

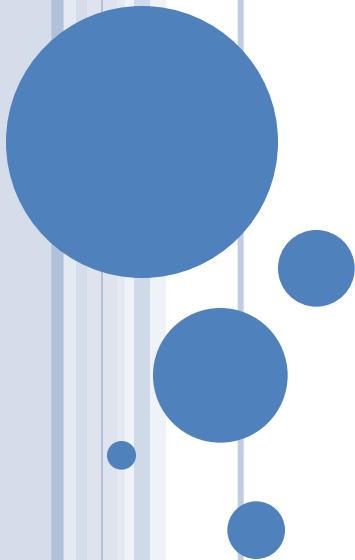


ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

Il Sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese

Parte 1 – Il sistema delle regole

San Marino, 8 marzo 2017



IL SISTEMA DOPO LA RIFORMA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

◦ Legge 25 maggio 2004 n.69 mod. con L.136/2007

DISCIPLINA IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

ISTITUZIONE DELL'AUTHORITY

◦ *Legge 5 dicembre 2011 n. 188*

RIFORMA DELLA STRUTTURA E DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

◦ **Decreti delegati**

- REGOLAMENTO IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE – D. 70/2005
- REGOLAMENTO IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE – D. 115/2008

◦ Legge 30 novembre 2004 n. 165

RIORDINO DEGLI ORGANISMI ISTITUZIONALI E DI GESTIONE DELL'ISS

- **Decreti delegati**
- ATTO ORGANIZZATIVO DELL'ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE – D. 1/2010

◦ Documenti di Pianificazione e Programmazione

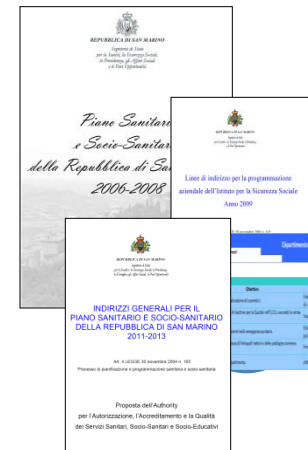
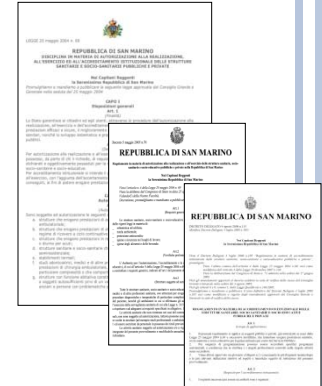
◦ Piano sanitario 2006-2008

◦ Linee di indirizzo per progr. Az ISS (annuale)

◦ Budget, Piano Personale e Piano Investimenti ISS

◦ Indirizzi Generali per il Nuovo Piano sanitario e socio-sanitario

◦ **NUOVO PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO 2015-17**



LEGGE 25 MAGGIO 2004 N.69
ART. 1 (FINALITÀ)

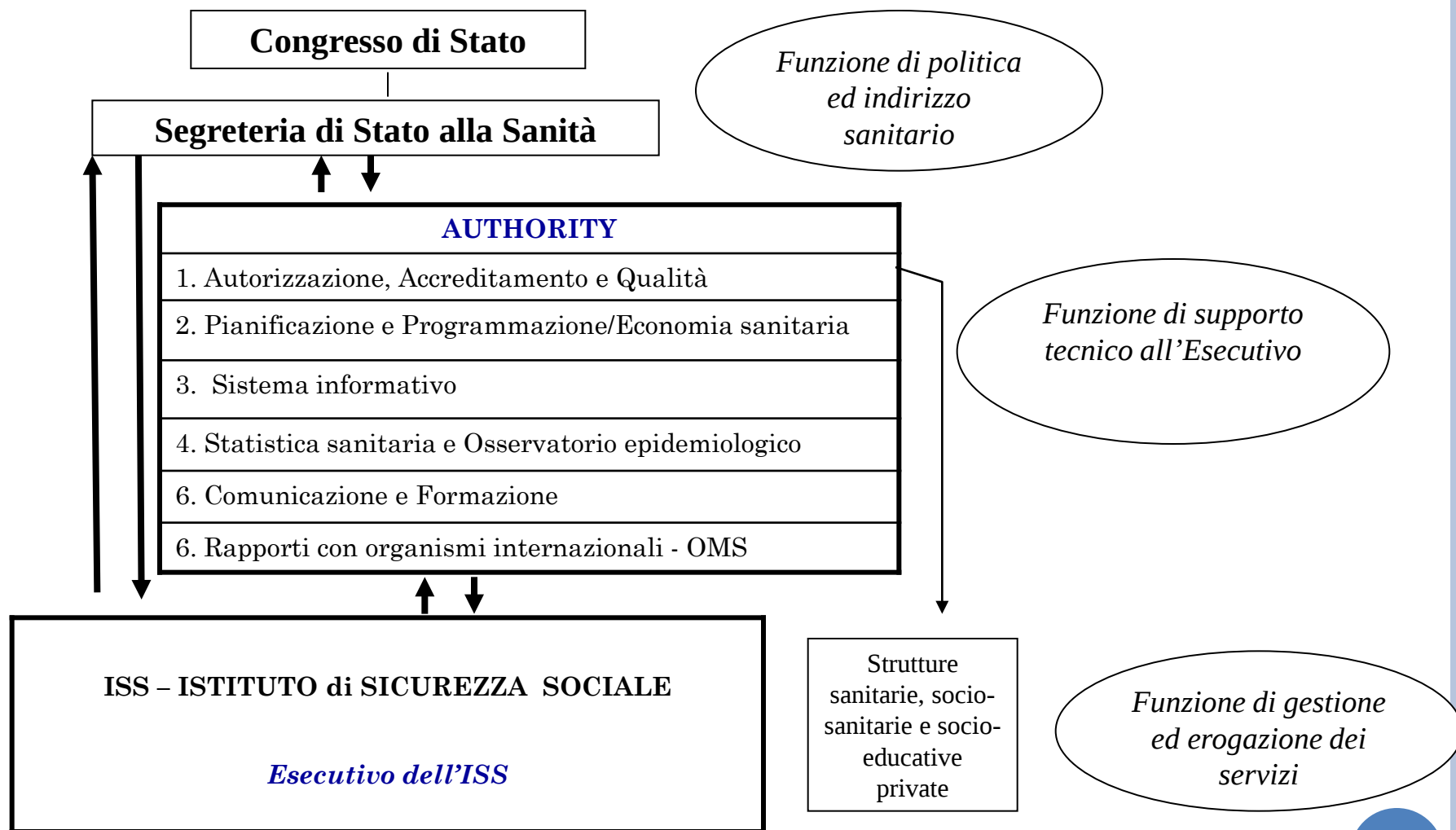
**DISCIPLINA IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE ALLA
REALIZZAZIONE, ALL'ESERCIZIO ED
ALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
PUBBLICHE E PRIVATE**

Art. 1

Lo Stato garantisce ai cittadini ed agli utenti, attraverso le procedure dell'**autorizzazione** alla realizzazione, all'esercizio e dell'**accreditamento istituzionale** delle strutture pubbliche e private, prestazioni efficaci e sicure, **il miglioramento continuo della qualità** dei presidi sanitari e sociosanitari, nonché lo sviluppo sistematico e programmato dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici.



