

L'Accreditamento per la Qualità ovvero “*per aspera ad astra*”: una responsabilità, ma anche un'opportunità per la Sanità Siciliana

* * *

. . . **la Qualità in politica sanitaria: dalle origini alla nostra realtà** . . .

* * *

Negli ultimi anni il Sistema Sanitario Nazionale ha subito numerose evoluzioni che non è poco definire “epocali”, ma a mio giudizio, la più sorprendente è senz'altro il passaggio da sistema orientato verso la solidarietà ad uno orientato verso l'aziendalizzazione (decreti 502 e 517). Ma come era prevedibile, considerare una struttura sanitaria, al pari di una azienda privata ha portato a storture che troppo spesso orientano verso l'efficienza, trascurando l'efficacia. Quando le incentivazioni apicali vengono preponderatamente elargite in funzione del “risparmio” e non in relazione all'efficienza prodotta è inevitabile che amministratori e gestori della sanità siano impegnati a governare con intenti improntati alla ricerca dell'equilibrio dei bilanci piuttosto che ad un risultato.

* * *

. . . **già dai primi anni del novecento negli USA** . . .

* * *

La necessità di rivedere ed adeguare i sistemi organizzativi e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie secondo criteri orientati verso il Paziente sono state avvertite già nel 1912-1918 dall'American College of Surgeon negli USA, dove venivano dettati i primi 5 standard essenziali per le strutture ospedaliere accreditate (tabella N° 1). E' singolare come a tutt'oggi, nelle gran parte delle nostre realtà, vengano rispettati omogeneamente sul territorio solo i primi tre punti. Nel corso degli anni l'accREDITAMENTO delle strutture ospedaliere è stato regolamentato in altre nazioni: nel 1958 dal Canada, nel 1960 dall'Australia, nel 1979 dai Paesi Bassi, nel 1992 dall'Italia. Nel 1997 la regione Toscana emanava le prime norme in tema di

Tabella N° 1: i primi 5 standard essenziali per le strutture ospedaliere accreditate dall' American College of Surgeon negli USA 1912-1918

- 1) Ogni Paziente deve avere una cartella clinica
- 2) Tutti i medici devono essere laureati
- 3) Ogni struttura deve possedere un servizio di laboratorio e radiologia
- 4) Il corpo medico deve costituire un insieme di professionisti organizzato
- 5) La direzione deve organizzare riunioni periodiche per trattare temi rilevanti

accreditamento, seguita a ruota nel 1998 dalla regione Lombardia e nel 2000 dalla regione Emilia Romagna. Nel 2002 la regione Sicilia, con il decreto N° 890 del 17/06/2002 stabiliva come termine ultimo per l'accreditamento per la Qualità la data di giugno 2004. A tutt'oggi alcune nostre aziende hanno sottovalutato il problema, altre da poco se lo sono poste, alcune si queste infine non si sono dotate della necessaria organizzazione e delle adeguate risorse.

* * *

. . . **Qualità è** . . .

* * *

Ma cosa si intende per Qualità: **la Qualità è un percorso**, non è un obiettivo (un prodotto di qualità potrebbe essere un temporaneo risultato fortuito, con processi di qualità si ottengono risultati di qualità stabili nel tempo). Ha molti aspetti: dal punto di vista dell'utente rappresenta la Customer Satisfaction (misura con la quale un'organizzazione soddisfa i bisogni del cliente e le sue attese) attraverso un'operazione di marketing che è in grado di fornire "**beni emozionali**". Questi, comunque vanno necessariamente coniugati con l'Evidence Based Medicine (EBM) per potere garantire contemporaneamente alla società investimenti in termini di "**beni di posizione**" coniugati con una appropriata assistenza.

In altre parole la Qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti ed impliciti del fruitore garantendo però irrinunciabili criteri di eccellenza (Qualità assoluta) nel tempo.

Il Paziente/Utente, quindi, con le proprie necessità ed aspettative, viene a trovarsi al centro di questo processo e ne determina la strategia ed il divenire attraverso l'identificazione di obiettivi (derivati dai suoi bisogni), la pianificazione delle attività aziendali per il loro raggiungimento e la verifica delle modalità di risultato.

In quest'ottica si pongono gli accreditamenti per la Qualità. Per raggiungere questo obiettivo è necessario un **approccio sistemico alla Qualità**, attraverso la **lettura**

Tabella N° 2 "Griglia di Maturità" della gestione della Qualità (Crosby)

- 1) **Incertezza:** nessuna conoscenza della qualità come strumento di management
- 2) **Risveglio:** il management della qualità può essere di aiuto, ma niente risorse
- 3) **Illuminazione:** introduzione di un programma formale di qualità
- 4) **Saggezza:** management e organizzazione effettuano cambiamenti permanenti
- 5) **Certezza:** gestione della qualità come parte vitale del management organizzativo

organizzativa per processi con il fine di supportare il management poiché **Qualità è metodo** (patrimonio di strumenti), ma **Qualità deve essere anche merito** (patrimonio dei risultati), attraverso la ricerca della Qualità totale del prodotto che scaturisce da come viene attuato il **processo di produzione** e da come viene sviluppato il **processo di erogazione**. In quanto non dimentichiamoci che **la Qualità è nei servizi** che il nostro cliente fruitore si porta a casa.

Il punto di partenza per il **percorso di accreditamento** è quindi stabilito dalla necessità di **identificare le esigenze dell'Utenza** (obiettivo da centrare) ed i **processi da effettuare** per il loro

raggiungimento. Questi ultimi vanno analizzati attraverso una politica di **verifica** delle procedure seguite e della loro **revisione**, orientata ad una **“Politica della Qualità”** attuata mediante la **“Gestione dei Processi”** nella quale vengono applicati sistemi e logiche di misurazione dei fenomeni gestionali in grado di produrre informazioni che consentano di intervenire efficacemente sul management per il raggiungimento degli obiettivi (output specifico dell’organizzazione sanitaria). Un approccio del genere fornisce la possibilità di identificare responsabilità di processo e di sviluppare capacità di analisi dei fenomeni gestionali al fine di garantire il miglior risultato possibile al Paziente. In altre parole, la **“Gestione per Processi”**, quindi, che attraverso la rilevazione di fenomeni specifici, consente di analizzare le modalità con le quali è gestito l’oggetto fondamentale di riferimento dell’Azienda Sanitaria: il Paziente.

L’attuale situazione potrebbe essere definita come nella fase del risveglio secondo la **“Griglia di Maturità”** della gestione della Qualità secondo Crosby (vedi tabella N° 2).

Ecco quindi che si affaccia per il Dirigente Medico lo spettro della **“Responsabilità”** un altro gravoso impegno per il quale quasi mai è preparato, adeguatamente incentivato e, ancor peggio, motivato. Questo gravoso fardello, spesso a causa di **“asimmetrie informative di tipo gestionale”**, viene assegnato all’anello finale della catena (quello che ha rapporti con l’utenza), con la scusa che proprio per la sua posizione nel processo produttivo e per il suo ruolo di Dirigente, è quello che può meglio analizzare il **“sistema di produzione”** e fornire la mappatura per la Qualità. Una volta individuato **chi** deve svolgere l’analisi, quasi mai, però, viene però chiarito **perché** deve farlo, lasciando l’iniziativa alla professionalità individuale dei singoli, con la pretesa di tendere alla Qualità attraverso metodologie procedurali che contraddicono in termini il concetto stesso verso il quale ci si dovrebbe orientare: un sistema di valutazione per migliorare la qualità dell’assistenza erogata attraverso una procedura formalizzata, che non pone il fianco ad equivoci, finalizzata alla ricerca dell’eccellenza (best practice).

* * *

. . . l’Accreditamento e gli otto principi . . .

* * *

Al di là delle polemiche relative a tempi, modi e luoghi di attuazione, comunque per una qualsiasi Struttura Complessa, appare del tutto naturale assumere modelli e strumenti in grado di valutare e migliorare la Qualità delle proprie performance, analizzandole attraverso le sue dimensioni sia tecnico-professionale che gestionale e organizzativa). Sta agli amministratori aziendali attuare tutte quelle procedure necessarie a fare leva su tutti gli operatori sanitari al fine di far prendere loro rapidamente coscienza, motivandoli nella maniera più appropriata ed orientarne le azioni, verso l’identificazione della qualità e dei suoi modelli gestionali finalizzati al governo dei processi di cambiamento per una efficiente gestione della propria organizzazione.

Quando si parla di Qualità non si può non parlare dei **“principi di gestione per la qualità”** (<http://www.iso.ch>), che rappresentano lo strumento per i vertici aziendali finalizzati al miglioramento delle prestazioni della propria organizzazione. Questi nascono da esperienze collettive e dalle conoscenze di **“opinion leader”** internazionalmente riconosciuti (ISO 9000) e si propongono di aiutare i loro utilizzatori nel raggiungimento di un successo stabile delle loro organizzazioni.

Principio 1 – Organizzazione orientata al cliente

Le Aziende Sanitarie nella loro interezza dipendono dai propri clienti/utenti, è quindi indispensabile che ne capiscano le esigenze presenti e future, ottemperare ai loro requisiti e mirare a superare le loro stesse aspettative. Così facendo si allarga la richiesta e le quote di mercato, attraverso una risposta flessibile e rapida alle opportunità offerte. Tutto ciò, inoltre, porta ad una maggiore efficacia, nell'uso delle risorse di un'organizzazione, nel perseguire la soddisfazione dei **clienti** i quali vengono inevitabilmente **"fidelizzati"** a cui consegue la continuità di affari e la stimolazione del **"passa parola"** attraverso alcuni punti nodali:

- a) Identificare e comprendere le esigenze ed aspettative del cliente
- b) rendere coerenti gli obiettivi ed i traguardi dell'organizzazione con le loro esigenze ed aspettative
- c) rendere come **"comuni a tutti"** gli operatori del sistema gli obiettivi Aziendali
- d) misurare la soddisfazione del cliente ed identificare le eventuali conseguenti contromisure
- e) garantire un interscambio di esperienze, attraverso un approccio bilanciato tra i clienti/utenti e le altre parti interessate (quali: associazioni, personale, fornitori, finanziatori, comunità locali, Medici di Famiglia, le organizzazioni del territorio e la società in generale)

Principio 2 – Leadership

I leader stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione cercando di creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione. Se il personale non comprende gli obiettivi ed i traguardi dell'organizzazione non potrà essere motivato al suo perseguimento. E' quindi necessario valutare le attività, renderle coerenti e metterle in atto in modo unificato (questo è l'unico metodo per ridurre al minimo i disguidi di comunicazione tra i diversi livelli dell'organizzazione sempre in agguato nella gestione delle organizzazioni complesse). Seguendo questo metodo non si può non tener conto delle esigenze di tutte le parti interessate (inclusi clienti/utenti, personale, fornitori, comunità locali e la società in generale) attraverso una chiara visione del futuro dell'organizzazione. Questo può essere realizzato solo fissando strategie aziendali attraverso obiettivi e traguardi stimolanti per tutti gli elementi dell'organizzazione attraverso la creazione di valori comuni e di modelli di regole etiche e di correttezza a tutti i livelli. Ciò crea fiducia e dissipa i timori soprattutto se al personale sono fornite le necessarie risorse, l'addestramento e la libertà per agire con responsabilità con modalità stimolanti ed incoraggianti, riconoscendo i contributi ed i risultati ottenuti dal personale.

Principio 3 - Coinvolgimento del personale

Le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza di un'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione. Motivazione, rispondenza e coinvolgimento del personale nell'ambito dell'organizzazione saranno i benefici principali. A questi si assocerà innovazione e creatività nel raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione e responsabilizzazione del personale per le proprie prestazioni legato a desiderio di partecipazione e di contribuire al miglioramento continuo. Tutto questo normalmente porta a:

- a) Comprendere l'importanza del proprio contributo e del ruolo nell'organizzazione.
- b) Individuare i vincoli attinenti alle proprie prestazioni.
- c) Accettare l'incarico e la responsabilità di risolvere i problemi.

- d) Valutare le prestazioni a fronte degli obiettivi e traguardi.
- e) Ricercare attivamente occasioni per sviluppare le proprie competenze, conoscenze ed esperienze.
- f) Condividere liberamente conoscenze ed esperienze.
- g) Discutere apertamente di problemi e situazioni.

Principio 4 - Approccio per processi

Un risultato desiderato si ottiene con maggior efficienza quando le relative risorse ed attività sono gestite come un processo. A cui conseguono minori costi e cicli più brevi, mediante un efficace uso delle risorse (ottimizzazione), con risultati migliori, coerenti e prevedibili. Tutto ciò fornisce occasioni per la messa a fuoco e la scelta delle priorità dei miglioramenti. Seguendo questa linea di pensiero si sarà portati a:

- a) Utilizzare metodologie strutturate nelle procedure per la definizione delle attività necessarie ad ottenere i risultati desiderati.
- b) Indicare chiaramente le responsabilità per la gestione delle attività principali. Attenzione responsabile non è sinonimo di “capro espiatorio”, rappresenta invece chi gestisce con una adeguata autonomia un processo, e chi si fa garante dei risultati ottenuti attraverso le risorse affidategli e ed i percorsi di produzione condivisi con la leadership.
- c) Analizzare e misurare le potenzialità delle attività principali.
- d) Individuare le interfacce delle attività principali tra ed all’interno delle funzioni dell’organizzazione.
- e) Mettere a fuoco i fattori (quali le risorse, i metodi, i materiali) in grado di migliorare le principali attività dell’organizzazione.
- f) Valutare i rischi, le conseguenze e l’impatto delle attività sui clienti/utenti, sui fornitori e sulle altre parti interessate.

