



Tavolo permanente di collaborazione e confronto
sui temi della qualità e dell'accreditamento in sanità

I criteri per la selezione degli erogatori

Dicembre 2006

INDICE

| | |
|---|----|
| Introduzione..... | 3 |
| Le fasi di elaborazione del documento | 3 |
| Criteri per la selezione degli erogatori..... | 6 |
| 1. I percorsi di cura..... | 7 |
| 2. Capacità della struttura di garantire la presa in carico della persona sino al reintegro funzionale ovvero al miglior grado di riabilitazione | 9 |
| 3. Protocolli di dimissione protetta..... | 10 |
| 4. Appropriatazza..... | 11 |
| 5. Presenza di metodi di verifica formali..... | 12 |
| 6. Valutazione della qualità delle prestazioni erogate..... | 14 |
| 7. Formazione | 15 |
| 8. Presenza di sistemi di raccolta e analisi degli eventi avversi | 16 |
| 9. Livello di conformità ai requisiti | 18 |
| 10. Uniformità nella compilazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria | 19 |
| 11. Riservatezza informazioni documentazione sanitaria | 20 |
| 12. Implementazioni di metodiche attuative rispetto agli indicatori ex art. 14 | 21 |
| 13. Implementazioni di sistemi di monitoraggio degli indicatori LEA..... | 23 |
| 14. Attività di raccolta dei reclami..... | 24 |
| 15. Monitoraggio periodico della soddisfazione dei cittadini per i servizi erogati | 26 |
| 16. Monitoraggio dei tempi di attesa..... | 28 |
| 17. Collegamento al CUP | 29 |
| 18. Accessibilità | 30 |
| 19. Modello organizzativo | 31 |
| 20. Esperienza maturata nel rapporto con il Sistema Sanitario Nazionale | 32 |
| 21. Esperienza maturata nell'esercizio dell'attività sanitaria..... | 33 |
| 22. Rispetto degli accordi contrattuali relativi al volume di attività da erogare | 34 |
| 23. Dotazioni organiche per volume di attività | 35 |
| 24. Volumi di attività erogabili..... | 36 |
| 25. Apparecchiature e Tecnologie..... | 37 |

Introduzione

Presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali è istituito dal 2004 il *Tavolo permanente di collaborazione e confronto sui temi della qualità e dell'accreditamento in sanità*, cui partecipano con propri referenti 16 Regioni e Province Autonome (Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto).

Tra le tematiche sulle quali il tavolo ha espresso un bisogno di approfondimento, vi è quella relativa ai criteri di selezione degli erogatori accreditati per servizi e prestazioni sanitarie a carico del sistema a finanziamento pubblico. Con l'elaborazione di un documento condiviso concernente i criteri di selezione degli erogatori con cui attivare accordi contrattuali, si è cercato di rispondere a questa esigenza, pur nell'idea che la scelta di un'insieme di criteri che aiutino nella valutazione vada intesa solo come possibile strumento di supporto, lasciando discrezionalità piena al decisore, data la variabilità dei contesti, dei livelli e della tipologia di strutture.

Le fasi di elaborazione del documento

Il percorso di elaborazione del documento si è articolato in quattro fasi, che di seguito descriviamo brevemente:

1. *Identificazione dei criteri*: i referenti regionali e l'Agenzia hanno identificato, in una prima fase, un insieme di 25 criteri ritenuti più rilevanti e significativi.
2. *Stesura della prima bozza di documento*: il Tavolo ha lavorato, in modo condiviso, alla definizione dettagliata di ogni singolo criterio.
3. *Raccolta e analisi del punto di vista di alcuni stakeholder e condivisione dei risultati*.
4. *Elaborazione del documento finale*.

Mentre le due prime fasi sono state interamente svolte con i referenti del Tavolo, per la terza fase, si è cercato di raccogliere stimoli e valutazioni anche da parte di Direttori Generali di aziende sanitarie. Alcuni di questi sono stati contattati informalmente dagli stessi referenti regionali, altri nell'ambito di contatti formali con una delle principali associazioni del settore, ANCI-Federsanità (Fiaso, pur interpellata, non ha risposto). Anche da questi contatti, comunque, è

emerso un giudizio generale molto positivo sul documento, sia relativamente al significato dell'iniziativa che agli specifici contenuti.

Tutte le tappe sono state ultimate, ed è stato ora predisposto il documento finale. L'elaborato si compone di 25 schede, una per criterio, e comprende una definizione del criterio esaminato (sezione denominata "Definizione"), una breve indicazione sul miglioramento della qualità del servizio atteso dalla conformità allo specifico criterio in esame (sezione denominata "Valore aggiunto") e, dove presenti, l'elenco della normativa nazionale inerente (sezione denominata "Normativa") e alcuni riferimenti bibliografici (sezione denominata "Riferimenti").

I criteri sono elencati secondo una omogeneità concettuale che va dagli aspetti più inerenti la qualità clinica (dal criterio 1 al 7) ad un secondo insieme che attiene più alla qualità organizzativa (dal criterio 6 al 17), infine vi sono una serie di criteri a contenuto misto (da 18 a 25).

Hanno partecipato alla predisposizione del documento:

Carlo Liva (ASSR)

Alessandra Lo Scalzo (ASSR)

Rocchina Giacoia e Rocco Taddonio (Basilicata)

Stefan Faes (Provincia Autonoma di Bolzano)

Giuseppe Ferrigno (Campania)

Marinella Francescato (Friuli Venezia Giulia)

Luigi Tomei (Liguria)

Francesco Bernieri (Lombardia)

Riccardo Luzi e Manuela Fioretti (Marche)

Barbara Luisi (Molise)

Ambrogio Aquilino e Francesca Avolio (Puglia)

Francesco Serra (Sardegna)

Marco Menchini (Toscana)

Anna Maria Trenti (Provincia Autonoma di Trento)

Luca Orlandi (Umbria)

Paola Ruffino e Igor Rubbo (Valle D'Aosta)

Cinzia Bon (Veneto)

Maria Teresa Loretucci - Ministero della Salute

Alessandro Ghirardini. , Ministero della Salute

Criteria per la selezione degli erogatori

1. I percorsi di cura

Definizione

I *percorsi di cura* (anche detti percorsi diagnostico terapeutici o protocolli di assistenza) rappresentano una sequenza ottimale di prestazioni assistenziali obiettivamente praticabili, al fine di ottenere i migliori risultati di salute per i pazienti, con attenzione all'utilizzo delle risorse. Essi riguardano la diagnosi, la terapia, la riabilitazione e l'assistenza e si realizzano sulla base di indicazioni non solo cliniche, ma anche di tipo organizzativo (tempi, luoghi, moduli da compilare etc.). La loro elaborazione avviene a partire dall'evidenza scientifica e prevede la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno un coinvolgimento nel processo assistenziale in analisi (specialisti, medici di medicina generale, infermieri e altre professioni sanitarie, responsabili dei servizi ospedalieri e territoriali, compresi i servizi sociali, associazioni dei cittadini etc.).

