE USSL E AGGREGAZIONE DEGLI STESSI AD AZIENDE OSPEDALIERE GIA' ESISTENTI O IN NUOVE AZIENDE OSPEDALIERE*
- *ORGANIZZAZIONE VERTICALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE*
- *COMPETITIVITA' PUBBLICO-PRIVATO*

*interrogarsi sui criteri che possono guidare,  
rendendole trasparenti e, pertanto, controllabili, le  
scelte relative all'impiego delle risorse in ambito  
medico implica un approccio per vari aspetti  
paradigmatico ai molteplici profili di rilevanza della  
questione bioetica nella società'  
contemporanea.*

Luciano Eusebi 1978  
Etica, Risorse Economiche e Sanità

## **LA GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA**

*non è dare a tutti la stessa quantità di servizi pubblici  
e, nel caso della sanità, dare a tutti la stessa  
assistenza sanitaria erogata direttamente dallo stato  
(...).*

*la vera giustizia sociale consiste invece nel dare a  
ciascuno secondo il bisogno alla luce di una  
interpretazione di giustizia che si ispira al principio di  
sussidiarietà, misurata sulla persona del cittadino*

Fiori – Sgreggia, 1992  
medicina e morale



## **ORGANIZZAZIONE**

*...coordinamento razionale delle attività di un certo numero di persone finalizzato al raggiungimento di un obiettivo comune e noto (meglio se condiviso) attuato mediante la suddivisione dei compiti di una gerarchia di livelli di responsabilità*

ogni organizzazione richiede quindi:

- *una differenziazione dei ruoli*
- *una chiara definizione dei compiti*
- *una differenziazione gerarchica*

## **LA FIGURA DEL MEDICO E' MESSA IN DISCUSSIONE**

### ***Da fattori culturali***

- mentalità attuariale
- soggettivismo etico
- i pazienti vogliono sapere e decidere

### ***Da fattori strutturali***

- dilatazione de sistema sanitario a socio - assistenziale - sanitario
- specializzazione e tecnologia
- risorse economiche limitate

## **SPINTE ALL'AGGIORNAMENTO**

### **Economia Sanitaria**

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (dove “evidenze scientifiche” ricorre ben 10 volte) dove si legge che: “le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche “ e che “raccolta e analisi delle evidenze scientifiche disponibili devono essere utilizzate per la costruzione di linee guida”

Sistema di governo senza “governo”. E' un obiettivo strategico di varie tipologie di aziende di servizi alla persona basato sulla corresponsabilizzazione a tutti i livelli (top management ↔ utenti) per un miglioramento continuo della qualità del servizio stesso.

Una modalità organizzativa che si declina in una filiera di interventi e comportamenti misurabili finalizzati all'efficacia e all'efficienza nei settori: economico, del personale, qualità, tecnologie, attenzione al cittadino.

- Alleanza con i cittadini
- Tendenza all'eccellenza
- Misurabilità

Complesso sistematico di azioni finalizzate a perseguire cure sanitarie efficaci, adeguate, complete, efficienti, con un processo generale di continua verifica e sviluppo, con il coinvolgimento di operatori utenti e amministratori, utilizzando al meglio predefinite risorse umane e strumentali.

Risulta evidente la necessità di sostanziare i processi decisionali di governo (government) con:

- La ricchezza derivante dall'esperienza dei diversi professionisti
- Con gli insegnamenti maturati dall'analisi degli errori
- Con le necessità espresse dai cittadini

L'allocazione delle risorse sarà sicuramente più trasparente, comprensibile e socialmente sostenibile – in una parola etica - .

La clinical governance è una filosofia che si fa metodo. Tesa a sistematizzare le tematiche legate alla qualità e all'appropriatezza delle cure ed i criteri che governano la loro sostenibilità, promuovere l'integrazione dei livelli assistenziali per la corretta allocazione delle risorse.

# **revisione teorica dei sistemi qualità**

**Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**  
**Cap. 4.4**  
***La promozione del Governo clinico e la qualità nel  
Servizio Sanitario Nazionale***

obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che **ogni paziente riceva quella prestazione** che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

**Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**  
***Cap. 4.4 La promozione del Governo clinico e la  
qualità nel Servizio Sanitario Nazionale***

...pertanto, il miglioramento della qualità richiede un **approccio di sistema** in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione:  
la logica sottostante a tale nuovo concetto è quello della programmazione, gestione e valutazione del "sistema" in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.