Principio 5 - Approccio sistemico alla gestione

Identificare, capire e gestire un sistema di processi interconnessi, mirati a determinati obiettivi, migliora l’efficacia e l’efficienza dell’organizzazione. Così si ottiene l’integrazione e l’allineamento dei processi con un più agevole raggiungimento dei risultati desiderati, attraverso una più facile capacità di messa a fuoco dei processi più significativi, dando fiducia alle parti interessate sulla solidità, efficacia ed efficienza dell’organizzazione. Tutto questo porta a:

- a) Strutturare il sistema per raggiungere gli obiettivi dell’organizzazione nel modo più efficace ed efficiente.
- b) Comprendere le interdipendenze tra i processi del sistema.
- c) Impostare approcci strutturati che armonizzino ed integrino tra loro i processi.
- d) Comprendere meglio i ruoli e le responsabilità necessari per raggiungere gli obiettivi comuni, riducendo quindi le barriere tra le funzioni dell’organizzazione.
- e) Capire le potenzialità organizzative ed individuare i vincoli sulle risorse prima di iniziare le attività.
- f) Individuare obiettivi e definire come le attività specifiche dovrebbero inquadrarsi nel sistema.
- g) Migliorare continuamente il sistema mediante misure, valutazioni e revisioni.

Principio 6 - Miglioramento continuo

Il miglioramento continuo dovrebbe essere un obiettivo permanente dell'organizzazione. In modo da ottenere sempre maggiori vantaggi dalle prestazioni prodotte attraverso le sempre migliorate potenzialità organizzative, la razionalizzazione delle attività di miglioramento a tutti i livelli, per perseguire gli obiettivi strategici dell'organizzazione, la flessibilità nel rispondere con prontezza alle opportunità che si presentano. Tutto questo propende verso la possibilità di:

- a) Adottare, per l'intera l'organizzazione, un approccio coerente nel miglioramento continuo.
- b) Addestrare il personale sui metodi e strumenti per perseguire il miglioramento continuo.
- c) Fare del miglioramento continuo di prodotti, processi e sistemi, un obiettivo per tutto il personale dell'organizzazione.
- d) Stabilire traguardi per il miglioramento continuo e misure per seguirne l'andamento.
- e) Riconoscere e dare credito dei miglioramenti.

Principio 7 - Decisioni basate su dati di fatto

Le decisioni efficaci si basano sull'analisi di dati ed informazioni attraverso decisioni razionali ed inequivocabili secondo la logica comune, associate ad una maggior capacità nel dimostrare l'efficacia di precedenti decisioni, sulla base di situazioni di fatto, non temendo di dovere riesaminare, confrontare e modificare opinioni e decisioni prese se i risultati non sono stati adeguati basandosi sulla base di situazioni di fatto. Tutto questo orienta verso la capacità di:

- a) Assicurarci che i dati e le informazioni siano sufficientemente accurati ed affidabili.
- b) Rendere accessibili dati ed informazioni a chi ne ha bisogno.
- c) Analizzare i dati e le informazioni utilizzando metodi validi.
- d) Assumere decisioni e prendere azioni basandosi su analisi di fatti reali, bilanciandole con l'esperienza e l'intuizione.

Principio 8 - Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori

Una organizzazione ed i suoi fornitori sono interdipendenti ed un rapporto di reciproco beneficio migliora, per entrambi, la capacità di creare valore. Attraverso una maggior capacità di creare valore, per entrambe le parti, una flessibilità e prontezza nel dare risposte congiunte al mutare del mercato o delle esigenze e aspettative dei clienti/utenti e la ricerca dell'ottimizzazione di costi e risorse. Così facendo sarà possibile:

- a) Stabilire rapporti in grado di bilanciare i guadagni a breve con logiche di lungo termine.
- b) Condividere esperienze e risorse con i principali partner.
- c) Identificare e selezionare i fornitori principali.
- d) Stabilire comunicazioni chiare ed aperte.
- e) Scambiarsi informazioni e piani per il futuro.
- f) Individuare attività congiunte per lo sviluppo ed il miglioramento.
- g) Suggestire, incoraggiare e riconoscere i miglioramenti e gli obiettivi raggiunti.

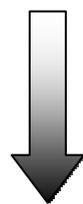
* * *

. . . **I'Accreditamento "in pillole"** . . .

* * *

E' inimmaginabile un percorso di miglioramento della qualità senza il **coinvolgimento** congiunto dei responsabili clinici, infermieristici e gestionali di un'Azienda Sanitaria attraverso le varie fasi riassunte nello schema riportato in **tabella N°3**.

Tabella N° 3: Approccio globale alla gestione del miglioramento in cinque fasi progressive e cicliche al tempo stesso:



- 1) Pianificazione strategica della qualità e della sicurezza aziendale
- 2) Progettazione dei processi clinici aziendali
- 3) Monitoraggio dei livelli di funzionamento dei processi attraverso la raccolta di indicatori
- 4) Analisi dei dati
- 5) Implementazione e sostegno dei cambiamenti che generano

Ciascuna delle fasi sopra descritte prevede il coinvolgimento e la **responsabilità organizzativa**, di risorse e di risultati di diversi settori aziendali, come riportato nella **tabella N°4**.

Tabella N° 4: Coinvolgimento dei vari settori Aziendali nel processo di approccio globale alla gestione ed al miglioramento per la qualità delle Aziende Sanitarie:

- 1) La Pianificazione spetta al management aziendale
- 2) La progettazione deve essere guidata da esperti del settore
- 3) Il monitoraggio deve essere attuato da "raccolgitori" con titoli e capacità adeguati (un infermiere, per quanto dotato, non può valutare un'azione di un medico) opportunamente istruiti
- 4) L'analisi deve essere condotta da "lettori" esperti
- 5) Lo sviluppo di programmi di miglioramento deve ritornare ai progettisti del sistema che ne riferiscono al management aziendale per le opportune e

Il punto di partenza è senz'altro l'analisi del processo assistenziale che deve partire attraverso la **mappatura** della definizione delle necessità dei clienti/utenti (in un termine i Pazienti) che poi rappresenteranno gli obiettivi da raggiungere attraverso la **"Mission"** di ciascuna struttura complessa. Sarà quindi utile produrre un testo introduttivo così concepito (ne riportiamo un esempio relativo ad una ipotetica U.O. di Urologia nella **tabella N° 5**): Una volta definiti quali sono gli obiettivi per la Qualità è necessario passare alla fase di **"pianificazione del sistema di gestione per il conseguimento degli obiettivi propostisi"**. Gli obiettivi definiti in sede di budget rappresentano il contributo di

Tabella N° 5: Mission di una struttura complessa di Urologia

La Mission della Struttura Complessa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera ***** è quella di affrontare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico le più comuni patologie di interesse urologico dell'adulto che comprendono:

- ✓ Le disfunzioni dell'alto e del basso apparato urinario
- ✓ Le patologie tumorali
- ✓ La traumatologia genito-urinaria
- ✓ Etc.....
- ✓ Etc.....

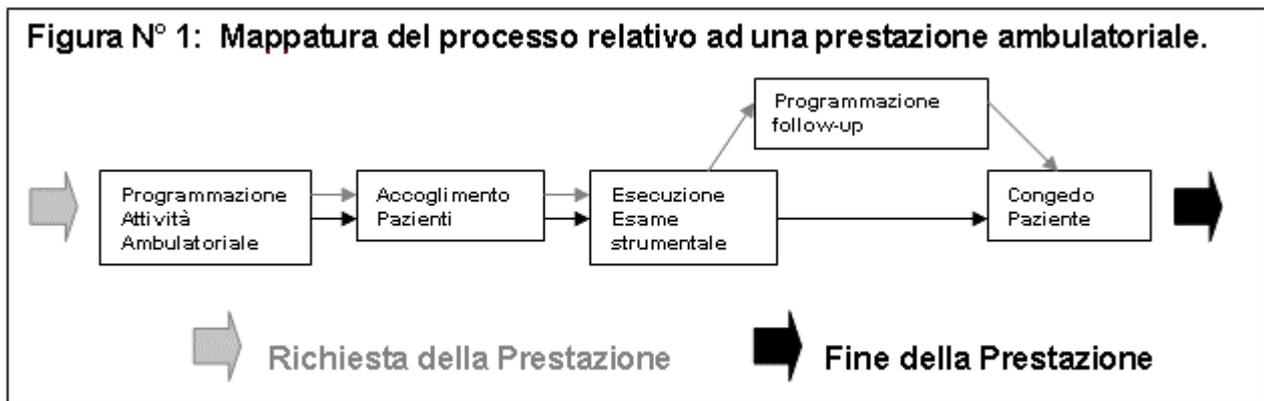
Tutta l'organizzazione della Struttura Complessa ha come obiettivo il massimo rispetto del Cliente/Utente e si esprime attraverso:

- ✓ Un'adeguata informazione sulle procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali fornite
- ✓ La facilità di accesso ai servizi erogati dalla Struttura Complessa da parte dell'utente sia nel periodo di diagnostica e preparazione all'intervento che nel successivo follow-up
- ✓ La costante presenza del Personale Medico, Infermieristico e di supporto in tutte le fasi dell'iter diagnostico-terapeutico

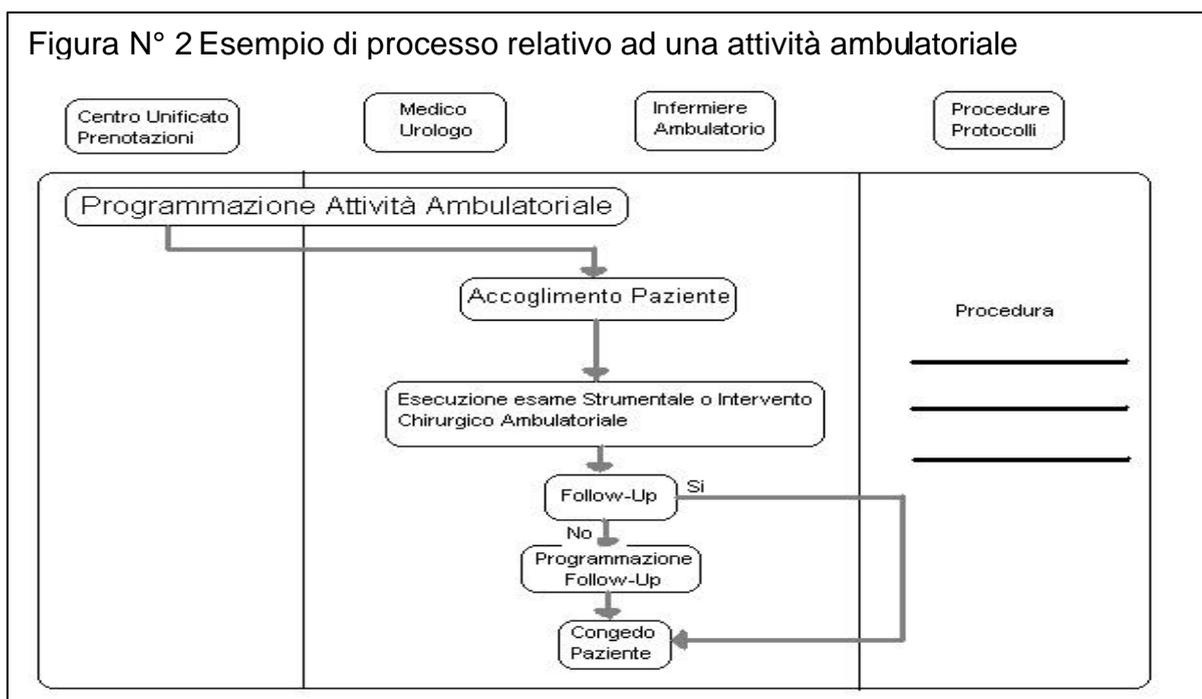
Tutte le procedure diagnostico-terapeutiche seguite si rifanno a linee guida internazionali ed a assunti derivati dall'EBM (Medicina Basata sull'Evidenza), attraverso la formazione e l'aggiornamento continuo del personale attraverso la partecipazione a Convegni, Corso, meeting in ambito nazionale ed internazionale sia in qualità di discenti che in qualità di docenti. Uno dei principali obiettivi della Struttura Complessa di Urologia è quella di Ottimizzare le prestazioni erogate, riducendo, per quanto possibile, in relazione alle risorse umane e tecnologiche messe a disposizione, i tempi di attesa di esecuzione delle varie procedure, Umanizzare il rapporto con il personale e rendere confortevole il soggiorno o la visita ai degenti da parte dei visitatori. Nei confronti della comunità la Struttura Complessa di Urologia svolge un programma educativo che coinvolge i Medici di Famiglia sui temi di interesse urologico attraverso l'attuazione di Corsi ECM, Incontri, Conferenze e lo sviluppo di opuscoli informativi dedicati. La Struttura Complessa di Urologia promuove regolarmente ricerche clinico-sperimentali in ambito farmacologico che contribuisce alla conoscenza scientifica dell'azione e degli effetti collaterali di prodotti farmaceutici, di procedure chirurgiche o di protocolli di prevenzione.

ciascuna Struttura Complessa, è quindi necessario **"esplicitare in un'apposita scheda (progetto/programma) le azioni e le relative risorse dedicate necessarie a trasformare l'obiettivo in traguardo"**. In questa fase è indispensabile rappresentare una "Pianificazione dell'Obiettivo" nel quale si riconosca una **"definizione dell'obiettivo"**, gli **"indicatori"** utilizzati per misurare il traguardo raggiunto partendo dal **"valore basale"** e confrontandolo con il dato dei **"risultati attesi"**. Nella scheda va riportata la **"Responsabilità dell'Obiettivo"**, i **"tempi"** programmati per il suo raggiungimento, le **"Risorse umane messe a disposizione"**, le **"Risorse economiche disponibili"**, Le varie **"fasi"** con le **"relative responsabilità"** in funzione della fase temporale attraversata, la data di redazione della scheda, la firma del **"Responsabile dell'Obiettivo"**, la firma del **"Responsabile della Struttura Complessa"**. Al di là della progettazione della suddetta scheda il Responsabile dell'Obiettivo, deve assicurare che il sistema di gestione per la qualità sia mantenuto ed aggiornato, deve riferire alla Direzione sull'andamento del sistema di gestione, deve assicurare che tutto il personale sia consapevole dei requisiti del paziente/utente e delle

sue esigenze/aspettative. Questo significa che è necessario definire i processi di comunicazione tra le varie componenti del sistema attraverso: riunioni periodiche, meeting tra il personale Medico, posta elettronica, rete internet, intranet aziendale, bacheche. Nella **figura N° 1** è riportato lo schema relativo alla “mappatura” del processo relativo ad un



esame ambulatoriale eseguito presso la struttura complessa attraverso una modalità schematica che mette in evidenza solo la successione logica degli eventi che compongono il processo. Nella **figura N° 2** è riportato un **esempio di pianificazione del processo** relativo ad un ambulatorio di una Struttura Complessa di Urologia dalla quale è possibile ricavare le risorse impiegate, le funzioni o aree urologiche interessate al processo.