Valore aggiunto

La presenza di percorsi di cura dovrebbe rappresentare una maggiore garanzia di qualità delle prestazioni erogate, poiché permette di:

- ✓ Chiarire meglio cosa fare per la formulazione tempestiva della diagnosi, per l'esecuzione appropriata delle specifiche azioni terapeutiche e per la gestione della permanenza del paziente nella struttura.
- ✓ Migliorare la qualità dell'assistenza dal punto di vista del paziente che deve essere anticipatamente informato su quello che potrà essere il suo percorso di cura e, dunque, su quali saranno le varie prestazioni cui sarà sottoposto.
- ✓ Migliorare l'integrazione tra macrolivelli assistenziali (ospedale, territorio) e tra funzioni sanitarie e sociali.
- ✓ Migliorare la gestione economica, evidenziando le eventuali cause di variabilità dei costi relativi al trattamento di stesse patologie.
- ✓ Ridurre e/o controllare i tempi di attesa.
- ✓ Avere, in generale, una maggiore garanzia di trasparenza e misurabilità rispetto a ciò che viene fatto.
- ✓ Agire da sostegno al paziente affetto da una determinata patologia e accompagnarlo nei complessi percorsi di recupero delle abilità psico-fisiche, alleviando la condizione di sofferenza e migliorandone la qualità della vita.
- ✓ Consentire una valutazione multifattoriale dei risultati dell'assistenza.

La valutazione

Nel considerare questo criterio di selezione si deve tenere conto che, per una *valutazione ex ante*, la semplice adozione di protocolli da parte dell'azienda può essere considerata, di per sé, una misura di adeguatezza al criterio. Per la *valutazione ex post* si richiede una metodologia idonea.

Questo criterio è utile per la selezione di strutture che operano in ambito ospedaliero, ambulatoriale e residenziale, sanitario e/o sociosanitario.

Di particolare utilità può essere per la scelta di erogatori del settore della riabilitazione, per quelle attività (ad. es. Psichiatria) che prevedono articolazioni strutturali di diversa intensità assistenziale.

Normativa

I principali riferimenti normativi che riguardano i percorsi assistenziali, sono:

- Legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Finanziaria per il 1997), Art. 1, c. 28.
- Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124 : "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449"., Art. 3, comma 3 e Art. 5.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Art. 1, c. 10; Art. 3 septies: (Integrazione socio-sanitaria); Art. 4, c. 1-septies; Art. 12 bis, c. IV: (Ricerca sanitaria); Art. 16 ter, c. II: (Commissione nazionale per la formazione continua).
- D.P.R. 23-7-1998: Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, pp. 26, 31, 40., 48, 50, 54.
- D.P.R. 23-5-2003: Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005, Pg. 11: pg. 15: 2, pg. 54.
- Accordo 24 luglio 2003: Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005, Priorità 2 e 3.
- Intesa 23 marzo 2005: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, Art. 4, lett. G; Art. 7, co. 1
- Accordo 11 luglio 2002: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. Pg. 10 con riferimento alla Patologia oncologica.

Riferimenti

P. Morosini. e F. Perraro, *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, 1999.

Per un approfondimento dei riferimenti normativi citati in nota 1 vedi il documento, relativo al Mattone Tempi d'attesa, *Proposta metodologica per il monitoraggio dei Percorsi assistenziali complessi, con particolare riferimento al percorso oncologico*.

Vedi sintesi dei risultati della ricerca, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dall'Assr, "Diffusione dei profili di cura e di assistenza" (2002).

http://www.assr.it/ricerca/ricerca2002/ricerca_profili.htm

2. Capacità della struttura di garantire la presa in carico della persona sino al reintegro funzionale ovvero al miglior grado di riabilitazione

Definizione

Per capacità della struttura di garantire la presa in carico della persona sino al reintegro funzionale o al miglior grado di riabilitazione, si intende la capacità organizzativo-gestionale dell'erogatore finalizzata a garantire il completamento del percorso assistenziale riabilitativo, adattato alle circostanze locali e allo specifico problema di salute.

Presa in carico della persona e qualità dell'assistenza

- ✓ Migliore il recupero funzionale e migliora la qualità di vita del paziente.
- ✓ Garantisce appropriatezza, continuità, maggior controllo e migliore gestione della persona.

La valutazione

Per la valutazione ex ante indicano una attenzione a questo criterio, la presenza di protocolli, accordi interni ed esterni e una organizzazione integrata. Per la valutazione ex post, non è invece facile il controllo sull'effettivo svolgimento di tutte le attività previste.

Riferimenti

P. Morosini. e F. Perraro, *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, 1999, pp. 129-130.

3. Protocolli di dimissione protetta

Definizione

Per "protocolli di dimissione protetta" si intende la programmazione di interventi assistenziali personalizzati con relazioni di accompagnamento al paziente, da realizzare a domicilio dopo le dimissioni del paziente. Tale programmazione va realizzata prima delle dimissioni, con la partecipazione sia del personale medico-infermieristico di reparto, che degli operatori delle strutture territoriali responsabili della presa in carico dopo le dimissioni.

Valore aggiunto

- ✓ Garanzia di continuità assistenziale, tramite la presa in carico del paziente e di appropriatezza delle cure dopo la dimissione
- ✓ Garanzia del corretto raccordo tra ospedale e territorio
- ✓ Controllo dell'offerta globale (territorio/ospedale)
- ✓ Orientamento alla deospedalizzazione
- ✓ Umanizzazione dei percorsi di cura

La valutazione

Per la valutazione ex ante, si verifica la presenza di accordi di principio tra gli attori, mentre per la valutazione ex post, come indicatore della attuazione dei protocolli si può considerare il numero di dimissioni protette sul totale delle dimissioni, sebbene il criterio sia applicabile solo alle strutture di ricovero. Tra i criteri di giudizio possono essere considerati i reclami e le proteste dei cittadini od operatori (Mmg, operatori sociali o di distretto etc.).