IL SISTEMA DELLE REGOLE



LEGGE 25 MAGGIO 2004 N.69

ART. 4 (REQUISITI PER AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO)

- 2 distinti regolamenti con relativi requisiti generali e specifici per:
 - Autorizzazione
 - Accreditamento



AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

AUTORIZZAZIONE

Decreto 70/2005

Articolato

Allegati tecnici

- Requisiti Generali
 - 8 capitoli

- Requisiti Specifici
 - Per tutti i Servizi sanitari – socio-sanitari e socio-educativi

ACCREDITAMENTO

Decreto 115/2008

Articolato

Allegati tecnici

- Requisiti Generali
 - 10 capitoli

- Requisiti Specifici
 - (solo per il Trasfusionale)

Autorizzazione e accreditamento sono sotto il controllo tecnico dell'Authority



AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

AUTORIZZAZIONE

Decreto 70/2005

Adeguamento delle strutture
dell'ISS

Dipartimento Ospedaliero

Dipartimento Socio-sanitario

Dipartimento Prevenzione

ACCREDITAMENTO

Decreto 115/2008

Percorso di Accreditamento
dell'ISS

Prima verifica effettuata nel
2013

Formazione gruppo qualità

Definizione di document di
organizzazione, processi e
procedure ISS, Dipartimenti,
ISS

Audit interni presso le
strutture



L'ACCREDITAMENTO A SAN MARINO

Legge 69/2004 (mod. L.136/2007)



Per accreditamento istituzionale si intende il possesso di tutti i requisiti alla realizzazione e all'esercizio, con l'aggiunta dell'accertamento della qualità delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti, ai fini di potere erogare prestazioni per conto del Servizio Pubblico sulla base della programmazione sanitaria e socio-sanitaria

Istituzione Authority

Decreto Delegato 115/2008

REGOLAMENTO IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO

Decreto Delegato 104/2012

REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO

ISTITUZIONALE DEI SERVIZI DI MEDICINA TRASFUSIONALE



Requisiti autorizzativi (generali e specifici)

Requisiti accreditamento (generali - specifici per S. Trasfusionali)

PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

2006-08



«...per garantire prestazioni in maniera equa e solidale, è necessario dotarsi di efficaci strumenti di “governo” che orientino l'organizzazione sanitaria verso la qualità. Uno degli strumenti utilizzati è l'accreditamento istituzionale.»

Il Piano identifica il modello di accreditamento
(10 capitoli – adozione modello Emilia Romagna)

Indirizzi Generali per il nuovo Piano

(2011)



vincolo - interfaccia con altri sistemi sanitari

leva per il cambiamento - approccio sistemico basato sulla gestione per processi e sul miglioramento continuo – favorisce lo sviluppo di integrazione, sicurezza dei cittadini e qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari.

PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

2015-17



Strumenti e obiettivi di sistema

...aspetti strutturali e organizzativi della rete di offerta e le strategie per la riqualificazione dei servizi basandosi su appropriatezza, continuità assistenziale, qualità delle cure e la sicurezza dei cittadini.

... miglioramento continuo dei servizi offerti approccio multiprofessionale e multidisciplinare ...rapporto di fiducia tra cittadini/utenti ed i servizi sanitari e socio-sanitari.

Un servizio di buona qualità deve essere responsabile e trasparente ... facendo propri i principi della clinical governance.

**Linee di indirizzo per la programmazione
aziendale dell'ISS – anno 2016**



Declinazione degli obiettivi del Piano – focus su percorso accreditamento ISS – indicatori SMART

Alcune definizioni e concetti

Accreditamento istituzionale

Processo attraverso il quale organismi governativi riconoscono a determinate strutture, o professionisti, la possibilità di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale sulla base di **criteri di qualità** definiti dalla normativa pubblica (regolamentazione pubblica).

La determinazione dei requisiti per l'accreditamento, ulteriori a quelli autorizzativi, è stabilita dal Congresso di Stato, su proposta dell'Authority, con riferimento alle funzioni individuate dalla **programmazione statale** per garantire elevati livelli qualitativi di assistenza sanitaria, socio-sanitaria, previsti dal piano sanitario e socio-sanitario nazionale. ... (*Legge 69/2004 - art. 16*)