**DEFINIZIONE DI QUALITA'  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA**

“la qualità dell'assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione, nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza.”

Palmer

Corso di Formazione  
**Risk Management e Professione Infermieristica:  
valutazione, controllo, responsabilità.**

**LE SETTE DIMENSIONI DELLA QUALITA'**

<b>Efficacia attesa</b>	capacità di un certo intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone cui è rivolta, quando essa sia applicata in modo ottimale	<b>fare solo ciò che è utile</b>
<b>Efficacia pratica</b>	risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento	<b>nel modo migliore</b>
<b>Competenza tecnica</b>	livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili	<b>Da chi eroga le cure</b>

**LE SETTE DIMENSIONI DELLA QUALITA'**

<b>Accettabilità</b>	grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente	<b>per chi le riceve</b>
<b>Efficienza</b>	capacità di raggiungere i risultati atteso con il minor costo possibile	<b>al minor costo</b>
<b>Accessibilità</b>	capacità di assicurare le cure appropriate tutti coloro che ne hanno veramente bisogno	<b>a chi ne ha bisogno</b>
<b>Appropriatezza</b>	grado di utilità della prestazione rispetto al problema clinico e allo stato delle conoscenze	<b>e soltanto a loro</b>

## **Qualità: stili di miglioramento**

### **2 modi - 2 stili**

#### **stile *kairyo***

...termine Giapponese che significa  
*ristrutturazione tecnologica e di ampia portata*

...accostarsi al miglioramento:

- per mezzo di investimenti considerevoli destinati a rinnovi drastici (soprattutto tecnologici)
- in tempi abbastanza brevi
- colmando il *divario* tra lo stato attuale delle cose e lo stato nuovo, di caratteristiche ben superiori, attraverso un "salto" di grande portata

### **stile *kaizen***

...**significa miglioramento continuo, passo passo**  
viene raggiunto:

- attraverso un processo regolare, sistematico, continuo, a piccoli passi
- nella maniera più economica possibile
- con tempi relativamente più lunghi
- colmando gradualmente il divario tra il livello attuale di performance e quello voluto/ottimale

---

#### **motto del kaizen**

*"...oggi migliori di ieri, domani migliori di oggi...  
...il limite é il cielo"*



## **Kaizen: principi e caratteristiche**

- **Lavoro di Gruppo**

Questa é una caratteristica essenziale dell'approccio al miglioramento.

Il principio é relativamente semplice:

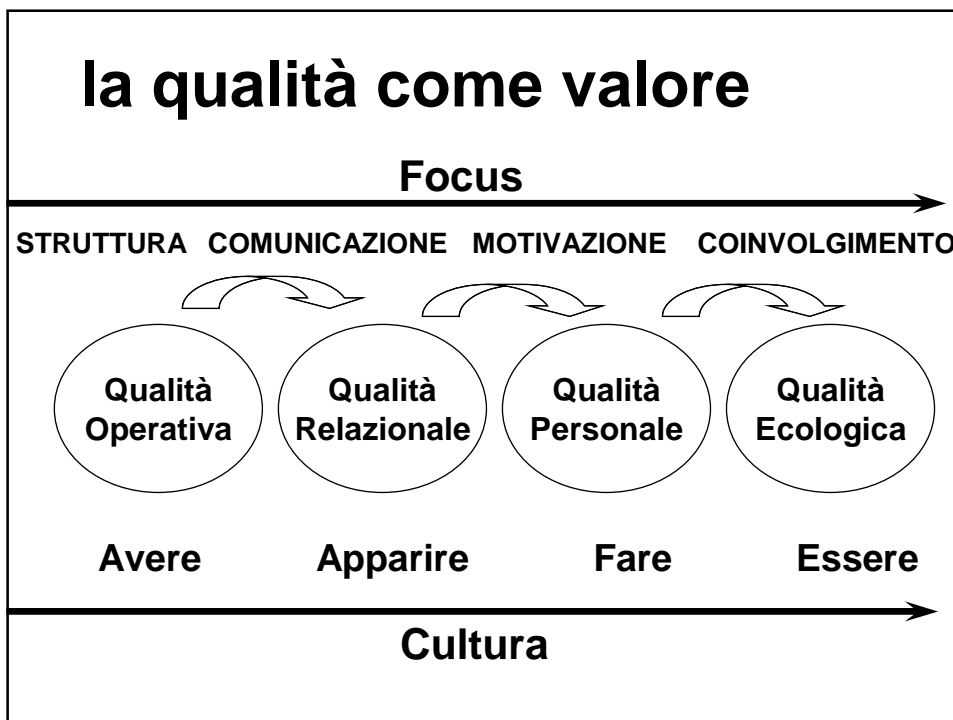
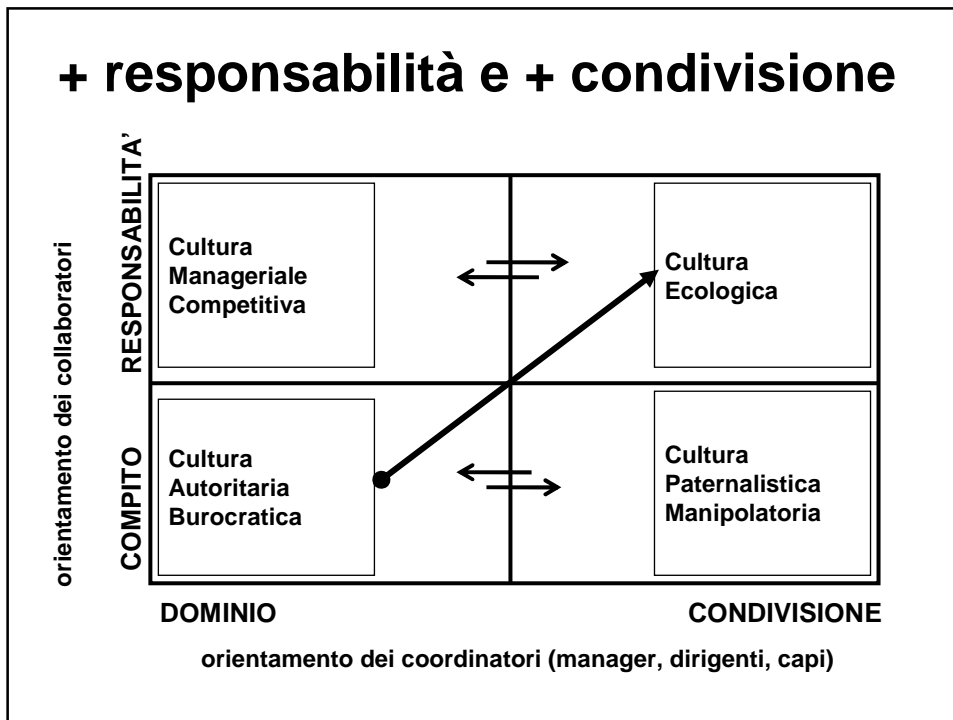
*"...il Papa e il contadino assieme, ne fanno di più che il Papa da solo..."*

## **principi e caratteristiche (2)**

- **approccio da "poveruomo"**

- **brain-power** (*pensiero creativo in team, 6 cappelli per pensare, brainstorming,...*)

- Utilizzo "intelligente" di **strumenti e tecniche** specifiche per il miglioramento (*flow chart, diagrammi di pareto, ishikawa, gantt, ...*)



# **L'evoluzione della Qualità**

**...alcune tipologie di  
SISTEMA QUALITA'**

## **La qualità nelle organizzazioni è possibile determinarla?**

Conformità del prodotto rispetto ad una  
NORMA (leggi, capitolati, ecc...) su  
REQUISITI MISURABILI

***qualità e conformità a requisiti***

## **evoluzione della Qualità in una organizzazione**

### **controllo qualità**

...le tecniche e le attività a carattere operativo  
messe in atto per verificare che i prodotti  
soddisfino i requisiti di qualità, intesi come  
standard fissati dalla azienda

- **ISPEZIONI**
- **CONTROLLI STATISTICI**

## **alcuni inconvenienti...**

- controllo solo su output
- controllo a posteriori e non sul processo
- ostilità ispettore-ispezionato
- deresponsabilizzazione degli operatori
- disattenzione per i bisogni del mercato
- spreco di risorse e scarti eccessivi
- scarsa applicabilità alla produzione di servizi

## **evoluzione della Qualità in una organizzazione assicurazione qualità**

...attività pianificate e sistematiche, di cui viene data dimostrazione; messe in atto per dare adeguata confidenza che un prodotto soddisferà i requisiti per la qualità.