Normativa

- DMS 12.12 2001 (Indicatore di qualità: Grado di implementazione dei protocolli di dimissione protetta)
- Normativa regionale (se requisito di accreditamento)

4. Appropriatelyzza

Definizione

L'appropriatelyzza è una dimensione della qualità delle prestazioni e dei servizi. Una prestazione può considerarsi appropriatelyzza quando viene erogata secondo indicazioni cliniche di provata efficacia, nel momento giusto e secondo le opportune modalità. Si distingue una appropriatelyzza clinica o specifica da una appropriatelyzza organizzativa o generica:

- Appropriatelyzza clinica o specifica (diagnostica, terapeutica, etc.), ossia misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. L'appropriatelyzza specifica è un concetto fondamentale della qualità professionale. Viene talvolta indicata anche col termine *pertinenza*.
- Appropriatelyzza organizzativa o generica, ad es., appropriatelyzza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione (ad es. domicilio, ambulatorio, day hospital, ricovero). Per appropriatelyzza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriatelyzza da punto di vista dell'appropriatelyzza clinica o specifica) viene erogato al livello più corretto, con una valutazione che consideri sicurezza, efficacia, costi e gradimento dell'utente.

Valore aggiunto

Permette di scegliere gli interventi e i livelli più appropriatelyzza permette di produrre migliori risultati con l'ottimizzazione nell'uso di risorse economiche, strumentali ed umane.

La valutazione

Esiste una certa difficoltà a concordare criteri di appropriatelyzza e spesso non sono disponibili standard relativi alle soglie di appropriatelyzza per ciascuna prestazione .

Può essere necessario:

- Adozione di protocolli di valutazione dell'appropriatelyzza delle prestazioni/ricoveri effettuati (es. PRUO; APPRO etc.)
- Livello soglia atteso di appropriatelyzza

Per specifiche situazioni/prestazioni, sono possibili definizioni puntuali per l'appropriatelyzza.

Normativa

- D.lgs 502/92, art.1
- DPCM 29/11/01

Riferimenti

P. Morosini. e F. Perraro, *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, 1999, pp. 19-20; *Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa* (istituita con DM 28/12/2000): Relazione finale, maggio 2001.

5. Presenza di metodi di verifica formali

Definizione

Si tratta dell'utilizzo di processi sistematici, indipendenti e documentati per ottenere evidenze nelle verifiche e valutarle con obiettività, per determinare il grado di conformità di una organizzazione a requisiti stabiliti (normativi e/o procedure e regole interne che ci si è dati in quanto azienda, protocolli).

I metodi di verifica possono essere condotti da o per conto dell'organizzazione, ai fini della conduzione di verifiche di particolari settori per motivi interni (per es. audit clinico, revisione tra pari, verifica ispettiva interna), o ancora da soggetti aventi interesse nell'organizzazione, come i clienti, o da altre persone per conto degli stessi (per es. la verifica di un ente cointeressato, quali la AUSL, il DDP, o la verifica svolta dalle organizzazioni dei cittadini come l'audit civico, APQ). Infine metodi formali di valutazione possono essere condotti da organizzazioni esterne e indipendenti, come gli enti che rilasciano una registrazione o una certificazione di conformità (per es. accreditamento volontario tramite società scientifiche e/o grandi agenzie internazionali, certificazione ISO).

Valore aggiunto

La presenza di esperienze di audit nelle diverse fattispecie adottate dall'organizzazione rappresenta una maggiore garanzia di qualità delle prestazioni erogate, perché:

- ✓ Supera l'autoreferenzialità
- ✓ Attiva percorsi di miglioramento continuo della qualità
- ✓ Favorisce la multiprofessionalità e multidisciplinarietà nell'analisi e nella soluzione dei problemi
- ✓ Può migliorare l'appropriatezza delle cure prestate al paziente
- ✓ Garantisce maggiore scientificità
- ✓ Attiva meccanismi di auto-valutazione che possono portare a miglioramenti nella scelta di diagnosi, terapia e riabilitazione.
- ✓ Entra nello specifico tecnico delle conoscenze specialistiche
- ✓ Consente un accurato e periodico controllo dei processi

La valutazione

La previsione di attività di audit permette una prima valutazione ex ante, mentre per la valutazione ex post si può verificare la presenza e il numero di unità operative in cui si sono svolte tali esperienze e le diverse modalità di conduzione implementate dall'organizzazione.

Normativa

D.lgs 229/1999 art 8 quater
DPCM 19/05/95

Riferimenti

Shaw C.D (2000) *External quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries* in "International Journal for Quality in Health Care" Vol.12, n°3: pp. 169-175

Morosini P. e Perraro F. (1999) *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino.

C.Liva, A.Lo Scalzo (2005) L'audit clinico: definizioni, strumenti e metodologie. QA, Vol. 16, N. 1, marzo 2005, pp 50-58.

6. Valutazione della qualità delle prestazioni erogate

Definizione

Si intende la valutazione e/o misurazione, da parte dell'azienda, della qualità delle prestazioni, servizi, attività erogati, o degli specifici fattori di qualità considerati (efficacia, sicurezza, tempestività, appropriatezza, ecc.).

Valore aggiunto

L'identificazione di indicatori relativi ad una serie di fattori di qualità e/o standard di prodotto dovrebbe garantire una maggiore attenzione alla qualità da parte della struttura, permettendo l'individuazione di eventuali criticità e non conformità.

La valutazione

Per la valutazione ex ante è importante la presenza di un standard di riferimento e indicatori. In generale gli indicatori da utilizzare, come pure gli eventuali standard di riferimento, possono essere di difficile definizione o di non facile utilizzo. Si devono definire anche le modalità, responsabilità e i tempi per le verifiche.