Accreditamento e rapporti con altri sistemi sanitari e socio-sanitari

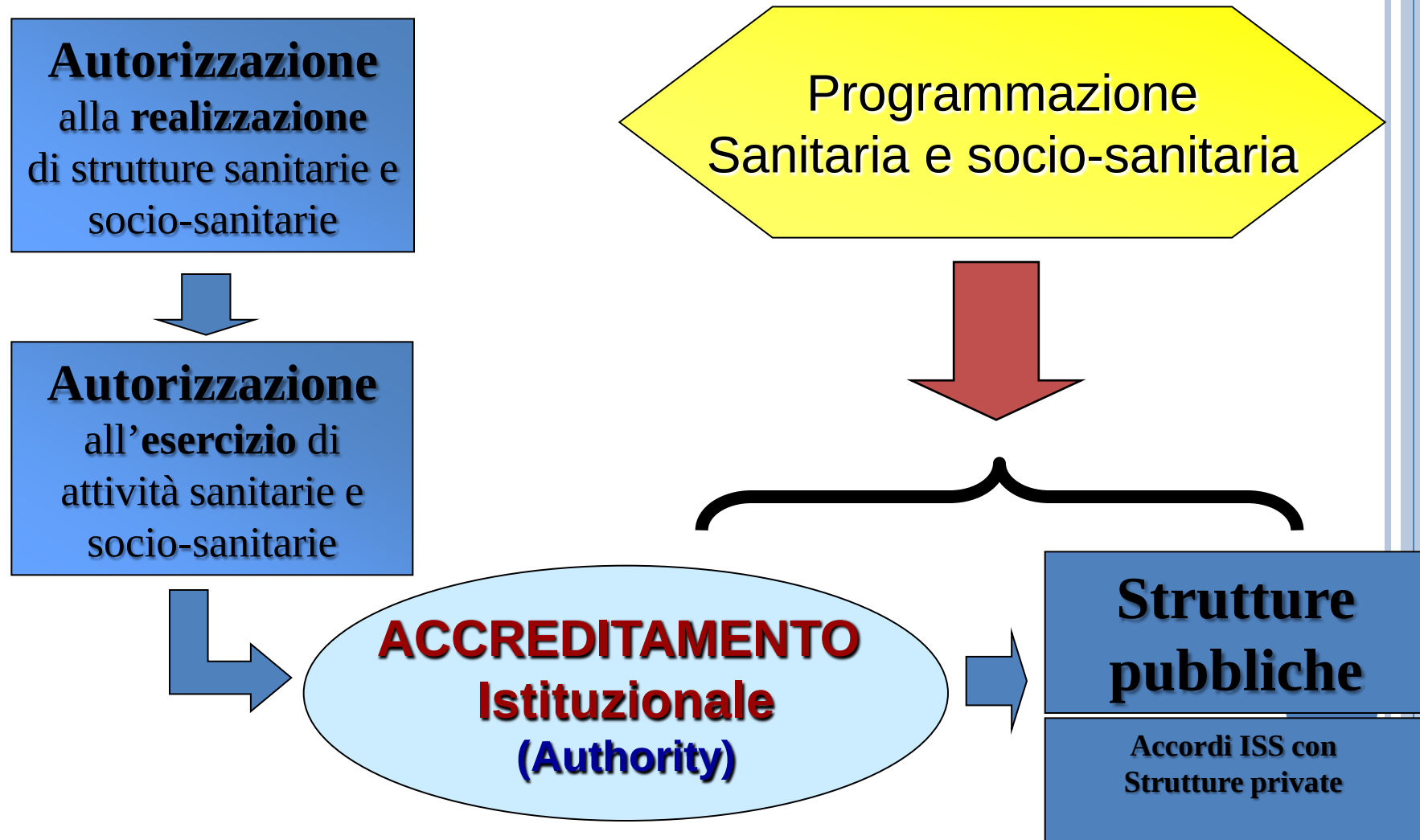


Accreditamento
Linguaggio
codificato
della Qualità

OMS
Consiglio d'Europa
UE



IL PERCORSO VERSO L'ACCREDITAMENTO



Il modello di accreditamento

- STRUTTURATO PER CAPITOLI
- SECONDO UNA SEQUENZA LOGICA
- LEGGE L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA
COME UN SISTEMA INTEGRATO DI
PROCESSI
- E' UNO STRUMENTO DI AUTODIAGNOSI
 - E' UNO STRUMENTO PER LA
VALUTAZIONE ESTERNA



IL 10 CAPITOLI

- POLITICA
- PIANIFICAZIONE
- COMUNICAZIONE interna ed esterna
- STRUTTURA
- ATTREZZATURE
- FORMAZIONE del personale
- SISTEMA INFORMATIVO
- PROCEDURE GENERALI (gestione dei principali processi operativi)
- VERIFICA DEI RISULTATI rispetto a quanto pianificato
- MIGLIORAMENTO CONTINUO



POLITICA

La politica di una organizzazione è costituita dagli indirizzi e dagli obiettivi generali, espressi in modo formale dalla direzione.

Formale = scritto, in un documento recepito (o concordato) con la Direzione Generale dell'Azienda o con la Proprietà

La Direzione della struttura deve:

- definire la MISSION e la VISION
- definire gli OBIETTIVI GENERALI e SPECIFICI
- definire quale è la POLITICA per la QUALITÀ e gli OBIETTIVI
- rivederli periodicamente



POLITICA

La **MISSION** definisce la ragion d'essere della Struttura, il motivo per cui esiste,

la **VISION** si riferisce agli orizzonti sfidanti che la Struttura si propone esplicitamente di raggiungere per quanto concerne la propria evoluzione e la qualità delle prestazioni e dei servizi.

Missione e Vision debbono risultare coerenti

- con le norme legislative applicabili (p. es.: P.S.N. e Regionale)
- con gli indirizzi dei livelli organizzativi sovraordinati e/o coordinati (p. es.: P.A.L., classificazione di presidi, tetti finanziari prestabiliti)



OBIETTIVI GENERALI DELLA STRUTTURA SANITARIA

Gli obiettivi della struttura devono essere definiti dalla Direzione con il contributo del personale della Struttura e del personale di altre strutture o Servizi direttamente coinvolti

Gli **obiettivi generali** sono:

- commisurati al lungo periodo
- congruenti con le norme legislative e gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati e/o coordinati
- stabiliti per tipologia e qualità delle prestazioni
- congruenti con le risorse assegnate
- compatibili con gli impegni che la Direzione della Struttura è in grado di sostenere
- motivati (bisogno, domanda o mandato)



OBIETTIVI SPECIFICI DELLA STRUTTURA SANITARIA

Gli **obiettivi specifici**:

- sono la base della pianificazione economica e operativa
- sono improntati sul medio e breve periodo
- devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni



POLITICA

La Mission, la Vision, gli obiettivi generali e specifici della Struttura costituiscono il riferimento per :

- la pianificazione,
- l'attuazione,
- il controllo,
- l'assicurazione (garanzia)
- il miglioramento

delle attività e dei processi di erogazione del servizio e delle prestazioni



PIANIFICAZIONE

Pianificare significa:

- definire esplicitamente le responsabilità assegnate all'interno della organizzazione per raggiungere gli obiettivi prefissati (articolazione operativa)
 - definire per ogni attività le responsabilità che vengono delegate e il grado di autonomia che viene concesso nella esecuzione
 - definire il piano annuale dei attività (tipologia, numero e caratteristiche qualitative delle prestazioni) in relazioni agli obiettivi
 - definire il numero e le caratteristiche delle figure professionali necessarie
 - definire le risorse tecnologiche e operative necessarie
 - definire il piano operativo
 - definire le regole generali di funzionamento della organizzazione, soprattutto per quanto riguarda le interfacce
 - definire gli indicatori finali per la verifica del raggiungimento dei risultati
- 

PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ

Deve riportare i volumi di attività attesi per l'anno e quali sono le risorse necessarie e assegnate:

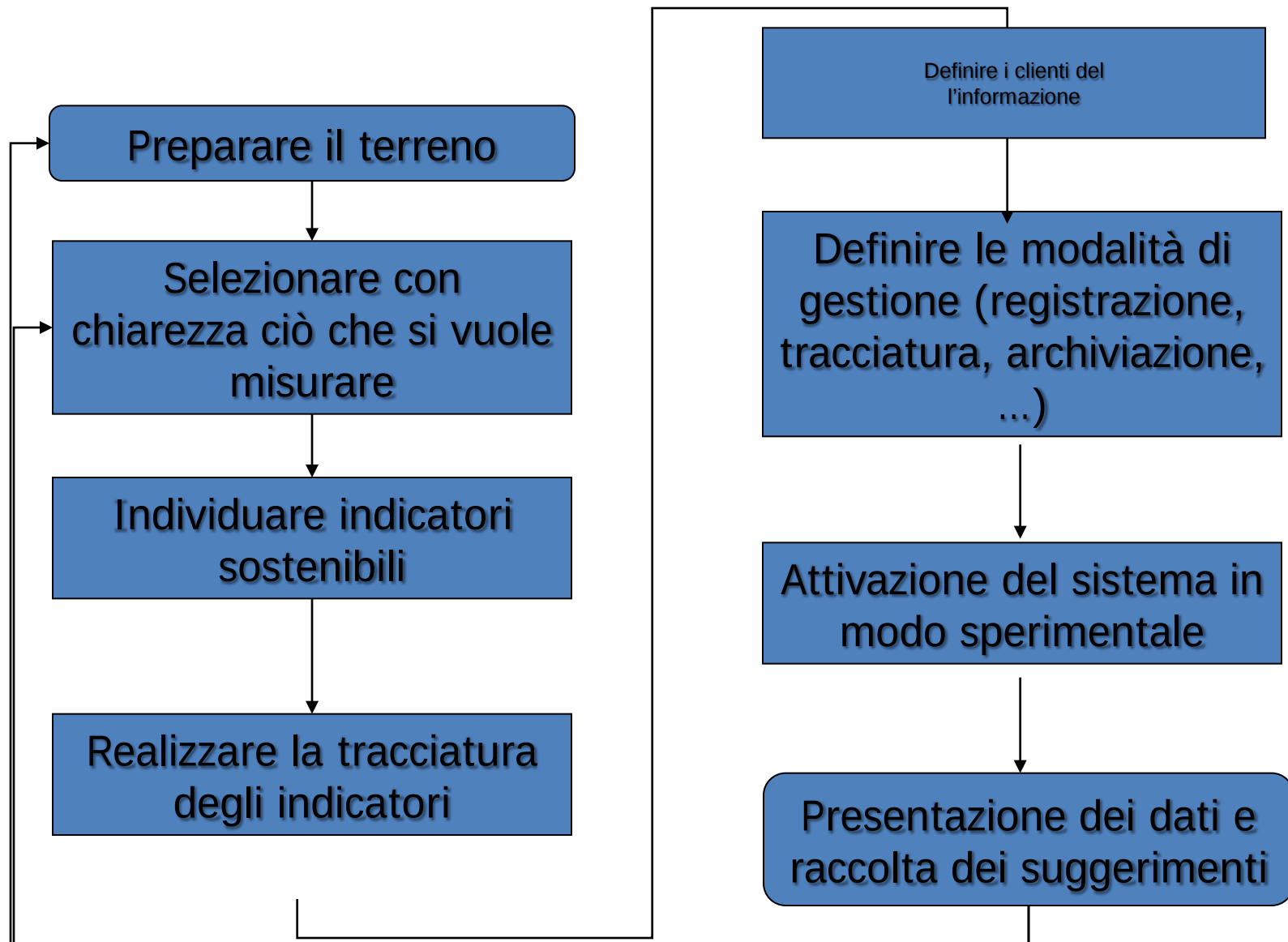
- umane, in termini di professionalità e numero
- logistiche
- economiche (compresi i beni di consumo)

In prima approssimazione il documento di pianificazione è una estensione / integrazione della scheda di budget con dati di attività, di risorse e risultati qualitativi attesi.

Deve inoltre essere allegato l'elenco degli apparecchi considerati vitali e la procedura che garantisce la disponibilità di apparecchi sostitutivi.



PIANIFICAZIONE DI UN SISTEMA DI INDICATORI



STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE:

ORGANIGRAMMA

- È un disegno schematico dell'organizzazione che mostra i livelli di responsabilità e le interrelazioni operative.
- La responsabilità di disegnare l'organigramma, cioè di assegnare le responsabilità e le autorità collegate, è della direzione.
- Da evidenza all'esterno che sono chiaramente definite le relazioni che intercorrono fra le articolazioni organizzative e che le catene autorità - responsabilità sono definite



STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE:

IL CATALOGO DEI PRODOTTI

- Il processo organizzativo rappresenta sempre anche una “visione della organizzazione” e viene individuato in funzione di una razionale aggregazione di attività e risorse per realizzare un prodotto/servizio.
- Il paziente, vede solo pezzi di processo o “scivola” da un processo all’altro e vive l’esperienza della cura in termini di “percorso”.
- Il prodotto/servizio deve avere valore per qualcuno: il “cliente finale”, il “cliente intermedio”, un altro professionista. Se nessuno trova tale valore il processo organizzativo è inefficace, inefficiente o inutile.
- Una corretta pianificazione esige che venga definito il catalogo dei prodotti, perché è intorno ad esso che si raccolgono le risorse necessarie, si indicano obiettivi e indicatori di qualità, di efficacia e di efficienza.
- La descrizione del prodotto si completa con la descrizione del contesto o delle modalità con cui viene erogato il servizio.



STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE:

LA MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

- Indica come sono suddivise le responsabilità in funzione delle attività più significative (giusto livello di dettaglio!).
- I vari livelli di responsabilità possono essere descritti in una matrice che, per ogni attività, definisce chi fa cosa.