**PIANI DI VERIFICHE  
VERIFICA E REVISIONE DI QUALITA'  
ANALISI INDICATORI  
GESTIONE DELLE NON CONFORMITA**

## **evoluzione della Qualità in una organizzazione**

### **sistema di gestione qualità**

...sistema di controllo dei processi aziendali che hanno influenza diretta sulla qualità del prodotto-servizio, per garantire nel tempo la costanza dei requisiti di qualità dichiarati dall'azienda e il miglioramento continuo della performance

## **evoluzione della Qualità in una organizzazione**

### **qualità totale**

...governo di una organizzazione incentrato sulla qualità e basato sulla partecipazione di tutti i membri, che mira al successo a lungo termine attraverso la soddisfazione del cliente con benefici per tutte le parti interessate

**SISTEMA di GESTIONE della QUALITA'**

**...orienta l'organizzazione e la guida in termini di qualità, poiché include:**

- ✓ politiche per la qualità
- ✓ obiettivi aziendali per la qualità
- ✓ programmazione della qualità
- ✓ sistemi di controllo della qualità
- ✓ modalità atte a garantire e assicurare la qualità
- ✓ strategie di miglioramento della qualità

**SISTEMA di GESTIONE della QUALITA'**

comprende:

**POLITICA PER LA QUALITA'**

**OBIETTIVI PER LA QUALITA'**

**PIANIFICAZIONE DELLA QUALITA'**

**ASSICURAZIONE DI QUALITA'**

**CONTROLLO DI QUALITA'**

**MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

1. di quello che fai

2. fai quello che dici

3. di quello che hai fatto

4. migliora quello che fai

# **Accreditamento e Certificazione: dalla coercizione alla prospettiva professionale**

## **...la storia**

nasce negli Stati Uniti

L'embrione di accreditamento  
originario comune a tutti i sistemi,  
nei paesi occidentali è l'impegno  
assunto dall'American College of  
Surgeon

(III° congresso ACS, 1912)



**Impegno dell'American College of Surgeon**

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

**Impegno dell'American College of Surgeon (2)**

*“In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che s'ispirano ai più alti ideali della medicina”*

(III° Congresso dei Chirurghi del Nord America, 1912)

## accreditamento

...è l'atto con cui un Ente attesta che la struttura produttrice è idonea ad erogare servizi per suo conto.

E' un atto obbligatorio per tutte le strutture che desiderano essere fornitori dell'Ente

## certificazione

...è l'atto mediante il quale una terza parte indipendente, dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio è conforme ad una specifica norma o altro documento normativo.

E' un atto volontario da parte del fornitore.

## **processi secondo JCHAO**

**di struttura di particolare rilevanza:**

- Governo aziendale
- Gestione staff medico
- Nursing

**orientati al paziente:**

- Diritti del paziente
- Valutazione del paziente
- Assistenza/Educazione al paziente
- Continuità delle cure

**organizzativi:**

- Miglioramento performance organizzative
- Leadership
- Gestione dell'ambiente assistenziale
- Gestione risorse umane
- Gestione informazioni
- Sorveglianza, prevenzione e controllo infezioni

## **JCAHO**

abbraccia così la filosofia del Total Quality,  
...assoluta e continua conformità alle aspettative  
del cliente:

- esterno
- interno

TQM: focalizzato sulle aspettative del cliente ma  
orientato a creare costanza di propositi verso il  
miglioramento continuo dei prodotti e servizi, per  
fare in modo che ciascun membro  
dell'organizzazione si adoperi per compiere le  
trasformazioni necessarie per tale processo.