Per la valutazione ex post è necessario verificare che la struttura garantisca, durante il periodo di accordo contrattuale, il flusso informativo dei dati relativi alla produzione degli indicatori previsti per la garanzia dei LEA ed, eventualmente, di quelli ex art. 1 comma 169 della L. 311/04. Tale aspetto potrebbe essere considerato come clausola contrattuale.

Normativa

- DPCM 19/05/95
- D.lgs 502/92 e successive modificazioni, art. 10 e art. 14
- Decreto del Ministro della Salute del 12 dicembre 2001
- L. 311 del 30.12.04, art. 1 c. 169

7. Formazione

Definizione

Per formazione si intende qui la formazione continua¹effettuata tramite l'organizzazione da parte della struttura di eventi e/o progetti formativi di aggiornamento professionale e di formazione permanente (con eventuale possibilità di formazione esterna).

Valore aggiunto

Le attività di formazione dovrebbero garantire un miglioramento delle competenze e delle abilità cliniche, tecniche, manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari rispetto al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata.

La valutazione

Per la valutazione si dovrebbero considerare i seguenti aspetti:

- La struttura garantisce la formazione continua del proprio personale sanitario, interessando tutte le specifiche categorie professionali, aree e discipline e monitorando il conseguimento dei crediti.
- Gli eventi formativi perseguono gli obiettivi di interesse nazionale e regionale, tenendo in considerazione gli obiettivi strategici aziendali ed i bisogni organizzativi del servizio.
- Gli eventi formativi sono diversificati per tipologia (convegni, corsi di aggiornamento tecnologico e strumentale, corsi di addestramento, tirocinio/stage/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa, etc.)
- Gli eventi formativi sono diversificati per metodologia didattica (lezioni magistrali, tavola rotonde con dibattito tra esperti, lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici, role playing, attività pratiche/tecniche etc.).

Nell'accordo contrattuale potrebbe essere previsto che una percentuale dei crediti ECM siano conseguiti dagli operatori interessati, nella disciplina di appartenenza, e/o acquisiti per particolari competenze correlate alla tipologia di prestazioni accordate.

Normativa

- D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, art. 16 bis e 16 ter (introduzione e disciplina dell'ECM)
- Circolare del Ministero della Salute 5 marzo 2002 (descrizione del programma pluriennale dell'ECM).
- Accordo Stato Regioni 20 dicembre 2001 (definizione del ruolo delle Regioni nell'ambito dell'ECM e definizione degli obiettivi nazionali).
- Accordo Stato Regioni 13 marzo 2003 (riconoscimento dei crediti regionali su tutto il territorio nazionale).
- Accordo Stato Regioni del 16.3.2006 "Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario".

¹Come definita nell'art. 16-bis, commi 1 e 2 del D.lgs 502/92.

8. Presenza di sistemi di raccolta e analisi degli eventi avversi

Definizione

Per *evento avverso* si intende ogni accadimento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità e che non è legato alla patologia del paziente ma, piuttosto, ad una erronea gestione clinica e/o ad un malfunzionamento del sistema organizzativo. Si tratta, con termine più generico, di tutti quegli eventi che rappresentano un rischio per la salute dei pazienti. Un caso particolare di eventi avversi sono gli *eventi sentinella*: il verificarsi di un solo evento di questo tipo, di solito un grave evento che causa morte o gravi danni, è sufficiente a dar luogo a un'indagine conoscitiva volta a individuare i fattori, eliminabili o riducibili, che hanno contribuito all'accadimento.

E' dunque importante prevedere *sistemi di raccolta* dati sugli eventi avversi e sentinella, in modo che la struttura possa individuare subito le eventuali pratiche che mettono a rischio la qualità dell'assistenza erogata al paziente. Un passo ulteriore è rappresentato dai *sistemi di gestione del rischio* (spesso si usa il termine inglese, "risk management"): in questo caso si ha un programma che ha lo scopo di "gestire", cioè non solo identificare, ma anche analizzare, valutare e controllare, quegli *eventi avversi* che hanno causato danno o ne aveva la potenzialità attivando processi di miglioramento continuo della qualità.

Valore aggiunto

La presenza di sistema di sistemi di raccolta e analisi degli eventi avversi rappresenta una maggiore garanzia di qualità delle prestazioni erogate, perché:

- ✓ Promuove la sicurezza dei pazienti
- ✓ Previene il futuro verificarsi di eventi avversi
- ✓ Migliora l'appropriatezza degli interventi
- ✓ Aumenta le conoscenze degli operatori sul tema della sicurezza
- ✓ Promuove la trasparenza e l'informazione del servizio
- ✓ Consente una maggiore efficienza gestionale perché riduci il contenzioso

La valutazione

L'erogatore dovrebbe prevedere sistemi di rilevazione degli eventi avversi e programmi di risk management e/o responsabili per la gestione del rischio, sia a livello aziendale che per reparto, strumenti di monitoraggio continuativo delle attività sanitarie e metodologie codificate (standardizzate e periodiche) di rilevazione delle cause che determinano il manifestarsi delle non conformità, che siano quindi rimosse all'origine.

Riferimenti

Ministero della salute, Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella

Relazione della Commissione Nazionale
La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, a cura di R. Cinotti, Pensiero
Scientifico Editore, 2004.

9. Livello di conformità ai requisiti

Definizione

Per livello di conformità ai requisiti, si intende il livello con cui è stato ottenuto l'accreditamento, cioè il maggiore o minore grado di aderenza ai requisiti di qualità previsti per l'accreditamento.

Valore aggiunto

Il livello di conformità indica la corrispondenza della struttura alle caratteristiche di qualità richieste dall'accreditamento.

La valutazione

Si può applicare solo dopo che il processo di accreditamento è divenuto effettivamente operativo, sia per i nuovi che per i vecchi erogatori.

E' necessario un approfondimento sul metodo di valutazione (ad es. produzione di singoli requisiti, oppure distinzione tra requisiti essenziali o suggeriti), eventuali azioni correttive in atto in corso di rimozione.

10. Uniformità nella compilazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria

Definizione

Le cartelle cliniche ed infermieristiche e le eventuali schede ambulatoriali informatizzate, dovrebbero essere compilate secondo criteri espliciti ed uniformi, così da facilitare comunicazione e informazione tra operatori e professionisti relativamente al paziente e, inoltre, la valutazione della qualità dell'assistenza prestata.