Dopo un'attenta analisi, la riproduzione dei problemi su schemi così concepiti, consente una più facile valutazione dei processi e l'individuazione dei punti di criticità e dove, invece è possibile operare per il miglioramento e l'efficientizzazione delle procedure.

Una volta attuata la fase analitica e definito il progetto/programma è indispensabile approntare, da parte della Direzione, "**periodiche verifiche**" attraverso la collaborazione dei Medici referenti e del Coordinatore infermieristico che dovranno valutare lo stato del programma (vedi **tabella N° 6**).

Tabella N° 6: Valutazione periodica dello stato dell'arte del programma per la Qualità.

- 1) Lo stato del raggiungimento degli obiettivi preposti
- 2) Risultato delle indagini sulla qualità percepita
- 3) Stato di performance dei processi attraverso gli indicatori raccolti
- 4) Azioni preventive correttive da attuare ed ancora in corso
- 5) Valutazione dell'esito delle verifiche ispettive interne ed esterne (es. dell'organismo certificatore)
- 6) Eventuali suggerimenti, osservazioni e proposte raccolte dal personale orientate verso il Total Quality Management

Un punto fondamentale da coordinare all'interno dell'organizzazione aziendale è senz'altro l'**Approvvigionamento** e la **Conservazione dei materiali**. Questo comprende tutti gli attori delle funzioni produttive che coinvolge, oltre che il personale interno delle singole unità operative, anche unità operative amministrative quali l'Economato, il Provveditorato, il Servizio Farmaceutico, etc.

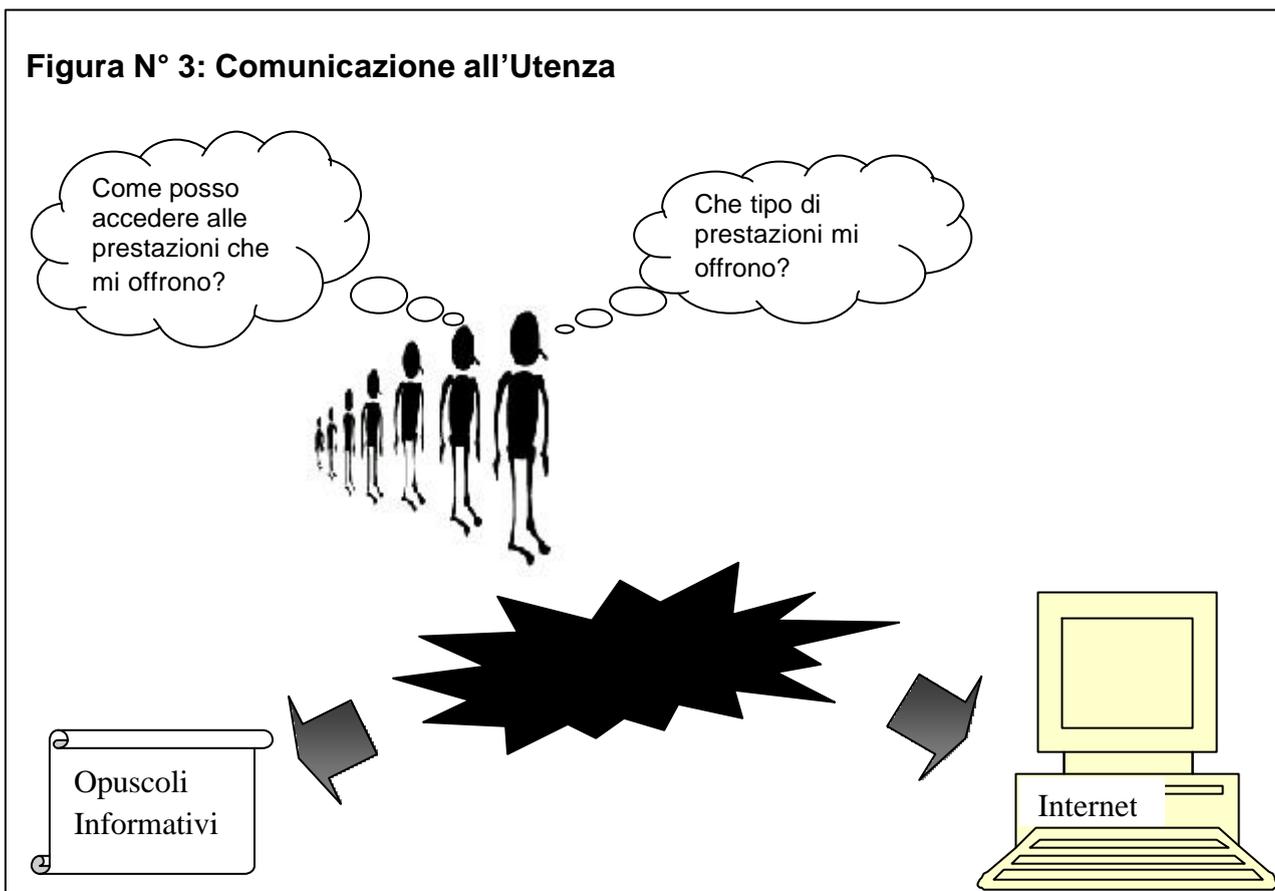
I processi legati alla gestione delle gare d'appalto, della scelta dei fornitori e dei materiali non può prescindere dal coinvolgimento globale dell'Azienda. Acquistare al minore costo o per esempio creare doppioni in magazzino rappresentano i due più frequenti punti di criticità all'interno dell'Azienda.

Per quanto riguarda poi la conservazione di prodotti nella **tabella N°7** sono riportate le regole da utilizzare per una conservazione efficiente.

Tabella N° 7: Regole per un corretto Approvvigionamento

- 1) Definire i luoghi appropriati per la conservazione dei vari prodotti o materiali
- 2) Regolamentare le modalità di conservazione (es. farmaci conservati a temperatura controllata)
- 3) Identificazione (a seguito dei consumi storici) i livelli di *scorta minima*
- 4) Definire regole per effettuare il riordino una volta raggiunto il livello di *scorta minima*
- 5) Definizione della frequenza degli inventari periodici.

Infine, ma solo per necessità di descrizione, è necessario trattare il **ruolo del Paziente/Utente**. Le necessità dell'utenza rappresentano in gran parte la **Mission del Moderno Management Aziendale in Sanità**. E' quindi fondamentale comunicare in maniera efficace le tipologie delle prestazioni offerte all'utenza e soprattutto comunicare le modalità di accesso alle prestazioni offerte (Vedi **figura N°3**).



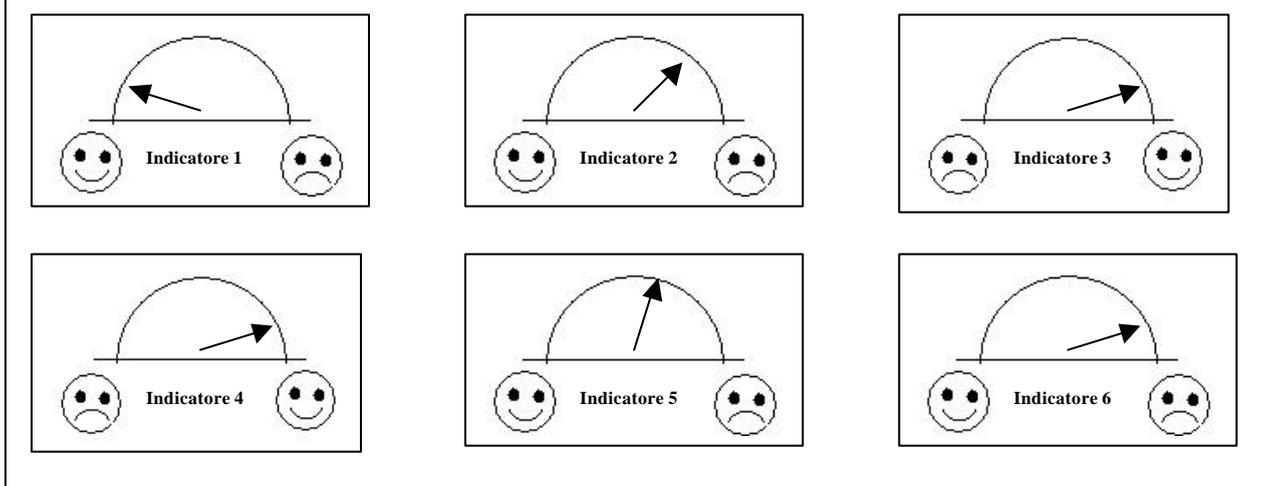
Una volta analizzati i processi e definite le regole è indispensabile verificare i processi attraverso di **Indicatori**. Questi scaturiscono dai seguenti elementi fondamentali:

- 1) Dagli obiettivi e dalla ragion d'essere dei processi che concorrono all'erogazione della prestazione
- 2) Dalle esigenze e/o bisogni di pazienti che l'Azienda si propone di colmare
- 3) Dalle direttive strategiche aziendali che devono risentire delle necessità scientifiche (EBM), sociali, politiche, culturali, etiche, etc.
- 4) Dalla politica della qualità dell'Azienda.

Attraverso questo processo sarà possibile identificare gli indicatori più appropriati da considerare e da monitorare su un **Ideale Cruscotto Aziendale** (vedi figura N° 4).

A questo punto è quindi fondamentale prevedere una efficace **Gestione dei problemi** (le non conformità). Abbiamo visto come per avviare un processo di miglioramento è necessario ottenere una documentazione dei processi attraverso la produzione di dati orientati verso la documentazione, la verifica e la revisione della qualità che è possibile ottenere solo attraverso l'analisi, il numero, la tipologia, la frequenza delle criticità l'attuazione delle opportune correzioni di rotta finalizzate ad ottenere il miglioramento. E' quindi indispensabile che vengano definite:

- 1) Le regole per l'identificazione e la registrazione delle *non conformità*
- 2) Le responsabilità organizzative per l'identificazione delle soluzioni da adottare
- 3) Le responsabilità organizzative per la verifica che le soluzioni adottate abbiano eliminato la non conformità.

Figura N° 4: Il *Cruscotto Aziendale*, per il monitoraggio degli indicatori di processo.

* * *

. . . LE RISORSE UMANE . . .

* * *

L'analisi dei processi rappresenta, come abbiamo visto, il primo passo per identificare i meccanismi applicativi necessari per il raggiungimento degli obiettivi. L'organizzazione Aziendale anche in sanità è assimilabile ad una **organizzazione complessa**. Su di esse sono applicabili **modelli di analisi sistemica** in grado di adattare i fondamenti della **teoria dei sistemi**. Infatti un'organizzazione è così intesa come un **sistema** (insieme di elementi in reciproca relazione tra loro, organizzati per la realizzazione di un fine) **complesso** (ovvero a sua volta costituito da più sub-sistemi tra loro interagenti) e **aperto** (nel senso che scambia risorse e risultati con l'ambiente che lo circonda).

Ragionando in quest'ottica va ricordato che **l'azienda sanitaria non è un fenomeno naturale** ma è qualcosa di costruito dall'uomo che ha come scopo quello di raggiungere obiettivi utili a perseguire le finalità istituzionali per le quali è stata creata, il suo sistema organizzativo ha la caratteristica di essere aperto agli **scambi con l'ambiente in cui è inserito**, dal quale **riceve risorse** e al quale **restituisce risultati**, all'interno del sistema avviene la **trasformazione delle risorse in risultati** attraverso l'utilizzazione delle tecnologie e il lavoro degli operatori opportunamente inquadrati in apposite **strutture organizzative** e gestiti attraverso **meccanismi operativi**.

Per **struttura organizzativa** si intende l'ossatura portante dell'organizzazione di solito rappresentata attraverso l'**organigramma** che descrive le singole **unità organizzative** e le relazioni che le intercorrono vengono descritte attraverso **linee grafiche** che uniscono le varie unità organizzative rappresentando le relazioni gerarchiche tra esse intercorrenti, ma non le relazioni funzionali. I **meccanismi operativi** costituiscono, invece, l'insieme di criteri e regole con cui l'organizzazione viene governata, o meglio i **meccanismi funzionali** attraverso cui le risorse a disposizione vengono gestite al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Non può parlarsi di Qualità senza accennare al problema delle risorse umane. La **direzione per obiettivi** è considerata oggi fondamentale in quanto questi vanno enunciati, dettagliati e formalizzati nel modo più chiaro possibile, condivisi da tutti e per quanto possibile, una volta riportati sotto forma di **procedure** (organizzazione grafica di problemi scomposti secondo un algoritmo in una sequenza finita di passi) ed in essi si devono riconoscere le **finalità** (prestazioni o risultati attesi) correlate con *il perché* gli obiettivi identificati vanno raggiunti (senza la giusta motivazione non si approda da nessuna parte) ed infine i **tempi** previsti di realizzazione.