**JCAHO: in sintesi**  
**...consente il passaggio da**  
**una politica di accreditamento:**

**“l’ospedale può produrre**  
**assistenza di qualità?”**

**“L’ospedale produce**  
**assistenza di qualità?”**

**Sanità intesa**  
**come SISTEMA**

### **definizione di analisi sistemica**

- È la base teorica dell'analisi organizzativa
- È un approccio analitico che facilita la comprensione delle realtà complesse (unità operative, ospedali, sistemi sanitari, considerate come sistemi, appunto) perché consente uno sguardo complessivo e ordinato sui fenomeni, aiutando a cogliere i nessi esistenti fra gli elementi del sistema e fra il sistema e l'ambiente

### **definizione di sistema**

- un'entità, costituita da più parti, separata dall'ambiente con il quale interagisce, il cui funzionamento finalizzato produce un comportamento che è completamente diverso dalla somma dei comportamenti delle singole parti da cui è costituita;
- esempi: una cellula animale, un'unità operativa, un ospedale, un sistema sanitario...

## esempi di sistema

### **1. Ospedale**

#### *Sottosistemi:*

#### **Unità Operative**

medicina  
chirurgia  
urologia

#### **Servizi Vari**

radiologia  
laboratorio  
cucina

#### **Servizi Amministrativi**

ufficio personale  
economato  
portineria

## esempi di sistema

### **2. Unità Operativa**

#### *Sottosistemi:*

- Infermieri
- Medici
- Ausiliari
- Amministrativi

## caratteristiche dei sistemi

- **1. Aperti all'ambiente**

...per l'ospedale: interazione con il mondo politico, economico, sociale ecc.; per un reparto: interazione con gli altri reparti, con i servizi ecc.

- **2. Coerenti**

...i singoli elementi che compongono il sistema hanno lo stesso fine e devono lavorare insieme

- **3. Con interazioni multicausali**

...tutte le parti del sistema interagiscono con rapporti complessi, non solo di causa-effetto (da un evento A consegue un evento B): da un evento A conseguono B, C, D ecc.

## rappresentazione grafica di un sistema



**Fattori in entrata  
(Input di sistema)**

- Le risorse finanziarie
- Le risorse di personale
- Le leggi, le norme, i regolamenti ecc.
- Il tempo
- Il contesto politico
- ...

**Fattori in uscita  
(Output di sistema)**

- La diagnosi
- La terapia
- L'educazione sanitaria
- L'assistenza alberghiera
- Lo sviluppo organizzativo
- La ricerca scientifica
- ...

**L'organizzazione è creata e lavora per  
"trasformare" gli input in output**

**ambiente esterno**

...costituito da leggi, contesto politico-sociale, tipo di economia...

nel nostro caso sono elementi dell'ambiente esterno le leggi sull'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale (decreti 502/92 e 517/93) o sull'abolizione del mansionario dell'infermiere (legge 42/99).

**interno dell'organizzazione**

costituito da quattro elementi:

- **1. variabili di contesto interno o ambiente interno**
- **2. struttura di base**
- **3. meccanismi operativi**
- **4. processi sociali**



## 1. Variabili di contesto interno o ambiente interno

- Sono costituite dalle variabili:
- **individuali** (il comportamento in servizio, la motivazione al lavoro, l'esperienza, le competenze ecc.);
- **sociali** (i conflitti di ruolo o di gruppo);
- **tecniche** (la disponibilità di tecnologie, la disponibilità di know-how sull'utilizzo ecc.);
- **istituzionali** (tipo di azienda, tipo di gestione ecc.)

## 2. Struttura di base

- È l'ossatura del sistema, che definisce il "quadro" statico dell'organizzazione (permette di rispondere a domande come *dove? che cosa? quanto? chi?*); è composta a sua volta da:
- tipi di relazioni fra il personale (gerarchiche, funzionali, in staff, in line ecc.);
- divisione delle funzioni, dei compiti, delle operazioni;
- ambiente fisico (distribuzione dei locali e loro funzionalità, facilitazioni allo scambio di informazioni, abitabilità, comfort);
- organico (composizione per qualità e quantità);
- risorse tecnologiche;
- risorse economiche;

## tipi di relazione fra il personale

- **gerarchiche o “in linea”**: esiste una “linea” di responsabilità ben precise, lungo la quale chi viene prima (chi è più “in alto”) ha il potere decisionale su chi viene dopo;
- **“in staff”**, chi è inserito in questa posizione non ha responsabilità gerarchiche, ma esercita la sua attività come consulente della posizione alla quale è affiancato;
- **funzionali**, sono tutte le relazioni che si svolgono al di fuori delle relazioni gerarchiche;
- **organizzative o gestionali** *versus* **specialistiche o tecniche**