Valore aggiunto

- ✓ Favorisce la comunicazione interprofessionale e interdisciplinare in modalità esaustiva, condivisa, migliorando tempestività, sicurezza, continuità assistenziale.
- ✓ Permette di verificare meglio i risultati
- ✓ Riduce la possibile perdita di informazione
- ✓ Efficace gestione delle controversie

La valutazione

Adesione del soggetto all'utilizzo sistematico della documentazione concordata e verifica, ex post, dell'effettivo utilizzo sistematico ed esaustivo.

Riferimenti

La qualità della documentazione clinica, Allegato W ai risultati progetto di ricerca Assr "Identificazione, Sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di processo di esito della qualità delle attività sanitarie", p. 152-169 I Supplementi di Monitor, Supplemento n°15, 2005, www.assr.it

11. Riservatezza informazioni documentazione sanitaria

Definizione

Si intende il rispetto della normativa in materia di riservatezza e privacy, nella gestione della documentazione sanitaria.

Valore aggiunto

Indica affidabilità della struttura sia in termini legali, che formali.

La valutazione

Si tratta di un obbligo normativo, ma la sua applicazione potrà variare nelle modalità e nella accuratezza.

Si può valutare se la struttura, a seconda delle sue caratteristiche, abbia:

- Emanato un regolamento aziendale sulla privacy
- Organizzato un sistema di procedure stabile per la tutela della privacy (per es. procedure aziendali omogenee per ritiro referti, indicazioni omogenee su come vadano custoditi etc.)
- Organizzato attività formative per gli operatori, sulla tutela della privacy

Normativa

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123. A partire dal 1° gennaio 2004 tutte le fonti normative che seguono sono state sostituite dal codice di cui sopra (legge 675/96: ha approntato un regime di particolare tutela per il trattamento dei dati sulla salute e la vita sessuale e successive emanazioni in materia di privacy; D.lgs 135/99: dispone che le pubbliche amministrazioni rendano conoscibili all'utenza sia i trattamenti di dati effettuati e i tipi di dati gestiti; D.lgs 282/1999; DPR 318/99 sicurezza del trattamento dei dati con mezzo informatico).

12. Implementazioni di metodiche attuative rispetto agli indicatori ex art. 14

Definizione

L'art. 14 del decreto Legislativo 502/92 ha introdotto il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini, predisponendo che, con apposito decreto del Ministro della Sanità (Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1996²), venisse definito un sistema di indicatori volto a rilevare le dimensioni delle qualità relazionale: umanizzazione, diritto all'informazione, prestazioni alberghiere, andamento delle attività di prevenzione delle malattie.

Per implementazione di metodiche attuative rispetto agli indicatori ex art 14, si intende, dunque, la presenza di metodi per valutare la qualità relazionale delle prestazioni e dei servizi, a partire dal monitoraggio degli indicatori

Valore aggiunto

- ✓ Monitorare le dimensioni della umanizzazione, del diritto all'informazione e gli aspetti relativi al confort alberghiero, nonché altri indicatori connessi al rispetto dei principi esposti, nell'art. 14 del DL 502/92, dedicato ai diritti dei cittadini, migliora la qualità relazionale del servizio.
- ✓ E' garanzia di attenzione dell'Azienda agli aspetti di umanizzazione e personalizzazione del servizio.

La valutazione

Si tratta di valutare una serie di misure, la cui presenza indicherebbe attenzione verso la qualità relazionale o dal punto di vista del cittadino. L'azienda dovrebbe avere almeno, ad es.:

- Presenza di sistemi ad hoc di gestione delle tematiche inerenti l'umanizzazione (es. Veneto con il Sistema di Gestione dell'Umanizzazione).
- Esistenza dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico con funzioni di:
 - a. Diffusione capillare di informazioni e comunicazioni sui servizi forniti e su ogni eventuale novità organizzativa;
 - b. Accessibilità ai servizi da parte dell'utenza e facilità di fruizione dei servizi stessi;

²"Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 14, del 18 gennaio 1997. Il Ministero della Salute ha poi realizzato una sperimentazione per rendere fattibile il passaggio tra l'enunciazione teorica e l'applicazione concreta del sistema di indicatori concentrandosi su due aspetti, la rilevabilità e la potenzialità d'uso di ogni indicatore, fino ad arrivare alla definizione delle specifiche di rilevazione. Alla sperimentazione hanno partecipato 17 Regioni e 115 Aziende sanitarie; a quest'ultime si chiedeva l'applicazione degli indicatori proposti nella propria realtà locale e la valutazione della facilità di rilevazione, della chiarezza nella formulazione e della utilità degli indicatori sperimentati. La sperimentazione ha portato all'individuazione di 23 indicatori giudicati applicabili (sui 53 originariamente indicati dal DM) subito in quanto rispondenti pienamente ai criteri su citati.

- c. Attività di orientamento e di accoglienza del paziente/utente ai servizi sanitari e nelle strutture aziendali;
 - d. Rilevazione del grado di soddisfazione sui servizi erogati
 - e. Analisi e valutazione reclami
 - f. Attivazione di convenzione con le Associazioni del Volontariato
- Esistenza di forme di collaborazione/uffici/ partecipazione delle organizzazioni dei cittadini/associazioni volontariato/cooperative, altrimenti costituite in Comitati Misti Consultivi e Commissioni Miste Conciliative attive all'interno dell'azienda
 - Carta dei Servizi periodicamente aggiornata e resa disponibile/distribuita agli utenti.
 - Esistenza degli Uffici Qualità in collegamento funzionale con la Direzione Generale.

Alcuni limiti sono costituiti dal fatto che non è stato emanato il decreto attuativo, gli aspetti analizzati hanno una certa staticità, parte degli elementi osservati sono oggi requisiti di autorizzazione e/o accreditamento.

Normativa

- Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 14, del 18 gennaio 1997 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"
- Decreto Legislativo 502/92, art. 14
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994, recante "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici".
- DPCM 19 maggio 1995, concernente lo "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari".
- Linee guida del Ministero della sanità n. 2/95 relative all'Attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale", documento di indirizzo in cui sono ribaditi i principi informativi della "carta" ed illustrati suggerimenti di struttura e contenuto.