In organizzazioni complesse siffatte non sempre vengono raggiunti gli auspicati livelli di efficacia operativa da parte degli operatori sanitari. Tutto ciò accade spesso a causa di problemi di natura gestionale e organizzativa secondari ad una utilizzazione frammentaria e scoordinata degli strumenti disponibili per la gestione delle risorse umane. Esistono realtà, invece dove è possibile riscontrare espressioni di livelli di efficienza e di efficacia operativa superiori alle aspettative, proprio in virtù di sinergie che risultano in grado di facilitare le performance lavorative grazie a una corretta adozione di meccanismi operativi di gestione delle risorse umane.

Le organizzazioni sanitarie rappresentano quindi le cosiddette “**burocrazie professionali**”, nelle quali il potere aziendale non è concentrato nel vertice strategico ma è diffuso nelle strutture operative, laddove è dislocato personale altamente qualificato, che si avvale di metodologie e dell'uso di tecnologie difficili da apprendere. E' a questo personale che va riconosciuto un considerevole grado di autonomia nell'organizzazione del proprio lavoro che deve prevedere discrezionalità decisionale nell'uso delle risorse e possibilità di lavorare in maniera relativamente indipendente in correlazione con gli utenti che fruiscono dei servizi da loro erogati. Da ciò risulta che la richiesta di domanda di assistenza sanitaria si esplicita attraverso l'operatore e solo conseguentemente (in quanto reale) assume rilevanza organizzativa; la produzione di un servizio scaturito dal bisogno dell'utenza avviene attraverso uno specifico comportamento professionale, che è “incorporato” dall'operatore, **il professionista**, quindi non si limita ad erogare il servizio, ma contribuisce a determinare la domanda; egli, dunque, **definisce sia la domanda che l'offerta** poiché, inevitabilmente le conoscenze necessarie al soddisfacimento della domanda di assistenza, ragion d'essere della mission aziendale, sono dislocate pressoché completamente nelle professionalità operanti nelle strutture di erogazione.

Dalla capacità aziendale di “*vedere*” e “*gestire*” circoli virtuosi orientati ad indurre e sviluppare siffatti sinergismi positivi deriva, in definitiva, il successo del suo management.

L'Azienda Sanitaria troppo spesso, purtroppo, da la sensazione di essere gestita attraverso un sistema di imbrigliature organizzative atte a che (gattopardescamente) siano possibili solo cambiamenti la cui finalità è quella di non far cambiare nulla. Utilizzando il contesto di un improprio management soggiogato alla visione di un fenomeno che rimane solo in grado di seguire le leggi, i tempi e soprattutto i ritmi del divenire propri della natura, spesso, vengono scambiate come regole scientificamente universali imposizioni che, sillogisticamente interpretate, hanno una corretta sintassi ma a cui non corrisponde un'appropriata semantica con la generazione di equivoci più o meno desiderati da cui vengono generati gli errori. Non vi può essere Qualità senza un **sistema di sicurezza** deputato al controllo degli **errori in medicina**, poiché quando accade un incidente è l'intera organizzazione che fallisce e non soltanto l'individuo a più stretto contatto con **l'evento avverso**, in quanto errore non solo dell'individuo ma anche caduta delle difese del sistema. Tutti i sistemi organizzativi creati dall'uomo non sono scevri da errori più o meno banali. Non considerare un sistema di sicurezza finalizzato alla prevenzione d

questi “inceppamenti” è già di per se una responsabilità, in quanto è il gestore del sistema che costruisce l’ambiente operativo attraverso l’architettura organizzativa (tipi di orario e di servizio, applicazione di protocolli e procedure operative, linee guida gestionali, disponibilità di tecnologie, organizzazione dei processi lavorativi, etc.). Il primo dei presupposti è quello di verificare che il sistema non sia affetto da **“sindrome del sistema vulnerabile”** rappresentata dalla ricerca di colpevolizzazione degli operatori di prima linea. A questo livello si osservano **errori attivi** (di esecuzione), i cui effetti sono di solito immediatamente individuabili. A monte di questi, però, quasi sempre vi sono i cosiddetti **errori latenti** (di pianificazione), esito di attività distanti (in termini spazio/temporali) generati di solito da problemi di politica sanitaria (management, progettazione delle tecnologie, norme e regolamenti). Una visione organizzativa, come nell’ambito della Qualità, prevede una **ergonomia organizzativa** in grado di generare un approccio sistemico all’analisi delle procedure al fine di rilevare, in una prospettiva sistemica, i problemi relativi agli eventi avversi per la prevenzione (**ergonomia cognitiva**) sia degli errori attivi che di quelli latenti. Tutto ciò per evitare che la soluzione del problema resti relegata alla **“ricerca del colpevole”** e delle relative responsabilità professionali individuali, ma piuttosto alla ricerca delle cause dell’evento sfavorevole al fine di migliorare la qualità del lavoro e la sicurezza dei pazienti poiché la qualità non è solo nel risultato ottenuto (**qualità percepita**) ma è insita soprattutto ed in maniera più significativa, nel processo (**qualità professionale**) e nella qualità di struttura (**qualità organizzativa**).

Mi piace concludere questo argomento con un brano tratto dalla commedia *Pigmalione* di George Benard Shaw (alla quale si è ispirata la commedia musicale, poi film, *My fair lady*). Eliza Dolittle dice: *“In realtà, a parte le cose che ognuno può imparare (come vestirsi e come parlare in modo appropriato e via dicendo), la differenza tra una signora ed una fioraia non è come si comporta, ma come viene trattata. Io sarò sempre una fioraia per il Prof. Higgins, perché egli mi tratta da fioraia e continuerà a trattarmi in questo modo; ma io so che per voi posso essere una signora, perché voi mi trattate come una signora e continuerete a farlo”*. La maggior parte dei leader, come il Prof. Higgins, tratta senza volere i propri dipendenti in modo tale da indurli a fornire un rendimento inferiore alle proprie possibilità, a demotivarli e, cosa più importante, a generare errori prevedibili . . .

* * *

. . . LA CHECK-LIST DELL’AUTOVALUTAZIONE ovvero **“open up your mind”** . . .

* * *

La parte che segue rappresenta uno strumento di lavoro per la formazione e l’avvio di processi di miglioramento nel campo della qualità percepita. Si è consapevoli che non è possibile elaborare e tanto meno rilevare in modo completo e valido indicatori che riflettano tutta la ricchezza, la complessità e la multidimensionalità degli aspetti di personalizzazione ed umanizzazione dell’assistenza, pur tuttavia quello che viene descritto qui di seguito rappresenta un tentativo di razionalizzare i principali elementi di autovalutazione per quanto attiene gli aspetti di personalizzazione, umanizzazione, di comfort alberghiero e di prevenzione dei presidi ospedalieri tenendo conto comunque che la soddisfazione dei pazienti non dipende ovviamente solo dagli sforzi di umanizzazione e personalizzazione del servizio, ma anche dalla loro percezione della qualità professionale (il paziente

migliorato o che sta bene tende ad essere soddisfatto e quello non migliorato o peggiorato ad essere insoddisfatto, a parità di gentilezza, cortesia, informazioni e comfort) e dalle loro aspettative che sono destinate inevitabilmente a crescere col tempo. Compilare delle schede a riguardo che rispondano alle domande in esse poste consente la definizione della gran parte dei problemi e predispone ad un più agevole cammino verso la Certificazione.

ASPETTI ORGANIZZATIVI ED EDILIZI GENERALI

- 1) Le dimensioni di umanizzazione e personalizzazione sono inquadrare all'interno delle attività di Valutazione e Miglioramento di Qualità (gestione della qualità, qualità totale, verifica e revisione di qualità), in modo da favorire il collegamento con le dimensioni tecnico-scientifiche?
- 2) Sono stati predisposti rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato e di rappresentanza dei Pazienti?
- 3) Sono state adeguatamente codificate le modalità di accoglienza e di dimissione?
- 4) E' stata adeguatamente codificata la gestione dei reclami, ad esempio di segnalazioni di disservizi, dei suggerimenti e degli apprezzamenti provenienti dai pazienti, dai familiari e dalle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei malati?
- 5) Sono state opportunamente codificate le modalità di monitoraggio interno dei "temi" di tipo alberghiero (ad esempio qualità dei pasti, orari di distribuzione degli stessi, pulizia dei servizi igienici)?
- 6) Sono state adeguatamente codificate ed illustrate le opportune modalità di comunicazione tra professionisti e utenti ed è stata prevista la necessaria attività di formazione del personale sui temi della comunicazione interpersonale e del rispetto dei diritti dei malati?
- 7) Sono state adeguatamente riportate e pubblicizzate raccomandazioni specifiche sul coinvolgimento dei pazienti nella formulazione dei piani assistenziali e terapeutici e, nel caso non siano in grado, dei familiari?
- 8) E' stato adeguatamente ribadito il rispetto della norma sull'obbligo, da parte del personale a contatto con i pazienti, di portare un contrassegno di identificazione?
- 9) Sono state appropriatamente definite le modalità di prevenzione e di gestione degli incidenti e degli eventi avversi (cadute, errori di somministrazione dei farmaci, ecc.) durante il ricovero?
- 10) I documenti prodotti sono stati adeguatamente portati a conoscenza di tutto il personale e ridiscussi e eventualmente modificati almeno ogni tre anni?

ASPETTI RELATIVI ALLA CARTA DEI SERVIZI

E' stata approvata una carta dei servizi aziendale? Questa deve contenere:

- 1) Informazioni sui dipartimenti, sulle unità operative e sui loro responsabili, sulle modalità di accesso e di prenotazione, sui tempi di visita, su come chiedere informazioni più dettagliate, su come avanzare reclami e suggerimenti, sui costi per i pazienti;
- 2) Gli impegni dell'azienda e delle varie unità operative rispetto a imparzialità nella erogazione delle prestazioni e altri valori a cui si ispira l'azione aziendale, modalità di relazione coi pazienti e coi familiari (disponibilità, cortesia, chiarezza nel dare informazioni, coinvolgimento delle decisioni), comfort alberghiero compatibilmente

- con le condizioni edilizie, ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio (espressi dai cittadini direttamente o mediante le organizzazioni che li rappresentano), tempi di attesa, tutela della privacy e della confidenzialità dei dati, impegni per il miglioramento continuo e per la valutazione della qualità del servizio.
- 3) Comportamenti richiesti ai pazienti e ai loro familiari (rispetto degli altri utenti, definizione di area protetta dove è vietato fumare, disponibilità a dare informazioni sulle proprie condizioni di salute anche dopo la fine del trattamento e del ricovero, compilazione dei questionari sulle opinioni nei confronti del servizio ricevuto, espressione di suggerimenti su come migliorare il servizio).
 - 4) Stesura di una versione chiara e succinta per i cittadini e i pazienti, sotto forma di opuscolo (o anche di foglietto a fisarmonica ripiegato nel formato di una scheda telefonica) e distribuzione della stessa all'ingresso in ospedale o, meglio, in reparto, ai pazienti e ai familiari..
 - 5) Pubblicazione della carta sono riportate sul sito internet dell'azienda eventualmente paragonate con quelle di aziende viciniori che abbiano coordinato le loro attività di relazioni con il pubblico.
 - 6) Curare l'aggiornamento delle informazioni (versione elettronica a 1 settimana; versione cartacea a non più di 24 mesi).

CARATTERISTICHE RELATIVE ALL'U.R.P.

- 1) L'URP deve disporre di risorse adeguate per le proprie attività, ad esempio almeno uno specialista a tempo pieno e una unità di segreteria ogni 8000 ricoveri; possibilità di ricorrere facilmente a sostegno statistico per la registrazione ed elaborazione di dati, presenza di una rete di centri o punti di riferimento URP in tutti i punti di erogazione di servizi, anche se non gestiti direttamente, ad esempio affidati ad associazioni di volontariato;
- 2) L'attività URP deve essere integrata con le attività relative alla qualità professionale e manageriale e con il controllo di gestione, ad esempio utilizzo dei dati provenienti dai reclami dei pazienti per avviare progetti di miglioramento della qualità professionale o manageriale, obiettivi di qualità percepita inclusi nel budget e collegati alla retribuzione di risultato e di posizione, partecipazione del responsabile URP alla elaborazione del piano strategico (triennale) dell'azienda;
- 3) Deve essere previsto un servizio di informazioni per i cittadini del bacino di utenza, ad esempio un numero verde in funzione almeno 5 giorni la settimana e un sito web, vedi anche carta dei servizi;
- 4) Le informazioni fornite devono essere aggiornate.
- 5) L'URP deve collaborare attivamente e fruttuosamente con istituti della partecipazione dei cittadini, in particolare con associazioni di volontariato e con comitati consultivi misti, ad esempio se i rappresentanti di queste associazioni nei loro rapporti con l'azienda si rivolgono prioritariamente alla URP.
- 6) L'URP deve collaborare con altri URP per progetti comuni e scambio di esperienze e di strumenti.