## divisione di funzioni–mansioni–compiti

in questa categoria di analisi rientrano caratteristiche quali:

- accentramento o delega delle funzioni
- prevalenza di relazioni gerarchiche o funzionali
- tipo di assistenza (per compiti o per pazienti)

### 3. Meccanismi operativi

- definiscono il “quadro” dinamico della organizzazione (permettono di rispondere a domande come *quando? come?*);
- definiscono i criteri con i quali si modificano i fattori in ingresso
- sono ufficiali e decisi collegialmente

### 3. Meccanismi operativi

sono costituiti da:

- meccanismi di selezione
- meccanismi di formazione
- sistema informativo
- meccanismi di presa di decisione
- meccanismi di valutazione
- meccanismi di premio/sanzione
- meccanismi di acquisizione di beni e servizi
- processi di cambiamento

### 3. Meccanismi operativi

- l'assenza di meccanismi operativi non impedisce ai fenomeni di verificarsi: il modo con il quale si svolgono è però informale, governato da regole non chiare, arbitrarie
- sono i meccanismi operativi che fanno funzionare le U.O. (anche la migliore U.O. come struttura, come qualità e quantità di personale può cadere se non sono presidiati i meccanismi operativi)
- senza meccanismi operativi gli attori di un'organizzazione non si concentrano sul lavoro e sui risultati professionali, ma sulle dinamiche fiducia/sfiducia nei colleghi oppure sulle dinamiche autorità e comando/obbedienza e trasgressione nei confronti dei capi

### 4. i processi sociali

- sono costituiti dai comportamenti collettivi che gli individui mettono in atto nei confronti dell'organizzazione nella quale si trovano;
- creano il "clima" dell'organizzazione (possono sfociare o no in rivendicazioni sindacali)
- possono essere, per esempio:
  - comportamenti di accettazione
  - comportamenti di rifiuto;
  - comportamenti di compensazione
  - stili di direzione o di leadership

## i comportamenti di compensazione

### aspetti positivi:

- sono funzionali all'organizzazione perché fanno risparmiare risorse e consentono maggior elasticità gestionale;
- sono funzionali ai singoli, perché consentono di far emergere le doti personali

### aspetti negativi:

- se molto utilizzati, vuol dire che ci sono delle difficoltà nel funzionamento normale del sistema
- per la loro natura, i comportamenti di compensazione non sono prevedibili, né programmabili, quindi difficilmente riconoscibili e premiabili

## stili di direzione o di leadership

- riguardano le caratteristiche personali del manager, ovvero le capacità di influenzamento, di motivazione, di capacità di gestione del cambiamento
- le principali categorie sono:
  - autocratico
  - democratico
  - partecipativo
  - permissivo

## 4. processi sociali

- spesso si sottovaluta l'importanza dei processi sociali, che è pari a quella della struttura e dei meccanismi operativi: è molto importante studiarne gli effetti e padroneggiarne le tecniche di gestione (gestione dei conflitti, negoziazione)

## indicatori di complessità organizzativa

quali sono i fattori che rendono più difficile il lavoro organizzativo nei sistemi sanitari?

### **il conflitto differenziazione versus integrazione:**

- in sanità si confrontano due tendenze tra loro opposte: quella alla specializzazione estrema, che porta alla sempre maggior differenziazione delle unità operative, e quella all'integrazione, che porta alla creazione dei dipartimenti, ad esempio...

### **...l'autonomia degli operatori:**

- per l'alta professionalità degli operatori sanitari, si crea un'elevata discrezionalità decisionale: vi è molta discrezione sull'utilizzo di risorse (anche se i professionisti della salute sono consultati molto raramente sull'assegnazione delle risorse)

indicatori di complessità organizzativa

**bassa standardizzabilità**

- è molto difficile prevedere o standardizzare il comportamento degli operatori sanitari (anche perché l'assistenza dev'essere personalizzata il più possibile);

**interdipendenza**

- nessuna unità operativa può lavorare da sola, ma ha bisogno di molte altre per erogare al meglio i suoi servizi

**CORSO DI FORMAZIONE**



***Risk Management e  
Professione Infermieristica:  
valutazione, controllo,  
responsabilità.***

Dott. Duilio Loi