Esempio:

<i>Attività</i>	<i>Funzioni</i>	Chirurgo (1)	Chirurgo (2)	Anestesista	Ferrista	Ausiliaria
Attivazione e controllo sala					R	S
Predisposizione lista operatoria		R				
Predisposizione attrezzatura e materiale per la seduta			R			
Preparazione paziente				R		
Interventi di ...		R	C	C	C	S
Interventi di ...			R	C	C	S
Assistenza postoperatoria			C	R		

per convenzione nella matrice si indica con **R** il responsabile dell'attività, con **C** il coinvolto, con **I** l'informato e con **S** colui che supporta dall'esterno

COMUNICAZIONE

Serve per dare evidenza dell'organizzazione

VERSO L'ESTERNO e VERSO L'INTERNO

- cosa fa
- come viene fatto
- a chi sono rivolti i servizi
- come fare per accedervi
- quali sono gli impegni assunti sul livello dei servizi

Aprire canali di informazione per raccogliere segnali dei clienti (reclami, suggerimenti)



STRUTTURA

Viene richiesto che la Struttura sia in possesso:

- dei requisiti stabiliti per legge (autorizzazione definitiva o provvisoria con piano di adeguamento)
- delle caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività (vedi requisiti specifici)



ATTREZZATURE

Il regolamento per l'autorizzazione (Decreto 70/05)
prevede requisiti relativi alle attrezzature



ATTREZZATURE

L'ACCREDITAMENTO AGGIUNGE

È soggetto alla responsabilità del Dipartimento o della Unità Operativa:

- l'individuazione del fabbisogno di nuove attrezzature
- la pianificazione delle risorse necessarie ad assicurare le prestazioni previste dal piano di attività
- il mantenimento in sito delle documentazione macchina
- la vigilanza complessiva sulle attrezzature
- la diffusione della conoscenza per la gestione delle manutenzioni ordinarie e per accedere alla manutenzione correttiva



FORMAZIONE

La formazione continua rappresenta uno strumento di cambiamento e di sviluppo del servizio erogato.

Il modello richiede che:

- sia assegnata la **responsabilità per la formazione** (requisito **Autorizzativo**)
- sia definito un **piano per l'inserimento del personale neo assunto**
- sia definito annualmente un **piano di formazione** (requisito **Autorizzativo**)
- tale piano sia costruito su un'**analisi dei bisogni** e comprenda la **formazione per la sicurezza**
- si provveda **all'addestramento all'uso delle nuove apparecchiature**
- sia pianificata la **valutazione dell'efficacia** degli interventi formativi



FORMAZIONE

Il responsabile delle attività di formazione a livello di Dipartimento/Unità Operativa deve:

- raccogliere le esigenze formative
- valutare tali esigenze in funzione degli obiettivi aziendali
- individuare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile
- predisporre il piano annuale di formazione del personale
- valutare l'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale (problema) che ha fatto nascere l'esigenza formativa
- pianificare la valutazione dell'efficacia degli interventi formativi attraverso appositi indicatori.

Particolare attenzione deve essere posta alla formazione alla relazione interpersonale per i professionisti che sono in diretto contatto col paziente, considerato il carattere relazionale del servizio e l'importanza della risorsa umana nel processo di erogazione



SISTEMA INFORMATIVO

È costituito da:

- gestione del dato (elemento base sul quale si costruisce l'informazione)
- gestione della documentazione.

I requisiti autorizzativi richiedono che la direzione della struttura si doti di un sistema idoneo a garantire:

- l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione
- la struttura del Sistema Informativo e l'identificazione del relativo responsabile
- le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte (cosa, come, quando, per quanto conservare) e le modalità di verifica della qualità del dato
- la protezione dei dati (tutela della privacy e della sicurezza del dato)
- la pianificazione di un sistema di diffusione e utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati raccolti



SISTEMA INFORMATIVO

Per verificare il sistema informativo della struttura il modello di accreditamento dell'E.R. prevede di valutare:

- esistenza di verifiche di validità del sistema complessivo al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti
- partecipazione del personale alla raccolta e analisi dei dati come espressione della consapevolezza del personale per il mantenimento dell'organizzazione
- esistenza di una procedura per la gestione della documentazione a garanzia della disponibilità dei documenti in uso



IL SISTEMA DOCUMENTALE

Il sistema documentale costituisce il modo di rappresentarsi di una organizzazione

- sistema documentale
 - insieme dei documenti necessari (e solo quelli!) per “fare girare” il sistema qualità
- documento / documentazione
 - qualsiasi informazione scritta, registrata, documentata che descriva, specifichi, documenti o certifichi le attività, le prescrizioni, le procedure seguite e i risultati ottenuti



LA DOCUMENTAZIONE

La documentazione deve essere:

- **aderente alla realtà operativa** della struttura
- **flessibile**, In funzione dei livelli di contenuto, per consentire un facile “governo” (emissione ed aggiornamento)
- **fruibile** dalle funzioni interessate.



GESTIONE E CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE

Per gestire la documentazione occorre identificare :

- i documenti che meritano di essere gestiti, (normalmente quelli che dispongono prescrizioni per lo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio)
- i giusti destinatari
- le corrette modalità di distribuzione

La documentazione di una organizzazione di servizi, si articola nei seguenti livelli:

1. Riferimenti generali
2. Prescrizioni generali e specifiche
3. Prescrizioni dettagliate
4. Documenti di registrazione



RIFERIMENTI GENERALI

- Obiettivi generali e specifici, compresi quelli per la qualità
- Struttura dell'organizzazione e definizione delle responsabilità
- Strutturazione del sistema di gestione della qualità (“Sistema Qualità”)
- Distribuzione della documentazione
- Piano delle attività
- ...

Sono i contenuti del Manuale della Qualità, ne sono destinatari tutti i membri dell'organizzazione

PRESCRIZIONI GENERALI E SPECIFICHE

Definiscono lo scopo ed il campo di applicazione delle attività svolte dalla struttura. Esse precisano le attività che devono essere svolte, come debbono essere controllate, registrate e le responsabilità inerenti.

Sono le **PROCEDURE GENERALI** (trasversali a tutta l'organizzazione / azienda) e **SPECIFICHE** (per la realizzazione di un processo/attività).