PERCORSI ANALITICI MEDIANTE GRIGLIE DI OSSERVAZIONE

Avere cura di poter disporre di griglie di osservazione o di altri strumenti "obiettivi" per l'analisi di:

- 1) Dotazione e piena utilizzazione di macchine speciali per la pulizia

- 2) Adeguata segnaletica di orientamento alle varie unità e servizi
- 3) Facilità di accesso fisico (ad esempio assenza di barriere architettoniche);
- 4) Pulizia degli ambienti (mancanza di cicche di sigarette o di carte nei vasi o sotto i mobili, soffitti e davanzali senza polvere, ragnatele, guano di piccioni, mancanza di mosche)
- 5) Gradevolezza degli ambienti (particolarmente importante in psichiatria, geriatria, pediatria)
- 6) Chiarezza dei documenti consegnati ai pazienti/familiari.
- 7) Considerare infine se le griglie o gli strumenti sono utilizzati e se si tiene conto dei risultati per introdurre cambiamenti migliorativi.

SERVIZI AMMINISTRATIVI RIVOLTI ALL'UTENZA

- 1) E' possibile il pagamento del ticket deve essere posto all'interno del presidio in posti accessibili e che non richiedono farraginosi percorsi (eventualmente in più "ticket-point" automaticamente)
- 2) Dovrebbe essere possibile pagare il ticket al momento della prenotazione in un unico sportello
- 3) Dare la possibilità di pagare il ticket mediante bancomat o carte di credito.
- 4) L'ufficio preposto al pagamento del ticket deve avere orari di apertura degli sportelli amministrativi adeguati con carichi di lavoro (code e tempi di attesa) appropriati
- 5) Cercare di prevedere l'unificazione dei diversi atti amministrativi relativi alla stessa pratica (ad esempio prenotazione e pagamento ticket);
- 6) Assicurarsi che la risposta al centralino telefonico sia celere, gentile ed adeguata alla bisogna (fornire informazioni sulle prestazioni erogate dal presidio anche per telefono)
- 7) Deve essere agevole ottenere copia della cartella clinica

ACCESSO FISICO E SPOSTAMENTI ALL'INTERNO DEL PRESIDIO

Tenere in debita considerazione se:

- 1) Vi sono barriere architettoniche e, se vi sono, la facilità d'uso dei mezzi per il loro superamento;
- 2) Il numero di ascensori per i pazienti deambulanti e per i visitatori;
- 3) La facilità di collegamento tra reparti e servizi;
- 4) La completezza e chiarezza della segnaletica interna e della segnaletica esterna indicante il presidio;
- 5) La disponibilità di linee di trasporto pubbliche di collegamento con il presidio anche in ore serali;
- 6) L'esistenza di parcheggi adeguati per i visitatori;
- 7) L'esistenza di residenze collegate al presidio per i pazienti di day hospital provenienti da lontano e per i parenti dei ricoverati provenienti da lontano.

GESTIONE DEI RECLAMI E DEI SUGGERIMENTI

- 1) Deve essere facile presentare reclami e suggerimenti (ad esempio moduli inseriti negli opuscoli informativi e/o facilmente ottenibili ovunque, disponibilità di professionisti che possono aiutare a formulare il reclamo/suggerimento, presenza di cassette per la raccolta in modo confidenziale dei reclami, affidamento della raccolta ad associazioni di volontariato);
- 2) Deve essere prevista la possibilità di avvalersi di personale qualificato per la registrare delle lagnanze/suggerimenti presentati dai pazienti e dai loro familiari;

- 3) Devono essere presenti procedure che evidenzino la “presa in considerazione” di eventuali suggerimenti in chiaro formulati nelle inchieste sulle opinioni dei pazienti (elencare alcune correzioni apposte in seguito a specifici suggerimenti);
- 4) Deve essere data una risposta per iscritto in modo tempestivo ad ogni lagnanza. I suggerimenti devono essere discussi con il personale interessato (idealmente prima risposta entro il giorno successivo per i pazienti ricoverati, entro 3 giorni per i pazienti che hanno lasciato l'ospedale);
- 5) Documentare come le lagnanze giustificate ed i suggerimenti giudicati utili vengano utilizzati per migliorare i servizi.
- 6) Bisogna documentare come l'alta dirigenza ed i responsabili del programma di gestione dei rischi considerino ogni reclamo relativo ad un evento avverso ed una richiesta di aiuto come un regalo che chi reclama fa all'organizzazione.

INCHIESTE SULLE OPINIONI DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI

- 1) Considerare se sono stati svolti nel periodo in esame inchieste sulle opinioni dei pazienti e se i dati relativi sono stati analizzati e portati a conoscenza del personale interessato. Queste inchieste non necessariamente devono essere continue, ma inizialmente dovrebbero riguardare tutte le unità operative per un periodo almeno di un mese ogni 2 anni e dovrebbero essere rivolte sia ai pazienti ricoverati, sia ai pazienti dimessi.
- 2) Considerare il tasso di risposta (proporzione di questionari compilati rispetto al numero di utenti a cui sono destinati), che non dovrebbe essere inferiore all'80% e la rappresentatività del campione indagato.
- 3) Il contenuto di queste inchieste dovrebbe riguardare almeno: informazioni ricevute all'accoglienza, cortesia e gentilezza delle varie categorie di personale, rispetto della privacy, comfort dell'ambiente di degenza, informazioni ricevute su condizioni di salute e trattamenti, facilità di colloquio con familiari e amici, qualità del vitto, pulizia, miglioramento/peggioramento percepito delle condizioni di salute, giudizio complessivo (ad esempio “Consiglierebbe a un suo amico o parente con gli stessi suoi problemi di farsi ricoverare qui?”). L'indagine potrebbe anche riguardare i giudizi su quanto fatto per eliminare o ridurre il più possibile il dolore fisico.
- 4) Può essere utile (e ovviamente necessario nelle unità operative per bambini) effettuare anche inchieste rivolte ai familiari, per verificare se sono soddisfatti dei servizi resi al loro congiunto, se hanno l'impressione di dover fare regali al personale non in segno di ringraziamento, ma per essere sicuri che il loro congiunto riceva prestazioni dovute, se pensano che, perché il loro congiunto sia assistito in modo adeguato, sia necessario o sarebbe necessario pagare personale non dipendente che stia accanto al paziente (ad esempio di notte).
- 5) I questionari dovrebbero contenere degli spazi in bianco per l'aggiunta di commenti e suggerimenti "in chiaro".
- 6) Considerare se i dati sono elaborati tempestivamente e i risultati sono presentati sotto forma di grafici facilmente leggibili e se, per almeno alcune domande, vi è una rappresentazione dell'andamento nel tempo.
- 7) Considerare se le inchieste sono state utilizzate per avviare progetti di miglioramento.

INCHIESTE SULLE OPINIONI DI ALTRI PORTATORI DI INTERESSE (stakeholder)

- 1) Considerare se sono stati svolti nel periodo in esame inchieste sulle opinioni degli altri portatori di interesse (cittadini residenti nel bacino di utenza, medici generali,

- consiglieri comunali, ecc.) e se i dati relativi sono stati analizzati e portati a conoscenza del personale interessato. Considerare il tasso di risposta (proporzione di rispondenti rispetto al numero di persone che avrebbero dovuto rispondere), che non dovrebbe essere inferiore all'80%, e la rappresentatività del campione indagato.
- 2) Il contenuto di queste inchieste dovrebbe riguardare almeno: conoscenza della carta dei servizi, esperienze di richiesta di informazioni, giudizio complessivo (ad esempio "Consiglierebbe a un suo amico o parente con un problema di salute serio di farsi ricoverare qui?")
 - 3) Gli strumenti di rilevazione dovrebbero contenere degli spazi in bianco per l'aggiunta di commenti e suggerimenti "in chiaro".
 - 4) Considerare se i dati sono elaborati tempestivamente e i risultati sono presentati sotto forma di grafici facilmente leggibili.
 - 5) Considerare se le inchieste sono state utilizzate per avviare progetti di miglioramento.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Va prevista una valutazione circa:

- 1) L'esistenza di un Centro Unificato di Prenotazione (CUP) delle visite specialistiche e dei ricoveri non urgenti,
- 2) La comodità di prenotazione (ad es. se vi è la possibilità di prenotare per telefono le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici);
- 3) I tempi di attesa per i ricoveri in regime di degenza, per gli eventuali ricoveri di day hospital, per le visite specialistiche e per eventuali esami di laboratorio e strumentali per esterni;
- 4) I tempi di attesa per gli esami diagnostici e per le consulenze specialistiche durante il ricovero;
- 5) La correttezza della gestione delle liste di attesa (mancanza di favoritismi);
- 6) L'esistenza di un sistema di triage (rapidità di accesso in rapporto all'urgenza clinica) in pronto soccorso;
- 7) L'esistenza di un sistema di triage per le visite specialistiche e per i ricoveri non urgenti.

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E CON I COMITATI CONSULTIVI O PARTECIPATIVI MISTI

- 1) Rapporto con le associazioni di volontariato. Prevedere:
 - o Stanze riservate alle associazioni di volontariato;
 - o Accordi formalizzati con associazioni di volontariato;
 - o Il numero dei volontari e con quale impegno questi collaborano con il presidio ospedaliero fornendo informazioni, compagnia o assistenza ai pazienti e ai loro familiari.
- 2) Rapporto con le rappresentanze dei pazienti. Prevedere:
 - o Incontri regolari documentati da verbale, per discutere di argomenti di interesse comune;
 - o Progetti di miglioramenti promossi di comune accordo.
- 3) Rapporti con entrambe. Prevedere:
 - o La loro rappresentazione nell'ambito di commissioni del presidio, ad esempio nel Comitato Etico o nel Comitato per il Miglioramento Continuo di Qualità (Verifica e Revisione di Qualità);

- Iniziative per portare i membri a impadronirsi dei concetti fondamentali della medicina basata sulle evidenze, in modo da poter fare domande appropriate sull'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici e da rappresentare in modo più informato il punto di vista dei pazienti nei gruppi di lavoro per l'approvazione di linee guida e la promozione della qualità professionale.

COMITATO ETICO

Considerare se:

- 1) E' stato istituito un comitato etico dell'ospedale o è stato formalizzato un accordo con un comitato etico multicentrico (per più presidi ospedalieri)
- 2) La composizione del comitato è multidisciplinare, con rappresentanti delle associazioni di utenti e del mondo della ricerca
- 3) Se e quante volte il comitato si è riunito e se delle sedute viene redatto un verbale
- 4) Se il comitato risponde rapidamente ai quesiti che gli vengono posti
- 5) Se i membri hanno ricevuto una preparazione di base sulle caratteristiche e le esigenze della ricerca scientifica nelle sue applicazioni al mondo sanitario e si pongono il problema delle non eticità talora di **non** effettuare una ricerca, se il comitato si preoccupa di introdurre elementi di valutazione della qualità di vita dei pazienti nelle ricerche.

ACCOGLIENZA ALL'INGRESSO NEL PRESIDIO E COMFORT RELATIVO

Vanno previsti:

- 1) Un punto informazioni all'ingresso del presidio, eventualmente gestito da associazioni di volontariato, e relativi orari di apertura, i tempi di attesa di fronte a tale punto, la preparazione e capacità di comunicazione del personale addetto, la facilità con cui può essere identificato il personale front office;
- 2) Definire con chiarezza a chi rivolgersi per ottenere informazioni nelle ore notturne e festive e la prontezza e cortesia del personale nel darle.
- 3) Una appropriata distribuzione del materiale informativo
- 4) Considerare anche:
 - a. La gradevolezza dell'ingresso principale (presenza di piante, di posti a sedere comodi per l'attesa, di servizi quali un caffè, un giornalaio, ecc.; a questo proposito, vedi anche il tema "Accessibilità di servizi commerciali");
 - b. Le caratteristiche fisiche dei punti di informazione, che dovrebbero assomigliare più a quelli della ricezione di un albergo che a un vecchio sportello delle poste.
- 5) Considerare anche il comfort per i pazienti e gli accompagnatori dei locali di attesa nel pronto soccorso.

ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONI SULL'UNITA' OPERATIVA ALL'ARRIVO DEL PAZIENTE NELLA UNITA' OPERATIVA

- 1) All'arrivo in unità operativa il paziente è accolto da un elemento del personale che indica le caratteristiche del reparto, il funzionamento interno e come cercare assistenza e aiuto in caso di necessità;
- 2) Va dato a lui e ai suoi familiari un opuscolo o un dépliant sulle caratteristiche e i regolamenti del reparto, che dovrebbe contenere la carta degli impegni del reparto;
- 3) Il paziente viene presentato agli altri ricoverati della stessa stanza e ai professionisti presenti;

- 4) Va previsto un regolamento per la custodia dei beni di valore del paziente;
- 5) All'ingresso dell'unità operativa vi devono essere cartelloni o bacheche per comunicati vari rivolti ai pazienti e ai loro familiari e con l'organigramma del reparto;
- 6) All'ingresso o nelle vicinanze devono essere disponibili opuscoli per i pazienti sulle principali patologie e interventi trattati nel reparto;
- 7) Prevedere una procedura scritta per l'accoglienza in reparto.

RAPPORTO COI FAMILIARI E CON L'ESTERNO - USO DEL TELEFONO

- 1) Garantire per i pazienti non in isolamento la possibilità di presenza il maggior tempo possibile nelle stanze di degenza di familiari (uno per volta) tranne che durante gli interventi sanitari e le pulizie;
- 2) Possibilità di disporre di una stanza per i colloqui, anche riservati, coi familiari;
- 3) Disporre di facilità di comunicazione visiva e acustica coi pazienti in isolamento;
- 4) Prevedere la possibilità, per i pazienti, di ricevere telefonate al letto (telefono almeno ricevente) o almeno entro l'unità operativa di degenza e la facilità di telefonare dal letto (ad esempio mediante telefono mobile) o almeno da telefoni situati nell'unità operativa di degenza;
- 5) Prevedere almeno un telefono pubblico è utilizzabile dai pazienti in sedia a rotelle e se almeno un telefono pubblico è dotato di amplificatore acustico;
- 6) Prevedere la possibilità di pagare i costi per l'uso del telefono nel reparto o nelle sue immediate vicinanze o almeno acquistarvi le schede telefoniche magnetiche;
- 7) Prevedere se vi è un regolamento o una pratica consolidata che permettono l'uso dei telefoni cellulari da parte dei pazienti, in modo però da assicurando il rispetto della sicurezza e delle esigenze degli altri ricoverati.