Riferimenti

Cipolla C. Giarelli G. Altieri L. (a cura di) (2002) *Valutare la qualità in Sanità: approcci, metodologie, strumenti* Franco Angeli, Milano

13. Implementazioni di sistemi di monitoraggio degli indicatori LEA

Definizione

Si fa riferimento agli indicatori previsti dal DM del 12/12/2001 con presenza di sistemi informativi adeguati.

Sistemi di monitoraggio LEA e qualità dell'assistenza

Permettono la raccolta di informazioni e la comparabilità dei dati tra Regioni. E' in corso una revisione degli indicatori.

La valutazione

Per molti degli indicatori i dati non sono realmente disponibili. E' possibile una valutazione ex ante ed ex post.

14. Attività di raccolta dei reclami

Definizione

Si intende la presenza di un sistema di raccolta di reclami, secondo una procedura standardizzata capace di produrre dati significativi utilizzabili ai fini dell'attivazione di processi di miglioramento della qualità e di rimozione di criticità di sistema nell'ottica della implementazione di strategie partecipative.

Valore aggiunto

L'attività di raccolta dei reclami, migliora la qualità dell'assistenza perché:

- ✓ Permette di migliorare i servizi alla luce delle segnalazioni, che evidenziano spesso aspetti non visibili dal punto di vista dell'operatore sanitario.
- ✓ Aggiorna periodicamente, sull'andamento dei servizi
- ✓ Aumenta l'empowerment dei cittadini, cioè l'influenza che questi hanno nel proporre miglioramenti nella organizzazione dei servizi

La valutazione

E' possibile dare una valutazione della conformità della struttura a tale criterio l'erogatore presenta:

- Un sistema codificato e strutturato di raccolta di suggerimenti, reclami, osservazioni, proposte, da parte dei cittadini
- Periodicità della raccolta e analisi
- Pubblicazione del report e delle statistiche relative ai reclami e altro pervenuti
- Procedure e strumenti di gestione dei suggerimenti
- Evidenze di cambiamenti attuati in seguito a segnalazioni
- L'ufficio qualità e/o URP in cui vi sia una unità apposita per lo svolgimento di questa funzione.

Questo tipo di criterio è utile nella selezione degli erogatori a livello ospedaliero, territoriale e ambulatoriale, sanitario e socio-sanitario.

Tale criterio dovrebbe essere considerato quale clausola contrattuale oltre che elemento ex ante per la scelta dell'erogatore

Normativa

- DPCM 19 maggio 1995, concernente lo "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari";
- Linee guida del Ministero della sanità n. 2/95 relative all'Attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale", documento di indirizzo in cui sono ribaditi i principi informativi della "carta" ed illustrati suggerimenti di struttura e contenuto;
- L'introduzione degli URP avviene con il D.lgs 29/93. La L.150/2000, individua nell'URP, uno dei tre pilastri su cui poggia il sistema della comunicazione e dell'informazione delle Pubbliche Amministrazioni, unitamente all'Ufficio Stampa e al Portavoce.

- Direttiva Frattini del 7 febbraio, 2001 *Direttiva sulle attività di comunicazione delle Amministrazioni Pubbliche* l'Urp deve poi contribuire, per il tramite del proprio Responsabile, al coordinamento delle funzioni di comunicazione dell'Ente.
- DMS 12.12 2001 (Indicatore di qualità: Reclami/segnalazioni degli utenti in particolare con riferimento ai tempi di attesa....)

15. Monitoraggio periodico della soddisfazione dei cittadini per i servizi erogati

Definizione

Per monitoraggio della soddisfazione dei cittadini (pazienti/utenti) si intendono tutte le attività di raccolta periodica di informazioni ed opinioni sulla assistenza erogata. Questo può avvenire con tecniche quantitative (es. il questionario per la rilevazione della qualità percepita) o qualitative (es. focus group, interviste individuali etc.). In entrambe i casi il monitoraggio dovrebbe essere periodico, basato su disegni di ricerca definiti in tutte le fasi, metodi strutturati di analisi che conferiscano scientificità all'indagine svolta, finalizzato ad effettivi miglioramenti del servizio secondo le linee individuate.

Valore aggiunto

Il monitoraggio della soddisfazione dei cittadini può migliorare la qualità dell'assistenza perché:

- ✓ Permette di migliorare i servizi alla luce delle esigenze emerse nelle rilevazioni
- ✓ Rappresenta, per le direzioni, un importante strumento per intervenire in modo mirato
- ✓ Rafforza, se ben condotta, la fiducia tra cittadini e servizio pubblico
- ✓ Promuove i processi partecipativi
- ✓ Garantisce trasparenza del sistema

La valutazione

Per la valutazione ex ante:

- Previsione di rilevazioni periodiche della qualità percepita
- Esistenza di un ufficio qualità e/o di un URP in cui vi sia una unità apposita per lo svolgimento di questa funzione.

Per la valutazione ex post:

- Esistenza di report periodici con risultati del monitoraggio e loro diffusione interna e, auspicabilmente, esterna.
- Evidenze di effettivi miglioramenti e cambiamenti del servizio alla luce delle linee individuate.

Tale criterio dovrebbe essere considerato quale clausola contrattuale oltre che elemento ex ante per la scelta dell'erogatore

Normativa

- Decreto Ministeriale del 15 ottobre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 14, del 18 gennaio 1997 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"
- Decreto Legislativo 502/92, e successive modificazioni, Art. 14

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994, recante "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" ;
- DPCM 19 maggio 1995, concernente lo "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari";
- Linee guida del Ministero della sanità n. 2/95 relative all'Attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale", documento di indirizzo in cui sono ribaditi i principi informativi della "carta" ed illustrati suggerimenti di struttura e contenuto.
- L'introduzione degli URP avviene con il D.lgs 29/93. La L.150/2000, individua nell'URP, uno dei tre pilastri su cui poggia il sistema della comunicazione e dell'informazione delle Pubbliche Amministrazioni, unitamente all'Ufficio Stampa e al Portavoce.
- Direttiva Frattini del 7 febbraio, 2001 *Direttiva sulle attività di comunicazione delle Amministrazioni Pubbliche* l'Urp deve poi contribuire, per il tramite del proprio Responsabile, al coordinamento delle funzioni di comunicazione dell'Ente.
- DMS 12.12 2001 (Indicatore di qualità: Grado di soddisfazione dei cittadini sul Servizio ospedaliero)
- DPR 14 gennaio 1997 (in riferimento all'art. 2 comma 5 punto d, che prevede per l'accreditamento una risultanza positiva agli art. 10 e 14 del D.Lgs 502 e sm)
- Norma UNI 11098:2003

16. Monitoraggio dei tempi di attesa

Definizione

La garanzia dell'accesso alle prestazioni in tempi congrui con il bisogno dell'utente è una componente strutturale dei LEA (DPCM 16/4/2002). Successivi atti, ed in particolare gli accordi in conferenza Stato-Regioni, hanno definito l'obbligo di monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, obbligo che si applica a tutti i soggetti erogatori di prestazioni per conto e a carico del SSN, secondo modalità specificamente regolate.