Le prime debbono essere ampiamente conosciute, le seconde sono destinate ai “possessori” del processo/attività descritti e tesauroizzate nel know-how complessivo dell'organizzazione



PRESCRIZIONI DI DETTAGLIO

- Riguardano le modalità esecutive di singole attività.
- Sono le ISTRUZIONI OPERATIVE destinate ai “possessori” dell’attività descritta e tesauroizzate nel know-how complessivo dell’organizzazione



DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Descrivono le attività realizzate; devono essere raccolti ed analizzati al fine di generare informazioni circa:
 - il grado di conseguimento degli obiettivi
 - il livello di soddisfazione degli utenti
 - i risultati delle attività di verifica delle attività pianificate
 - le tendenze della qualità delle prestazioni
 - il confronto con dati nazionali di riferimento
 - le azioni correttive e la loro efficacia
 - la competenza e l'addestramento del personale
 - i risultati dei piani di miglioramento
- È la documentazione che dà conto di quanto è stato fatto per tenere sotto controllo la qualità delle prestazioni erogate.



GESTIONE E CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE

Per gestire la documentazione occorre dichiarare:

- chi ha la responsabilità della emissione
- come e a chi vanno distribuiti
- come sono identificati e dove sono rintracciabili
- chi li rivede per aggiornarli e “ritira” i documento fuori corso



PROCEDURE

Una “struttura”, infatti, è governata da regole che regolano i principali processi organizzativi:

- quelli che l'organizzazione sviluppa per automantenersi (procedure generali).
- quelli che gestisce per realizzare la propria mission (procedure specifiche).

Dunque viene definita procedura la descrizione di processi, motivata, contestualizzata, corredata dalla indicazione delle responsabilità;

**PROCEDURA: UNA MODALITÀ DEFINITA PER
REALIZZARE UNA SERIE DI ATTIVITÀ' FINALIZZATE
AD UNO SCOPO (= PROCESSO)**



TIPOLOGIA DI PROCEDURE

- Procedure organizzative (o generali)
 - Tecnico – amministrative (sostituzioni, continuità assistenziale, garanzia diritti ...)
 - Attività routinarie di supporto (gestione dei materiali organici, farmaci, pulizia, sanificazione, sterilizzazione)
 - Gestione della documentazione sanitaria (compilazione, conservazione, archiviazione, rilascio)
- Procedure per la realizzazione del servizio (o specifiche) possibilmente basate sull'utilizzo di linee guida
- Procedure per l'approvvigionamento (selezione fornitori, controllo)
- Procedure per la sicurezza (31/98, calamità, rischi individuali, ...)

Queste ultime due possono essere generali o specifiche a seconda della scelta dell'organizzazione



QUALI PROCEDURE “FARE”?

Occorre particolare attenzione ad individuare i processi per i quali è necessaria la definizione di una procedura

**devono essere processi rilevanti e/o critici per il paziente
e/o complessi per l'operatore**

in particolare vengono considerati critici dai modelli di riferimento:

- i processi di integrazione, finalizzati alla continuità delle cure, fra il Dipartimento/U.O. e le altre istituzioni
- emergenze cliniche organizzative e gestionali
- gestione di apparecchiature “vitali”
- attività cliniche
- approvvigionamenti
- gestione della documentazione sanitaria
- gestione della sicurezza
- attività di supporto (gestione materiali organici, farmaci, sanificazione, sterilizzazione)



VERIFICA DEI RISULTATI

- Mette in relazione gli obiettivi, gli impegni assunti e gli standard dichiarati con i risultati ottenuti attraverso i modi specifici di realizzarli e verificarli
- Oggetto della verifica sono:
 - il grado di raggiungimento degli obiettivi annuali, in riferimento alle affermazioni sviluppate nel Piano annuale delle attività
 - applicazione delle modalità operative adottate, in riferimento al Piano operativo (es. utilizzo apparecchiature, disservizi, adeguatezza delle risorse, anche umane)
 - verifica delle caratteristiche delle prestazioni/servizi erogati in riferimento agli standard stabiliti (carta dei servizi, standard di prodotto, risultati attesi, ...)



VERIFICA DEI RISULTATI

Strumenti:

- **Rilevazioni attraverso dati amministrativi** (DRG, numero ricoveri, giornate di degenza, costi, ...)
- **Visita di verifica interne** orientate all'analisi degli aspetti organizzativi (audit della qualità)
- **Revisioni** quali-quantitative **della attività “professionale”** (valutazioni ‘epidemiologiche’, audit clinico, rilevazione di indicatori di performance clinica)
- **Rilevazioni del parere dell'utenza** (solitamente di soddisfazione)
- **Rilevazione del parere degli operatori** (incontri di verifica, questionari di clima, conferenza di organizzazione, ...)



VERIFICA DEI RISULTATI

Il modello di riferimento richiede che si appronti un documento che tracci il

PIANO COMPLESSIVO DELLE VERIFICHE DA REALIZZARSI DA PARTE DELLA STRUTTURA

Il piano deve indicare:

- chi ha la responsabilità della verifica
- su quali oggetti (specifici) viene realizzata
- quando deve essere effettuata
- con quali modalità (come avviene il processo di verifica dati, strumenti e persone coinvolte)
- quali documenti finali deve produrre



MIGLIORAMENTO

- Azioni intraprese per accrescere efficacia ed efficienza di attività e processi e apportare benefici ulteriori alla struttura e ai suoi utenti
- Devono essere definite le responsabilità e le modalità di gestione dei segnali che vengono da utenti e operatori (reclami, suggerimenti, proposte)
- Devono essere definite le responsabilità per la gestione delle iniziative di miglioramento



MIGLIORAMENTO

- Il miglioramento richiede nuovi valori, comportamento condivisi, focalizzati su soddisfacimento dei bisogni dei clienti sia interni che esterni:
 - Ruolo guida della direzione
 - Comunicazione aperta e accesso a dati e informazioni
 - Promozione del lavoro di gruppo e rispetto dell'individuo
- Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili

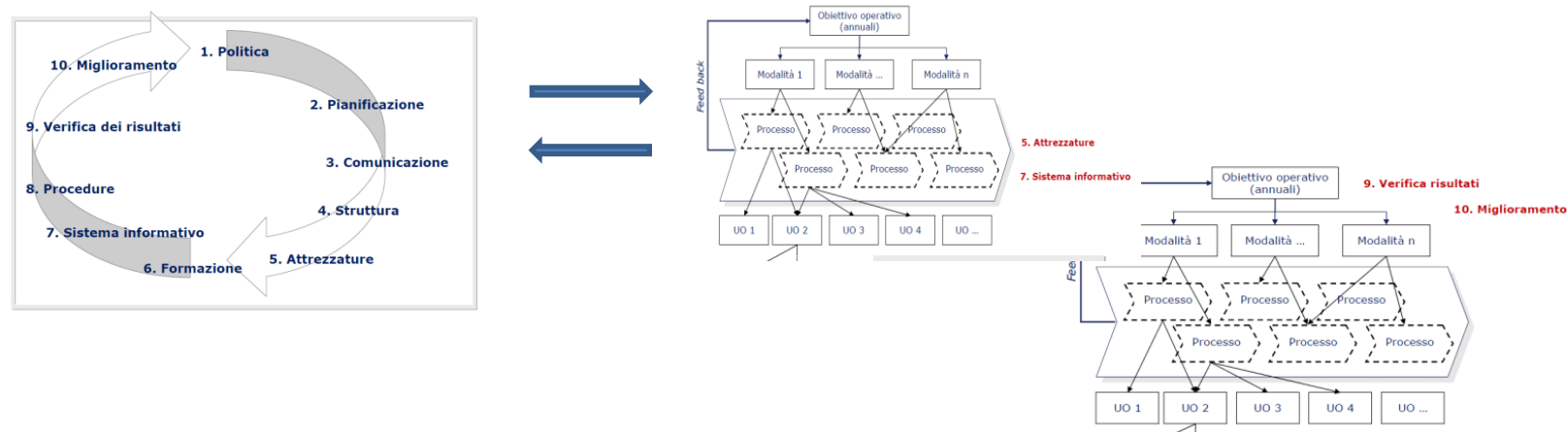


IN SINTESI

- L'accreditamento istituzionale rappresenta uno degli strumenti individuati dalla normativa nazionale per:
 - promuovere l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative
 - assicurare la qualità dell'assistenza
 - sulla base dei bisogni della popolazione
- L'accreditamento come supporto necessario per:
 - il Servizio sanitario nazionale, che acquisisce e garantisce le prestazioni sanitarie per l'utente;
 - Coloro che erogano servizi sanitari, per i quali l'accreditamento rappresenta un metodo per oggettivare il livello qualitativo della prestazione che fornisce attraverso modalità conosciute e trasparenti;
 - il cittadino, che può vedere riconosciuto il suo diritto ad un'assistenza di elevata qualità.

IL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ISS COME SCELTA STRATEGICA

○ Interrelazione fra management e accreditamento istituzionale



○ Necessità di declinare gli obiettivi di salute e di sistema dei documenti pianificazione di programmazione negli obiettivi di budget dell'ISS

DOCUMENTO "Priorità della Programmazione e gestione dell'ISS per il 2013"



1. Scopo del documento

- **Anello di congiunzione fra la pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria e programmazione e gestione degli obiettivi che l'ISS (budget).**
- Strumento per l'identificazione e articolazione degli obiettivi delle singole strutture organizzative dell'ISS e quindi la base di partenza per la definizione degli obiettivi di budget.

2. Il sistema di programmazione dell'ISS

3. Il rendiconto 2012

4. La metodologia utilizzata

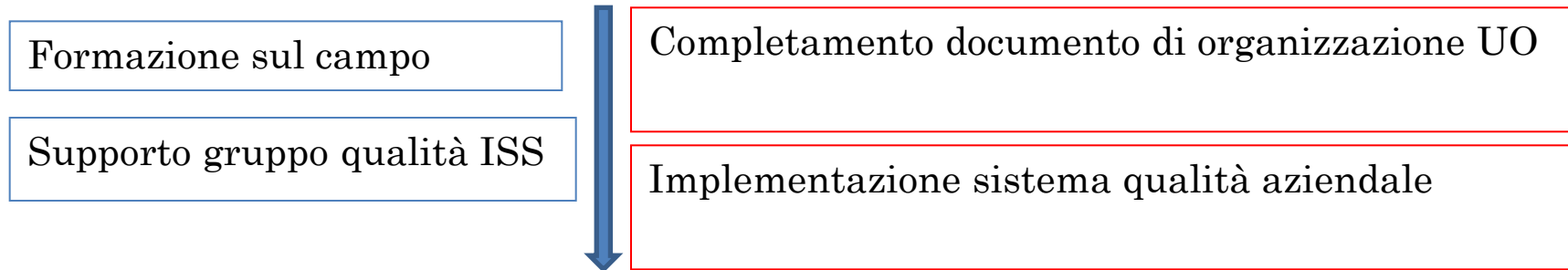
- Percorso formativo management/accreditamento quale modalità per sviluppare e migliorare i processi aziendali attraverso l'applicazione delle **metodologie e degli strumenti previsti nel sistema e nel modello dell'accREDITamento.**
- All'interno del percorso di formazione sono state sviluppate metodologie e strumenti per il **miglioramento del percorso di programmazione aziendale e del budget.**

5. Le priorità aziendali ISS 2013

6. La contrattazione del budget aziendale

Pre-audit

- Aprile 2013: conclusione percorso formativo management/accreditamento



- **Luglio 2013: Pre-audit sul sistema di accreditamento istituzionale ISS**
(Authority – Team composto da valutatori qualificati)



- Dicembre – gennaio 2014
(Verifica Authority – Team valutatori)



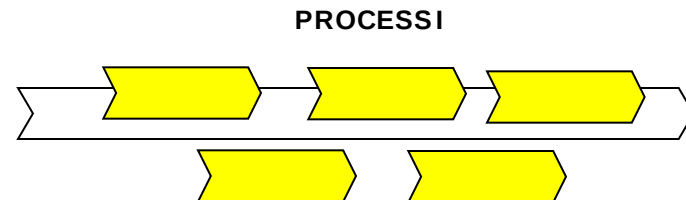
RISULTATI DEL PRE-AUDIT

- Vengono di seguito evidenziate le criticità evidenziate a livello aziendale
 - Alle singole UO è stato inviata la parte di report che le vedeva interessate (domande – chiarimenti?)