MODALITA' DI COMUNICAZIONE DEL PERSONALE COI PAZIENTI

- 1) Per quanto riguarda il personale sanitario, considerare se i medici e gli altri professionisti sanitari:
 - a. evitano di parlare tra di loro delle condizioni del paziente in sua presenza come se non esistesse;
 - b. non danno rassicurazioni generiche ed irrealistiche;
 - c. non danno del tu facendosi dare del lei tranne che coi bambini e coi ragazzi;
 - d. si ricordano o meno il nome dei pazienti e se chiamano i pazienti come loro desiderano essere chiamati;
 - e. evitano di fare l'anamnesi stando in piedi col paziente a letto;
 - f. non usano un linguaggio poco comprensibile ai non tecnici;
 - g. si accertano che l'interlocutore abbia capito (ad esempio: "Mi può ripetere con le sue parole quello che le ho detto? Vorrei accertarmi di essermi spiegato bene");
 - h. usano le espressioni suggerite e non usano le espressioni critiche (ad esempio non: "Nonno, andiamo a fare la pipì?", ma: "Signor Bianchi, la accompagno in bagno?").
- 2) Considerare anche se:
 - a. chi risponde al telefono in reparto è disponibile a prendere messaggi;
 - b. è disponibile un servizio di mediazione culturale o almeno di interpretariato per le lingue più diffuse tra gli immigrati della zona;
- 3) Considerare qui anche la prontezza con cui il personale infermieristico risponde alle chiamate dei pazienti.

- 4) Per quanto riguarda il personale amministrativo a contatto con il pubblico, considerare:
 - a. se ha fatto corsi di comunicazione;
 - b. se chi risponde al centralino dice il nome del presidio, riprende la linea nel caso che l'interno non risponda, è informato su come rintracciare i ricoverati e sul luogo più probabile dove rintracciare i professionisti;
 - c. se il personale addetto agli sportelli è identificabile, è gentile, paziente ed usa buone tecniche di comunicazione.

INFORMAZIONI SANITARIE DATE AI PAZIENTI E AI FAMILIARI

Prevedere:

- 1) La disponibilità di opuscoli illustrativi riguardanti le caratteristiche (natura, trattamenti principali, prognosi, ruolo del paziente nella gestione della malattia) delle principali patologie trattate nel reparto e sulle caratteristiche delle più frequenti procedure diagnostiche e terapeutiche; idealmente il paziente dovrebbe ricevere informazioni sia orali sia scritte.
- 2) L'esistenza di orari definiti in cui i familiari si possono rivolgere ad un medico che segue il paziente;
- 3) Le modalità di applicazione, da parte del personale, nell'usare un linguaggio il più possibile comprensibile dall'utente (evitare espressioni tecniche, o usarle solo dopo averle spiegate);
- 4) La spiegazione dettagliata al paziente di cosa gli succederà prima di qualunque intervento diagnostico o terapeutico e che il personale si accerti, soprattutto ma non solo, nel caso di informazioni complesse o difficili, che il paziente abbia capito bene: Ad esempio se gli dice, come già accennato nel riquadro precedente: "Vorrei essere sicura di essere stata chiara. Mi può ripetere per favore con le sue parole quello che le ho detto?";
- 5) Criteri di comunicazione efficace applicati nel rapporto interpersonale con il paziente che ha una malattia grave, accertando prima che cosa sa e poi che cosa vuol realmente sapere della sua malattia, ad esempio "Se risultasse che la sua malattia è grave, lo vorrebbe sapere?. Vuole che le spieghi in dettaglio che malattia ha o preferisce che ne discuti coi suoi familiari, mentre noi parliamo solo delle cure da fare?"
- 6) Protocolli appropriati per la comunicazione al paziente, ed eventualmente ai familiari della prognosi (es. capacità di dare speranza, ma al tempo stesso invitando a prepararsi al peggio).
- 7) Modalità di trasmissione scritta delle informazioni sanitarie al momento della dimissione.
- 8) La possibilità, per gli esami ambulatoriali che i pazienti ricevano i risultati per posta a domicilio.
- 9) Tecniche appropriate per la prevenzione di episodi in cui vengano fornite alla stessa persona informazioni diverse e magari contrastanti da professionisti diversi.

COINVOLGIMENTO DI PAZIENTI E DEI FAMILIARI

Considerare se:

- 1) Si cerca di coinvolgere il più possibile il paziente (e i suoi familiari, se indicato e con il consenso del paziente) nelle decisioni che li riguardano e se il paziente hanno l'impressione che le sue opinioni, le sue preferenze e i suoi punti di vista siano rispettati;

- 2) Se ai pazienti sono spiegati con chiarezza i rischi e i vantaggi delle varie opzioni di trattamento;
- 3) Se almeno per alcuni pazienti si arriva alla formulazione di un piano scritto di trattamento che viene firmato congiuntamente dal paziente e dal personale;
- 4) Se vi è un procedura per il consenso informato, se questa viene applicata, se sul modulo di consenso viene chiesto anche al medico di dichiarare di essersi accertato che il paziente abbia capito bene le informazioni fornite;
- 5) Viene rispettato il diritto dei pazienti a rifiutare un trattamento o a collaborare a programmi didattici per gli studenti delle professioni sanitarie.

EDUCAZIONE SANITARIA TERAPEUTICA DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI

Considerare se

- 1) si cerca di fare tutto il possibile perché il paziente sia messo in grado di partecipare il più possibile attivamente alla terapia
 - a) durante il ricovero
 - b) dopo la dimissione
- 2) viene spiegato chiaramente al paziente che cosa ci si aspetta da lui e si verifica che abbia capito bene facendogli ripetere con le sue parole quando appreso e facendogli fare le manovre suggerite;
- 3) vengono distribuiti opuscoli con gli stessi chiari contenuti, che contengono promemoria, facsimile di contratti e spazi per registrazioni di variabili o di eventi da tenere sotto controllo da parte del paziente e/o dei familiari;
- 4) vi sono a disposizione dei pazienti e nelle sale d'attesa per i visitatori audiovisivi di educazione sanitaria
- 5) ad esempio i pazienti, eventualmente con la collaborazione dei familiari, sanno quali farmaci prendere e quando e perché, se sanno riconoscere gli effetti collaterali da segnalare al medico;
- 6) le persone affette da psicosi hanno identificato e sanno riconoscere, con eventualmente con la collaborazione dei familiari, i segni precoci di crisi, ecc.

RISTORAZIONE

Considerare se:

- 1) esiste la possibilità di scelta del menu;
- 2) se è facile per le persone a dieta libera con scelte dietetiche particolari (ad es. i vegetariani) ottenere una dieta di loro scelta;
- 3) se i cibi sono variati e gradevoli;
- 4) se arrivano caldi;
- 5) se l'orario di distribuzione non è troppo anomalo rispetto alle normali abitudini;
- 6) se vengono fornite ai ricoverati posate e tovaglioli.
- 7) se in occasione di festività vengono serviti cibi "simbolici" (ad esempio panettone a Natale);
- 8) se vi sono e se vengono distribuiti opuscoli illustrati su diete speciali, ad esempio per diabetici;
- 9) se vi è la possibilità di menu legati particolari convinzioni religiose, particolarmente per le partorienti nei reparti di ostetricia;

ACCESSIBILITA' DI SERVIZI COMMERCIALI E PERSONALI

Considerare se:

- 1) i pazienti possono facilmente acquistare giornali e libri (passa un rivenditore nelle unità operative di degenza?);
- 2) c'è la possibilità di fare lavare e stirare in caso di bisogno indumenti personali, anche a pagamento;
- 3) esiste un servizio a pagamento di un parrucchiere per donna e per uomo, ad esempio una volta la settimana;
- 4) i visitatori ed i pazienti che ne sono in grado possono facilmente servirsi di una tavola fredda o calda o anche di un ristorante a prezzo ragionevole;
- 5) esiste uno sportello bancario con la possibilità per i pazienti ed i visitatori di utilizzare il Bancomat;
- 6) esiste una biblioteca del presidio, eventualmente gestita da volontari, e se gli addetti girano per i reparti di degenza.

PULIZIA DEGLI SPAZI COMUNI, DELLE STANZE E DELLE LENZUOLA

Considerare:

- 1) la pulizia dei pavimenti delle stanze e di corridoi, delle scale e degli ascensori, dei comodini e dei tavoli;
- 2) se si pulisce rapidamente dopo eventuali incidenti che portano a sporcare pavimenti o mobili;
- 3) se i pavimenti sono lavati in orari particolari, quando vi sono poche persone in giro;
- 4) se, mentre sono lavati i pavimenti e per un certo periodo dopo, vengono disposti segnali e sbarramenti per ridurre il rischio di cadute;
- 5) se vengono usati i detersivi e le cere suggeriti da una buona pratica di pulizia e sanificazione degli ambienti ospedalieri.
- 6) Lo specifico personale adibito alla verifica della presenza di polvere negli ambienti o macchinari (esplicitare i programmi delle periodiche visite programmate con il *"passaggio della la mano"* sui piani interessati dall'esame per verificare se si sporca o meno di polvere).
- 7) Considerare la pulizia di lenzuola, federe, traverse, ecc. e se vengono cambiate abbastanza spesso, ad esempio ogni 2 giorni o rapidamente se vengono macchiate.

PULIZIA E COMFORT DEI SERVIZI IGIENICI

Considerare:

- 1) il numero di stanze di degenza con servizi igienici riservati ai ricoverati della stanza, il numero di servizi igienici per letto di degenza, il numero di servizi igienici per gli ambulatori;
- 2) il rapporto tra numero di vasche da bagno o di docce funzionanti e numero di ricoverati,
- 3) l'esistenza di bagni/docce attrezzati per i pazienti più gravemente disabili bisognosi di aiuto totale;
- 4) l'assenza di condutture arrugginite e di piastrelle scrostate;
- 5) la pulizia dei servizi igienici, la presenza di carta igienica, la presenza di detersivi in macchinette distributrici, la presenza di strumenti igienici per asciugarsi le mani (aria calda, salviette di carta, etc.);
- 6) la disponibilità di acqua calda e la regolazione della temperatura dell'acqua con termostati che impediscano il raggiungimento di temperature troppo alte;
- 7) la presenza di dispositivi di chiamata funzionanti;
- 8) l'effettuazione di periodiche (almeno una volta ogni 3 mesi) ispezioni senza preavviso della pulizia dei servizi igienici;

- 9) la possibilità di usare i servizi igienici con una sedia a rotelle, la possibilità di modificare l'altezza della tazza a seconda dei bisogni dei pazienti, l'esistenza di barre di sostegno attorno alla stessa; l'esistenza di ausili di sostegno per i bagni/docce.

COMFORT E ABBELLIMENTI DELLE STANZE DI DEGENZA

Considerare:

- 1) l'adeguatezza di armadi e comodini a disposizione del ricoverato per conservare i propri indumenti ed oggetti personali;
- 2) se vi sono schienali regolabili dei letti, luci notturne schermate, luci personali accanto o sopra al letto funzionanti con interruttore facilmente accessibile;
- 3) se vi è almeno una finestra con vista cielo e se la vista fuori dalle finestre è per la maggiore parte del stanze gradevole o almeno non sgradevole;
- 4) se le mura sono bene intonacate, se non vi sono graffi sulle porte e sulle finestre;
- 5) se vi sono tende, quadri nei corridoi, piante verdi negli spazi comuni fuori dai reparti di degenza, ecc.;
- 6) se vi è un televisore e se sono disponibili nelle stanze a più letti auricolari per ascoltare la televisione o la filodiffusione o almeno la radio senza dare fastidio;
- 7) il funzionamento dell'impianto di riscaldamento nei periodi invernali e del sistema di condizionamento d'aria nei periodi estivi caldi, in modo che la temperatura sia quasi sempre compresa tra 20 e 25 gradi;
- 8) la tranquillità delle stanze di degenza durante il giorno e il rispetto della quiete notturna.

COMFORT E ABBELLIMENTI DELLE SALE DI ATTESA E DEGLI AMBULATORI

Considerare.

- 1) se le sale d'attesa dei vari ambulatori sono accoglienti per pulizia, dimensioni, tinteggiatura delle pareti, luminosità, arredi (quadri, piante, tavolini), presenza di riviste recenti e di quotidiani del giorno, presenza di TV in circuito chiuso con audiovisivi di informazione e di educazione sanitaria, diffusione di musica discreta, presenza di sedili comodi in numero adeguato (tanto che sia del tutto eccezionale avere utenti in piedi o seduti su sgabelli di fortuna), assenza di fumo di sigarette, temperatura, ventilazione;
- 2) se il controllo della temperatura funziona (almeno 20 gradi in inverno e non più di 27 d'estate);
- 3) se vi è un sistema di appuntamenti tale che il paziente puntuale non aspetta più di mezz'ora dopo l'orario previsto di arrivo, se non eccezionalmente.