Per monitoraggio dei tempi di attesa, si intende quindi la garanzia della partecipazione puntuale ed esaustiva, da parte della struttura, ai monitoraggi fissati dai livelli nazionale e regionali, secondo le metodologie indicate, fornendo tutti i dati nei modi nei tempi previsti.

Valore aggiunto

E' strumento di garanzia di accessibilità ed equità, esplicitamente previsto dalla normativa. Permette, inoltre, una migliore gestione del rapporto domanda-offerta.

La valutazione

Come criterio ex-ante si richiede l'impegno a garantire i dati nei tempi e nei modi previsti, come ex-post la verifica che ciò sia avvenuto.

Si deve usare cautela nella valutazione dei tempi, ed in particolare della lunghezza dei tempi, perché può essere determinata da molti fattori e mettere in difficoltà le strutture a maggiore attrazione.

Normativa

- DPCM 16/4/2002
- Accordo in Conferenza Stato-Regioni 11/7/2002
- Progetto Mattone "Tempi d'Attesa"
- L. 30/12/2005 art. 1, commi da 280 a 284 (Finanziaria 2006)
- Intesa Stato Regioni del 28.3.2006 "Piano Nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa"

17. Collegamento al CUP

Definizione

La struttura deve prevedere il collegamento al Centro Unico di Prenotazione dell'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Valore aggiunto

- ✓ Migliora la gestione dell'offerta, l'uso delle risorse e l'efficienza del sistema, favorisce il governo della domanda, facilita la riduzione delle liste di attesa.
- ✓ Garantisce la gestione informatizzata e automatizzata delle agende di prenotazione e la trasparenza delle liste di attesa.

La valutazione

La valutazione si realizza attraverso la verifica della effettiva disponibilità al CUP dei volumi e delle prestazioni concordati. E' necessaria la verifica della concordanza dei dati tra erogato prenotato a CUP ed erogato totale.

Questo criterio è applicabile solo a quelle aziende che hanno già in corso un accordo contrattuale/convenzione. In ogni caso, tale criterio può essere inserito tra le clausole contrattuali degli accordi/contratti con gli erogatori. In alcune Regioni il collegamento al CUP è obbligatorio per tutti gli accreditati.

Un limite rispetto alla applicazione di questo criterio, può essere la presenza di sistemi CUP ancora inadeguati per rete, procedure, capacità di rappresentazione dell'intera offerta.

Normativa

- Legge finanziaria 2006, Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa (Accordo conferenza Stato Regioni del 28 marzo 2006).

18. Accessibilità

Definizione

La struttura eroganti devono avere caratteristiche di accessibilità sia fisica, idonea allo svolgimento delle attività e conformi alle diverse normative, che organizzativa.

Valore aggiunto

L'attenzione all'accessibilità garantisce facilità di accesso per l'utenza, compresa quella con handicap, sia in termini di barriere fisiche e di cartellonistica che di facilitazione alle procedure di utilizzo dei servizi in termini di comunicazione efficace, informazione, snellimento e semplicità delle procedure burocratiche.

La valutazione

I riferimenti sono le normative sulle barriere architettoniche, ma anche i regolamenti urbanistici ed edilizi. Può essere un criterio penalizzante per le strutture esistenti, specie se storiche, nei centri urbani: è infatti molto difficile l'adeguamento.

Valutazione delle procedure di accesso ai servizi, dei punti informativi, delle carte dei servizi, delle guide ai servizi eventualmente disponibili. Valutazione di eventuali servizi aggiuntivi finalizzati a potenziare gli approcci comunicativi (es. servizio di interpretariato linguistico, per sordità...).

Criterio utilizzabile soprattutto per strutture ad alta complessità o per attività particolari (case di cura) strutture riabilitative per disabilità fisiche psichiche e sensoriali (centri diurni, centri dialisi)

Normativa

- Legge 13 del 9 gennaio 1989

19. Modello organizzativo

Definizione

Per valutazione del "modello organizzativo" si intende la valutazione del sistema di organizzazione che l'azienda ha adottato in relazione alle prestazioni erogate o alla disciplina esercitata, e che dovrebbe essere coerente con le indicazioni della programmazione e le buone pratiche (se esistenti).

Valore aggiunto

- ✓ E' un parametro in grado di indicare la potenzialità erogativa del fornitore e l'adeguatezza della struttura in relazione all'attività prestata.
- ✓ E' un indicatore indiretto di qualità potenziale delle prestazioni erogate

La valutazione

Questo criterio è applicabile dove vi siano precise e specifiche indicazioni dalla normativa e in letteratura scientifica relativamente ai modelli organizzativi da applicare. Ciò premesso, si può valutare l'aderenza del modello organizzativo adottato ai modelli organizzativi standard. In alcuni casi i modelli di riferimento a livello organizzativo, possono essere espressi negli stessi requisiti di accreditamento.

Il modello organizzativo deve essere sottoposto ad una valutazione che verifichi la capacità della struttura di ottimizzare le professionalità di cui dispone e, quindi, anche in carenza di personale, di erogare prestazioni in regime di sicurezza efficienza ed efficacia. Inoltre, deve essere considerata la capacità della struttura di proporre modelli integrati di erogazione del servizio soprattutto per quelle discipline per le quali la multidisciplinarietà di approccio diagnostico terapeutico è fondamentale e/o assume valenza discriminante per il successo del trattamento (terapeutico e/o riabilitativo) del paziente, facendo riferimento a protocolli in uso nelle diverse discipline.