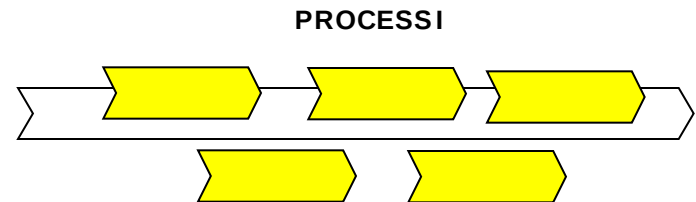
Documento programmatico ISS

Non risulta presente un documento programmatico che definisca strategie, indicazioni specifiche e priorità aziendali definite dall'ISS e traduca gli obiettivi generali, definiti annualmente dalle Linee di indirizzo per la programmazione aziendale dell'ISS, in obiettivi specifici contestualizzati e differenziati secondo priorità specifiche, individuate anche attraverso l'analisi dei dati prodotti dal sistema informativo dell'ISS.



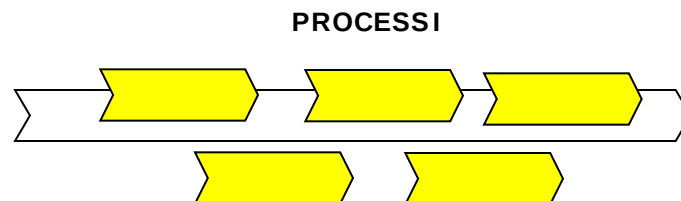
Sistema informativo

L'attuale sistema informativo, composto da diversi applicativi non sempre compatibili fra loro, non risulta ancora del tutto adeguato a soddisfare i bisogni informativi dei diversi attori coinvolti nel processo di pianificazione e verifica dei risultati



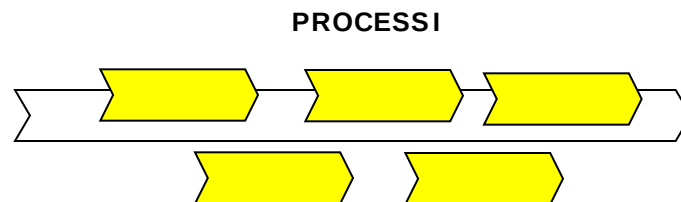
Referente qualità aziendale

La mancanza di una struttura aziendale dedicata al processo di accreditamento e al miglioramento della qualità ha impedito, allo stato attuale, lo sviluppo di un disegno complessivo, strutturato e omogeneo, necessario per l'implementazione del modello di accreditamento



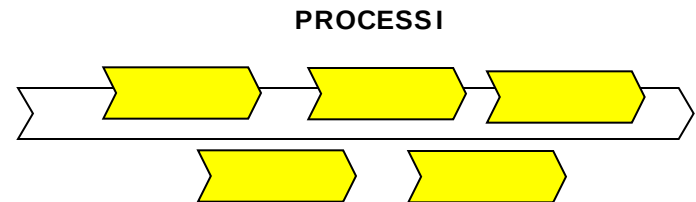
Gestione del rischio clinico

Risulta del tutto assente la funzione di gestione del rischio clinico, divenuta ormai un punto cardine dei sistemi qualità essendo la sicurezza del paziente un elemento fondamentale e irrinunciabile della qualità dei servizi/prodotti erogati.



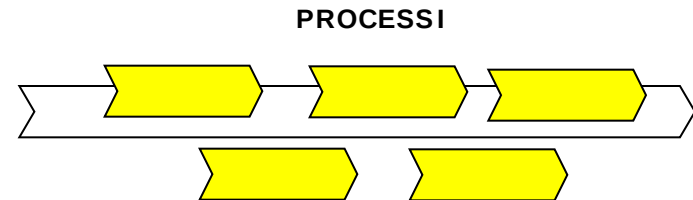
Formazione

Il piano della formazione aziendale, seppur presente e articolato, necessita di una maggior coerenza con gli obiettivi di budget dei dipartimenti e delle relative U.O.



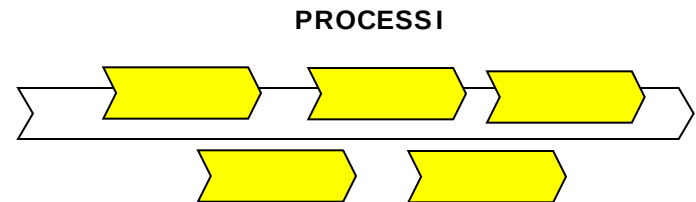
Regole standardizzate sui principali processi a valenza trasversale

L'assenza di regole standardizzate rispetto ai principali processi a valenza trasversale come la *“gestione della documentazione del sistema qualità”*, la *“gestione della cartella clinica/documentazione sanitaria”*, la *“gestione del farmaco”*, la *“gestione degli eventi clinici”*, la *“gestione delle azioni correttive/preventive e di miglioramento”*, la *“gestione dell’inserimento affiancamento del personale”* non consente omogeneità di comportamento e ostacola uno sviluppo controllato e uniforme di tutta la documentazione afferente al sistema di gestione della qualità (procedure, istruzioni operative, protocolli, linee guida).



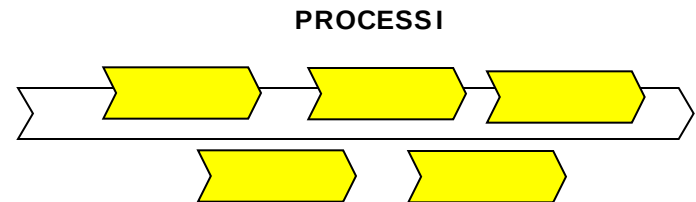
Interfacce operative

Relativamente allo sviluppo del documento organizzativo di Unità Operativa si suggerisce una più esaustiva declinazione delle interfacce operative privilegiando quelle a maggior impatto sul processo produttivo indicandone anche i punti e le modalità di controllo



Standard di prodotto

Ancora in fase di sviluppo l'individuazione delle caratteristiche qualitative correlate ai principali prodotti erogati le quali necessitano anche di specifici indicatori di misurazione e attività di monitoraggio periodico (sviluppo dello standard di prodotto).



CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

- Il sistema di autorizzazione ed accreditamento risulta essere un importante strumento di garanzia della qualità dei servizi e sicurezza del paziente e operatori
- L'Authority, anche in finzione a revisioni in corso in Italia, sta valutando di aggiornare il sistema, che tuttavia manterrà saldi i principi del modello attuale
- L'ISS deve riprendere il percorso di accreditamento – necessità di allineare il lavoro fatto nelle UO con la mission e vision aziendale dell'ISS