SPAZI PER ATTIVITA' SOCIALI PER I PAZIENTI ADULTI E SPAZI PER I VISITATORI (pazienti adulti)

Considerare:

- 1) se esiste una stanza dove i pazienti si possono trattenere per attività sociali e ricreative;
- 2) la gradevolezza, il comfort e le condizioni di manutenzione dell'arredamento di tali spazi;
- 3) la presenza di giochi da tavolo (scacchi, carte, ecc.),
- 4) la possibilità di guardare la televisione con auricolare;
- 5) se i visitatori hanno la possibilità di incontrarsi in modo riservato con i pazienti e se dispongono di luoghi di attesa adeguati.

- 6) se sono presenti adeguati spazi verdi per i reparti psichiatrici (SPDC)
- 7) se sono presenti per i reparti per lungodegenti ricoverati adeguati spazi per attività sociali e riabilitative.
- 8) se vi sono professionisti o volontari che nei reparti per lungodegenti e in psichiatria organizzano attività ricreative (gioco di carte, ginnastica, ecc.).

ASSISTENZA SOCIALE

Considerare se:

- 1) lavorano nel presidio professionisti di assistenza sociale e per quanto tempo durante la settimana;
- 2) se i pazienti e i familiari che potrebbero avere bisogno di assistenza sociale vengono informati di che cosa questi professionisti possono fare per loro;
- 3) se tali professionisti visitano regolarmente i reparti di degenza per accertare se il loro intervento possa essere utile.
- 4) se è adeguatamente efficace l'intervento dei professionisti di assistenza sociale nei reparti di psichiatria, di geriatria, di lungodegenza, di pediatria e di ostetricia.

SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA

Considerare se:

- 1) vi è una presenza regolare nel presidio di un religioso della fede più frequente tra i ricoverati e se è possibile per i ricoverati assistere a cerimonie religiose di questa fede;
- 2) se vi sono accordi per ottenere la presenza tempestiva di religiosi di almeno altre due fedi frequenti tra i ricoverati.

SOSTEGNO PSICOLOGICO

Considerare se:

- 1) i professionisti sono addestrati a riconoscere nei pazienti stati di grave depressione e di ansia (per lo SPDC anche di rischio di suicidio);
- 2) se esiste la possibilità di chiamare facilmente a consulto specialisti del dipartimento di salute mentale;
- 3) se esiste la possibilità di usufruire dell'intervento di professionisti esperti in tecniche di rilassamento;
- 4) se il personale, specie nei reparti oncologici ed in genere nei reparti ad alto tasso di letalità, è addestrato a trattare da un punto di vista psicologico con i pazienti in condizioni terminali e con i loro familiari.

PREVENZIONE E TERAPIA DEL DOLORE

Considerare:

- 1) se vi sono procedure concordate per l'eliminazione o la riduzione al minimo del dolore fisico, in particolare se esiste una politica di prevenzione del dolore fisico (ad esempio postoperatorio) anziché di trattamento del dolore "al bisogno" o a richiesta del paziente;
- 2) se esiste personale specializzato nella terapia del dolore o, in mancanza, se esistono rapporti di consulenza formalizzati con specialisti di altri presidi;

- 3) se le procedure in uso per il controllo dell'uso di oppiacei facilitino il più possibile, nel rispetto delle norme di legge, l'uso di tali farmaci per il trattamento del dolore grave;
- 4) se viene fatto tutto il possibile per lenire il dolore nel paziente terminale.

CURA FISICA DELLA PERSONA

Considerare:

- 1) con quale frequenza ed in che modo i pazienti che hanno difficoltà a farlo sono pettinati, sbarbati, ecc. Per i pazienti in grado di curare l'aspetto da soli, considerare se viene loro fornito un kit per l'igiene personale qualora ne siano sprovvisti. Considerare se le persone possono rivolgersi ad un parrucchiere, se sono comunque pettinate e, per i maschi, sbarbati.
- 2) se esistono procedure scritte per le altre principali manovre del nursing di supporto (ad esempio per l'igiene orale, per l'igiene completa del corpo a letto, per l'evacuazione del paziente non deambulante) e se vengono applicate, se i pazienti sono sempre puliti e in lenzuola pulite, tranne che per brevi periodi, se non ci sono cattivi odori legati alle evacuazioni, di nuovo tranne che per brevi periodo e in situazioni eccezionali.
- 3) se in accettazione e in pronto soccorso e in SPDC si è attrezzati per lavare e rivestire persone in condizioni di grave trascuratezza (bagni di "bonifica", guardaroba di vestiti usati in buone condizioni, disponibilità di fondi per piccoli acquisti).

RISPETTO DELLA PRIVACY (rispetto del pudore, dell'intimità)

Considerare:

- 1) l'uso di paraventi o di tende divisorie nelle camere a più letti, specie durante le visite, la riduzione al minimo necessario degli altri professionisti e degli studenti presenti alle visite;
- 2) se gli studi di visita permettono al paziente di spogliarsi comodamente con rispetto della privacy e di essere visitato singolarmente senza né vedere, né sentire ciò che succede ad altri pazienti;
- 3) se i professionisti evitano di parlare ad alta voce in presenza di estranei (inclusi gli altri pazienti) delle condizioni cliniche del paziente;
- 4) le precauzioni prese per evitare la lettura della cartella clinica da parte di persone estranee o che informazioni riservate vengano date a persone non autorizzate;
- 5) la possibilità di chiudere i gabinetti, seppure con chiusura apribili dall'esterno con passepartout;
- 6) l'esistenza di procedure scritte confermate o aggiornate da non più di tre anni per il rispetto della privacy, particolarmente per quanto riguarda l'effettuazione di atti medici ed infermieristici, l'espletamento delle funzioni naturali e l'assistenza al paziente in condizioni terminali.
- 7) se ai pazienti agonizzanti e alle salme sono riservati locali singoli dignitosi.

GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI INCIDENTI

Considerare se:

- 1) sono state definite procedure per la prevenzione e gestione degli eventi avversi, ad esempio errori nella somministrazione di farmaci; traumi subiti da pazienti (ad esempio in conseguenza di cadute), infezioni ospedaliere: Le procedure dovrebbero riguardare gli interventi preventivi, l'eventuale segnalazione, la riduzione al minimo dei danni e le comunicazioni coi pazienti ed i familiari;

- 2) se sono in atto buone pratiche sui punti precedenti;
- 3) in particolare per la comunicazione, se il personale dà spiegazioni, se mostra sincero rincrescimento per l'accaduto e rassicura che si sta intervenendo per annullare o limitare i danni. NB.: scusarsi può essere controproducente ai fini medico-legali, perché può essere interpretato come ammissione di colpa.
- 4) se vi sono evidenze che l'alta dirigenza e i responsabili del programma di gestione dei rischi considerano ogni reclamo relativo ad un evento avverso sia una richiesta di aiuto, sia un regalo che chi reclama fa all'organizzazione, sia un avvertimento di possibili azioni legali e che il reclamo richiede uno sforzo per ristabilire il rapporto.

CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Considerare:

- 1) se viene assegnato a ciascun paziente un medico di riferimento a cui tutti gli altri medici e professionisti sono tenuti a riferire le informazioni relative al paziente e a cui il paziente si può rivolgere per chiedere informazioni complete ed aggiornate sulle sue condizioni di salute ed il procedere degli esami diagnostici e della terapia
- 2) se il medico di riferimento parla con il paziente con regolarità.
- 3) se è presente un infermiere di riferimento per turno .
- 4) se l'organizzazione dell'unità operativa di degenza è tale da permettere al paziente di entrare in rapporto con un numero limitato di infermieri e di medici, al di fuori dei periodi coperti da guardie.
- 5) se, soprattutto nel caso di dimissioni precoci, vi sono pratiche di accordo coi servizi territoriali pertinenti per la prosecuzione dell'assistenza da parte dell'unità operativa ospedaliera o per il "passaggio di consegne" ai servizi territoriali. In questo caso, è auspicabile una visita in ospedale prima della dimissione da parte di un rappresentante dei servizi di destinazione, soprattutto per i pazienti psichiatrici e geriatrici.

MODALITA' DI DIMISSIONE

Considerare:

- 1) se la dimissione viene pianificata in anticipo tenendo conto il più possibile delle esigenze e dei desideri del paziente e dei familiari;
- 2) se viene organizzato il follow-up;
- 3) se viene scritta e inviata una lettera al medico di medicina generale dell'utente;
- 4) se vengono date istruzioni chiare e complete, anche per iscritto, sul trattamento da seguire dopo la dimissione;
- 5) se il paziente che ne è capace viene preparato durante la degenza a collaborare attivamente al trattamento anche dopo le dimissioni (ad esempio autocontrollo della pressione arteriosa o della glicemia) e a modificare i comportamenti in modo da diminuire il rischio di recidiva o di aggravamento;

UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AI BAMBINI RICOVERATI

Considerare se:

- 1) l'unità operativa dispone di una sala giochi;
- 2) se dispone di persone, sia dipendenti, sia volontari che aiutano i bambini a giocare e se alcuni sono specializzati nel fare giocare i bambini;
- 3) se i giochi sono sicuri e vari;
- 4) se l'ambiente è gaio;

- 5) se anche i bambini allettati vengono aiutati a giocare;
- 6) se vi è materiale ludico anche nei locali di visita medica e di medicazione;
- 7) se si organizzano piccole feste, ad esempio di compleanno;
- 8) se è possibile per il bambino scambiare messaggi fax con i compagni di scuola.
- 9) se vi è una piccola biblioteca per bambini e un televisore con cartoni e videogames per bambini;
- 10) se vengono insegnati ai professionisti trucchi “magici” per divertire i bambini;
- 11) se vi sono opuscoli che illustrano con disegni e/o a fumetti le attività del reparto.

Per quanto riguarda i familiari, considerare:

- 1) se è possibile e facile per un familiare riposare (almeno poltrone letto) vicino al bambino ricoverato;
- 2) se entrambi i genitori possono assistere e se si cerca di coinvolgere e di informare entrambi i genitori;
- 3) se vi sono servizi igienici riservati ai genitori.

ASSISTENZA SCOLASTICA PER I BAMBINI RICOVERATI

Considerare:

- 1) se per i bambini ricoverati è possibile continuare le attività scolastiche mediante l'intervento di maestri comandati dal ministero dell'istruzione o in altro modo (se vi è almeno una pluriclasse per 5 mattine la settimana);
- 2) se vi è la possibilità di svolgere i compiti con compagni della propria classe in visita al piccolo paziente;
- 3) come le attività didattiche vengono adattate ai bisogni dei piccoli ricoverati.

UMANIZZAZIONE DEL PARTO E DEL PUERPERIO

Considerare:

- 1) se esiste nel presidio un corso di preparazione al parto;
- 2) se è permesso al padre l'accesso alla sala parto;
- 3) se il ricongiungimento tra madre e neonato viene effettuato il più presto possibile;
- 4) se il personale è consapevole della possibile insorgenza di depressione postpartum e postaborto e se ci sono linee guida condivise su come riconoscerla e gestirla;
- 5) se le donne che abortiscono o hanno abortito volontariamente non vengono colpevolizzate;
- 6) se le camere di degenza delle donne la cui gravidanza ha avuto un esito infausto sono separate da quella la cui gravidanza ha avuto un esito felice;
- 7) se viene incoraggiato l'allattamento al seno ma non vengono colpevolizzate le donne che scelgono l'allattamento artificiale;
- 8) se in caso di ricovero breve vengono presi accordi per la visita di un'ostetrica a domicilio subito dopo la dimissione.
- 9) Se è previsto un piano procedurale per la “donazione del cordone ombelicale”.

ASSENZA DI EVENTI SENTINELLA

Quali sono le procedure attuate per la prevenzione, la registrazione ed i conseguenti provvedimenti in caso di:

- 1) elargizione di somme di denaro da parte dei ricoverati per ottenere prestazioni dovute,
- 2) presenza di ricoverati non autosufficienti privi di assistenza nell'alimentazione,

- 3) assenza di personale infermieristico di notte in un reparto di degenza,
- 4) espressioni ingiuriose o litigi del personale verso i pazienti o i loro familiari,
- 5) maltrattamenti dei pazienti da parte del personale o di altri pazienti,
- 6) furti subiti dai pazienti,
- 7) litigi tra il personale in presenza di pazienti,
- 8) lettura della cartella clinica da parte di estranei,
- 9) presenza prolungata (più di 30 minuti) di biancheria sporca o di medicazioni in luogo improprio,
- 10) presenza di topi, scarafaggi o altri animali
- 11) mancanza d'acqua nei servizi igienici.

PREVENZIONE DELLE RIAMMISSIONI

Considerare:

- 1) se nel presidio vi sono attività pianificate di counselling rivolte alle persone con comportamenti nocivi per la loro salute e che potrebbero facilitare il peggioramento della patologia per la quale sono stati ricoverati (ad esempio fumo di sigarette, o consumo problematico di alcolici o diete inadeguate o mancanza di esercizio fisico);
- 2) quanti professionisti sono formati o si sentono preparati e quali sono le procedure attivate per la loro formazione ed aggiornamento per queste attività di counselling;
- 3) quali procedure sono attivate in caso di ricovero chiaramente connesso a problemi sociali (ad esempio mancanza di abitazione o abitazione nettamente inadeguata, maltrattamenti subiti in famiglia, grave povertà), e quali procedure vengono attivate per cercare di attenuare o risolvere questi problemi prima della dimissione
- 4) se prima della dimissione dei pazienti gravi, soprattutto ma non solo dai reparti psichiatrici (SPDC), si prendono rapporti con la famiglia per coinvolgerla nel programma di prevenzione delle recidive;
- 5) se le donne che hanno abortito volontariamente ricevono attività di counselling e di educazione sanitaria per ridurre la frequenza di aborti ripetuti;
- 6) se nell'unità operativa si fa in modo di identificare sistematicamente i soggetti a rischio, ad esempio a causa del bere problematico o di diete inadeguate (specie negli anziani)
- 7) considerare se vengono monitorate le riammissioni a breve distanza (ad esempio entro 30 giorni) non pianificate e si discute se si sarebbe potuto fare qualcosa per prevenirle.