Normativa

Nei diversi settori devono essere verificati l'eventuale presenza di indicazioni organizzative (norme e/o dispositivi nazionali e/o regionali).

20. Esperienza maturata nel rapporto con il Sistema Sanitario Nazionale

Definizione

Per esperienza maturata nel rapporto con il sistema sanitario nazionale, si intendono gli anni di attività di erogazione di prestazioni e servizi per conto e carico del sistema di finanziamento pubblico.

Valore aggiunto

Fornisce elementi generici di valutazione sulla competenza acquisita nella disciplina di riferimento, ma non è applicabile alle nuove strutture.

Discrimina i soggetti in precedenza solo autorizzati rispetto ai già accreditati.

La valutazione

Numeri di anni di attività in regime di convenzione o contratto con il Ssn.

21. Esperienza maturata nell'esercizio dell'attività sanitaria

Definizione

Per esperienza maturata nell'esercizio dell'attività sanitaria si intendono gli anni di attività di esercizio in relazione alle specifiche prestazioni sanitarie oggetto del contratto.

Valore aggiunto

- ✓ Fornisce elementi generici di valutazione sulla competenza acquisita nella attività di riferimento;

La valutazione

Numero di anni d'esperienza

22. Rispetto degli accordi contrattuali relativi al volume di attività da erogare

Definizione

Si intende la capacità dell'erogatore di rispettare gli accordi sui volumi di attività da erogare per soddisfare il fabbisogno di prestazioni programmato dall'acquirente. Oltre a una valutazione quantitativa, è importante che le prestazioni erogate siano anche appropriate.

Rispetto degli accordi contrattuali e qualità dell'assistenza

Va considerato che un superamento del tetto può indicare anche una buona capacità di attrazione della domanda e, dunque, una alta qualità dell'assistenza erogata. Devono essere valutati anche gli aspetti qualitativi (appropriatezza) e non solo quantitativi (numero di prestazioni).

Il criterio è più correttamente attuabile nel caso in cui l'offerta dell'erogatore è gestita dal CUP aziendale (vedi criterio "collegamento al CUP").

La valutazione

E' applicabile ai già accreditati, ed è utilizzabile solo per la conferma dell'accreditamento e/o dell'accordo già in essere. E' applicabile a tutti le tipologie di attività.

23. Dotazioni organiche per volume di attività

Definizione

Per dotazioni organiche per volume di attività, si intende il numero di personale sanitario distinto per mansioni e qualifiche nella UO o dipartimento etc.

Valore aggiunto

- ✓ Il numero adeguato e le professionalità specifiche richieste per disciplina correlato al volume di attività svolte garantisce una maggiore qualità e sicurezza dell'assistenza.
- ✓ Tempestività dell'erogazione
- ✓ Efficacia dell'intervento terapeutico e/o riabilitativo

La valutazione

Devono essere definiti a priori degli standard di riferimento con cui confrontare le caratteristiche degli erogatori

24. Volumi di attività erogabili

Definizione

Si tratta della quantità di prestazioni teoricamente erogabili. Esprime il rapporto tra le diverse caratteristiche dell'erogatore : dotazione di personale sanitario, e sua qualificazione tecnologica, modelli organizzativi.

Volumi di attività erogabili e qualità dell'assistenza

Solitamente alti volumi erogabili, garantiscono maggiori capacità di risposta e pertanto sono un possibile indicatore di qualità potenziale delle prestazioni (la casistica è indice di esperienza).

La valutazione

Difficoltà nel reperimento a livello nazionale e internazionale, di parametri di confronto tra produttività potenziale e qualità, ovvero numero di prestazioni erogate e qualità (fatta eccezione per alcuni settori, quali trapianti d'organi ed attività chirurgica).

Un parametro standard di riferimento potrà essere ricavato dalla definizione degli standard quantitativi (e qualitativi) per la garanzia dei LEA, ex art. 1 comma 169 della Legge 311/2004.

Può avvantaggiare i già accreditati (salvo che non si valutino anche le prestazioni erogate in regime autorizzativo o l'insieme delle prestazioni comunque erogate). Sono necessari controlli per evitare che i volumi siano eccessivamente elevati in rapporto ai fattori di produzione (per. es la quantità di personale), perché potrebbero fare aumentare i rischi.

Il monitoraggio dei volumi acquisisce grande importanza qualora, in una particolare area territoriale esista l'esigenza di quantificare l'offerta e la relativa capacità delle strutture di erogare determinate prestazione che risultano particolarmente critiche ai fini del contenimento dei tempi di attesa. Ciò è necessario per poter effettuare una corretta programmazione dell'attività ed una razionale distribuzione della domanda tra gli erogatori con i quali stipulare contratti..

Normativa

Legge n° 311 / 2004, art.1 comma 169

25. Apparecchiature e Tecnologie

Definizione

Per parco macchine si intendono le apparecchiature biomediche e le tecnologie diagnostico-terapeutiche in uso presso l'azienda, nonché la loro sicurezza, grado di obsolescenza, stato di manutenzione, appropriatezza relativamente al fine d'utilizzo.

Parco macchine e qualità dell'assistenza

La presenza di tecnologie avanzate non è di per sé garanzia di qualità dell'assistenza. Esse devono essere adeguate e appropriate, affinché venga garantita al paziente la sicurezza e l'efficacia operativa.

La valutazione

Per la valutazione ex ante oltre alla valutazione delle caratteristiche delle dotazioni tecnologiche e loro gestione e manutenzione, è necessario valutare la coerenza con le effettive attività svolte. La presenza, inoltre, di una apposita Unità di Valutazione delle Tecnologie, che svolga attività di Health Technology Assessment, indica un'attenzione specifica agli aspetti della efficacia, appropriatezza ed efficienza nell'acquisto prima, in termini di selezione del prodotto, e nell'utilizzo poi di nuove e sofisticate apparecchiature.

In generale, si tenga conto che la presenza di un parco macchine all'avanguardia, può richiedere investimenti di difficile sostenibilità, specie nelle grandi aziende pubbliche.

Riferimenti

Vedi "Programma di ricerca ed analisi dei dati relativi alla gestione delle tecnologie biomediche nelle strutture del SSN", Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, <http://www.assr.it/Opt.htm>

Sito italiano di Health Care Technology Assessment <http://www.hcta.it/hcta/home.html>