PREVENZIONE DELLE PIAGHE DA DECUBITO

Considerare:

- 1) se esiste una definizione scritta delle categorie di pazienti a rischio di decubito;
- 2) se nelle categorie a rischio viene effettuata una rilevazione sistematica individuale del rischio di decubito con una scala standardizzata;
- 3) se nei soggetti a rischio vengono effettuate sistematicamente manovre di prevenzione del decubito.
- 4) se nei reparti maggiormente interessati al problema (ortopedia, geriatria, ecc.) esistono dispositivi in numero sufficiente per la prevenzione delle piaghe da decubito.

ALTRE ATTIVITÀ PREVENTIVE

Considerare se:

- 1) l'ospedale fa parte della rete di Ospedali per la promozione della salute;
- 2) è fatto rispettare il divieto di fumo e se sono in corso gruppi cognitivo-comportamentali per aiutare i dipendenti a smettere di fumare;
- 3) se la mensa dell'ospedale propone cibi salutari (legumi, verdura, frutta, olio di oliva, cibi magri) e se ci sono iniziative e facilitazioni per incoraggiarne il consumo;
- 4) se vengono organizzate classi di esercizio fisico piacevole per i dipendenti.
- 5) se sono disponibili manifesti e opuscoli rivolti alla prevenzione primaria dei tumori e delle malattie cardiovascolari (fumo, esercizio fisico, dieta, evitare il sovrappeso) e per incoraggiare la partecipazione informata ai programmi di screening di provata efficacia (ad esempio cancro della mammella sopra i 50 anni, cancro del collo dell'utero tra 25 e 64 anni).
- 6) se in pediatria: vengono promosse l'informazione ed l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie per legge e anche di quelle efficaci non obbligatorie;
- 7) se in pediatria: vengono distribuiti inviti a partecipare ad eventuali "scuole genitori" e ad iniziative di promozione dell'assertività dei bambini e di difesa dal bullismo o simili.
- 8) se esistono in SPDC procedure scritte per il riconoscimento e la prevenzione del rischio di suicidio.
- 9) se gli opuscoli vengono distribuiti e se il personale dimostra ai pazienti di condividere i messaggi contenuti.
- 10) se il personale è consapevole che le condizioni di salute di una popolazione dipendono più dalle condizioni e dalle abitudini di vita che dai servizi sanitari.

Estratto da: AUTOVALUTAZIONE DEI CRITERI RELATIVI AGLI ASPETTI DI PERSONALIZZAZIONE, DI UMANIZZAZIONE, DI COMFORT ALBERGHIERO E DI PREVENZIONE NEI PRESIDI OSPEDALIERI. www.iss.it/pers/letm/01436.html.

* * *

. . . Conclusioni (ma non troppo) . . .

* * *

Dagli inizi del '900 ad oggi la Sanità Italiana ha fatto passi da gigante. In Sicilia si registrano eccellenze professionali ed organizzative, purtroppo distribuite territorialmente "a macchia di leopardo", che svolgono con difficoltà il proprio lavoro all'interno di organizzazioni complesse che troppo spesso non riescono ad integrarsi al meglio e che tendono al "livellamento verso il basso dei processi". Troppo spesso, infatti, ci si orienta verso la valutazione del trend orientata ad un'approssimativa analisi dei risultati (valutazione dell'efficacia e dell'efficienza) dimenticandosi della valutazione della Qualità. L'analisi dei risultati (poiché statistica), si presta ad interpretazioni non sempre obiettive (Trilussa ce lo insegna) che se correttamente applicate, portano a **valutazioni di esito** affidabili, ma, che necessitano di tempi lunghi di realizzazioni.

Le **valutazioni di processo** sono molto più semplici da valutare anche se non si è certi del risultato. Per ottenere risultati soddisfacenti, probabilmente è necessaria una **“terza via”** questa potrebbe essere l'**audit clinico**: attraverso procedure di verifica interna con discussione di esperti (gli stessi sanitari che partecipano al processo clinico in fase di studio), attraverso la discussione delle linee guida e dell'EBM collegata alla particolare situazione logistico-organizzativo-tecnologica calata nella realtà locale nella quale si opera, al fine di ottenere un rapporto concreto obiettivo tra le linee guida (ma anche protocolli, e procedure, codificate a livello nazionale o internazionale) e quindi EBM e la loro applicazione nell'organizzazione finale del processo.

In Medicina non sono applicabili le leggi del marketing che vedono come obiettivo la ricerca (talora ossessiva) della **Customer Satisfaction** o peggio del **Customer Dream**. In tale particolare situazione sono piuttosto necessari **Indici di Qualità più sensibili al management medico** ed alla sua concreta realizzazione che tengano conto soprattutto della percezione della Qualità da parte degli operatori: l'**Employee Satisfaction**. Poiché il Medico rappresenta la figura organizzativa professionale che sta al centro del processo: in essa convergono infatti tutti gli elementi essenziali per il suo sviluppo rappresentati dalla base scientifica, dal processo che porta alla diagnosi, dalla conseguente terapia, dal legame interpersonale con il singolo paziente/utente e dalla base etica della propria professione.

La felicità infatti non può essere relegata solo ad ottenere **beni posizionali**, ma deve prevedere il soddisfacimento dei bisogni secondo una scala di **beni emozionali** che risultano imprescindibili da ottenere nell'ottica di una più razionale **“visione economica di comunione”** del sistema.

Purtroppo è pratica quotidiana la propensione per le necessità politiche, piuttosto che per la logica dell'innovazione e della ricerca costante della Qualità.

Speriamo che l'Europa ci costringa ad adeguare il sistema sanitario per ottenere risultati organizzativi e professionali omogenei secondo i positivi dettami della pratica clinica per una reale migliore efficacia ed efficienza della prevenzione, dell'assistenza e delle cure al cittadino/utente.

Dott. Salvatore Rotondo

Consigliere Segretario

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri di Messina

salvo.rotondo@tin.it

RICHIAMI DI BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) Arcari G.: Il processo di accreditamento e le logiche della qualità nel metodo joint commission international. *GIORNALE DI TECNICHE NEFROLOGICHE & DIALITICHE* Anno XV No. 2, 2003 Aprile-Giugno pag 5.
- 2) Borgonovi E, Meneguzzo M. Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitarie locali. Milano: Giuffrè Editore, 1985.
- 3) Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines. *JAMA*1999;282: 1458-65.
- 4) Campbell SM. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323: 784.
- 5) Casati G, Bamfi F. La gestione per processi in sanità: linee-guida e percorso del paziente. In: Longo F., Vendramini E. (a cura di).
- 6) Casati G, Vichi MC. (a cura di). Il percorso assistenziale del paziente in ospedale. Milano: Mc Graw-Hill, 2002.
- 7) Clancy CM, Eiseberg JM. Outcomes research measuring the end results of health care. *Science* 1998; 282: 245-6.
- 8) Club Triveneto di Urologico: Il Sistema di Gestione per la Qualità in ambito Urologico. Edizioni Mediprint. 2002
- 9) Costa G.: Economia e direzione delle risorse umane. Torino: UTET, 1990.
- 10) Cravera A, Maglione M, Ruggeri R. La valutazione del capitale intellettuale. Creare valore attraverso la misurazione e la gestione degli asset intangibili. Il Sole 24 Ore, Libri, 2001.
- 11) Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. "Riordino della disciplina in materia sanitaria". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 305. Suppl. ord., 30, dicembre 1992.
- 12) Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. "Modificazioni al D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 293, 15 dicembre 1993.
- 13) Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume. Firenze: NIS, 1990.
- 14) Duman M, Farrell C eds (2000). the POPI guide. Londra, King's Fund Publishing
- 15) Feldman SE. Medical accidents in hospital care: application of failure analysis to hospital quality appraisal. *Jt Comm J Qual Improv*, 1997; 23: 567-80.
- 16) G. Casati, M. C. Vichi Il percorso assistenziale del paziente *Partner di Sanità & Management Consulting Srl S. Donato Milanese, Milano www.samaco.it*
- 17) Giangrande A, Mingardi G, Di Giulio S, et al. Indicatori di qualità della dialisi. http://www.sin-italia.org/qaccred/indicatori_qualità.htm
- 18) Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-6.
- 19) Gross E, Etzioni A. Organizzazioni e società. Bologna: il Mulino, 1987.
- 20) <http://www.kidney.org/professionals/doqi/intro.cfm>.
- 21) <http://www.ndt-educational.org/guidelines.htm>
- 22) Jaques E. Il sistema sanitario. Milano: EtasLibri, 1981.
- 23) Johnston J, et al. Reviewing audit: Barrier and Facilitating factors for effective audit. *Int J Qual Health Care* 2000; 9: 23.
- 24) Kirwan B, Ainsworth LK. A guide to task analysis. London: Taylor&Francis, 1993.

- 25) Lawrence R, Lorsch JW. Diagnosi dello sviluppo delle organizzazioni. Milano: EtasLibri, 1973.
- 26) Lupi G, Fauni L, Giorgetti R, Cavazza G (aprile 2001). Un ospedale a cinque stelle: Sanità e Management 42-46
- 27) Marchese E, Vichi MC. Un utilizzo del percorso del paziente: la valorizzazione economica del trattamento chirurgico della malattia di Parkinson. Milano: Mecosan 36, 2000.
- 28) Masini C. Lavoro e risparmio. Torino: UTET, 1978.
- 29) Ministero della Sanità. La qualità del servizio sanitario nel rapporto con i cittadini. www.sanita.it/qualita/carta/carta.htm
- 30) Mintzbergh H. La progettazione dell'organizzazione aziendale. Bologna: il Mulino, 1985.
- 31) Miozzo A (1999). Il progetto Andrea: la qualità in pediatria. AQ News 2:23-31
- 32) Morosini P (2000). Griglie di valutazione in sanità. Torino, Centro Scientifico Editore. Specie le griglie su URP e gestione dei rischi
- 33) Morosini P, Perraro F. Enciclopedia della gestione di qualità in sanità. Torino: Centro Scientifico Editore, 2001.
- 34) Morosini P., Hanau C., Baldassarri O., Cavallin S., Lorenzi E., Martelli R., Marino F., Urini M. AUTOVALUTAZIONE DEI CRITERI RELATIVI AGLI ASPETTI DI PERSONALIZZAZIONE, DI UMANIZZAZIONE, DI COMFORT ALBERGHIERO E DI PREVENZIONE NEI PRESIDI OSPEDALIERI 13 maggio 2001 – versione con indicatori oggettivi in appendice www.iss.it/pers/letm/01436.html
- 35) Nachechi B. et al.: Management in Sanità (linee guida per la operatività nelle Aziende Sanitarie. Istituto Europeo Management Socio Sanitario. Franco Angeli 2002.
- 36) Panella V.: GIORNALE DI TECNICHE NEFROLOGICHE & DIALITICHE Anno XV No. 2, 2003 Aprile-Giugno Le risorse umane nelle organizzazioni sanitarie pag. 25
- 37) Perrow C. Normal Accidents: Living with High-Risk Technology. New York: Basic Book, 1984.
- 38) Quintaliani G. et al.: La qualità professionale GIORNALE DI TECNICHE NEFROLOGICHE & DIALITICHE Anno XV No. 2, 2003 Aprile-Giugno pag. 31
- 39) Ranci Ortigiosa E. La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Milano: Franco Angeli Editore, 2000.
- 40) Reason J. L'errore umano, Bologna: Il Mulino, 1991.
- 41) Reason J. Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- 42) Reason J. The VSS - Vulnerable system syndrome.
- 43) Reason J. Too little and too late: a commentary on accidents and incidents reporting system: In: Van der Shaaf T, Lucas, DA, Hale AR, eds. Near Miss Reporting as Safety Tool. Oxford: Butterworth-Heinmann Ltd.
- 44) Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality Int J Qual Health Care 2001; 13, 6: 469-74.
- 45) Rugiadini A. Organizzazione d'impresa. Milano: Giuffrè Editore, 1979.
- 46) Salvemini S. La progettazione delle mansioni. Milano: ISEDI, 1977.
- 47) Seiler JA. Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo. Milano: Etas Libri, 1976.
- 48) Smith T. Relationship between quality, safety and organisational behaviour. Qual Saf Health Care 2002; 11: 98-100.

- 49) Thomson MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback to improve health professional practice and health care outcomes (Parts I and II). (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 1999; 1.
- 50) Tomassini C.R. et al.: Gli errori in Medicina, verso un sistema per la sicurezza: la gestione del rischio clinico *GIORNALE DI TECNICHE NEFROLOGICHE & DIALITICHE* Anno XV No. 2, 2003 Aprile-Giugno pag. 36
- 51) Tosi P.L.: Requisiti strutturali *GIORNALE DI TECNICHE NEFROLOGICHE & DIALITICHE* Anno XV No. 2, 2003 Aprile-Giugno. pag. 42
- 52) Virgilio M, Giangrande A, Tarantino G, Caligara F.: Glossario della Qualità. A cura di <http://www.sin-italia.org/qaccred/Q&Aglossariobilingua2.htm> .
- 53) Von Bertalanffy L. Teoria generale dei sistemi. Milano: Isedi, 1971.
- 54) Zanenga P, Amaglio A. Activity based management: come realizzare un sistema avanzato di governo dell'impresa. Milano: Franco Angeli.
- 55) Zangrandi A. Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa. In: Bergamaschi M. L'organizzazione nelle aziende sanitarie. Milano: McGrawHill, 2000.