

UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

MASTER DI MANAGEMENT INFERMIERISTICO

PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO

Azienda Ospedaliera Policlinico, A.Gemelli , Roma

PERCORSO DI QUALITA' PER PROCESSI

NELL'AMBITO DI : UN DIPARTIMENTO

RELATORE:

DOTTORESSA SUOR MARGHERITA BRAMATO

STUDENTE:

RELATORE:

ANNA PASQUARIELLO

D.A.I. SUOR GRAZIELLA ZECCA

ANNO ACCADEMICO 2003/2004

INDICE

INTRODUZIONE

pag.6

CAPITOLO 1 : COME DEFINIAMO LA QUALITA'

| | |
|--|---------|
| 1 DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA' | pag.14 |
| 2 DEFINIZIONE DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA | pag.15 |
| 3 DIMENSIONE DELLA QUALITA' NEI SERVIZI SANITARI | pag.17 |
| 4 DIMENSIONI DELLA QUALITA' IN SANITA' | pag. 19 |

CAPITOLO 2: IL SISTEMA QUALITA'

| | |
|---------------------------------|---------|
| 1 DEFINIZIONE DI SISTEMA | pag.23 |
| 2 IL SISTEMA QUALITA' | pag.25 |
| 3 LE ISO | pag.27 |
| 4 LA CERTIFICAZIONE | pag.28 |
| 5 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE | pag. 29 |
| 6 ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA | pag.32 |

CAPITOLO 3: LA QUALITA' TOTALE

| | |
|-------------------------------------|--------|
| 1 TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) | pag.37 |
| 2 L' EFQM MODELLO EUROPEO DELLA TQM | pag.37 |

| | |
|---|--------|
| 3 I REQUISITI DELLA TQM I fattori produttivi | pag.40 |
| • 3.1 LA LEADERSHIP | pag.40 |
| • 3.2 POLITICHE E STRATEGIE | pag.41 |
| • 3.3 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE | pag.41 |
| • 3.4 GESTIONE DELLE RISORSE MATERIALI | pag.50 |
| • 3.5 IL CONTROLLO DEI PROCESSI | pag.51 |
| 4I RISULTATI DELLA TQM | pag.52 |
| • 4.1 LA SODDISFAZIONE PER I CLIENTI | pag.52 |
| • 4.2 LA SODDISFAZIONE PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO | pag.54 |
| • 4.3 VALUTARE la QUALITA' DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA | pag.56 |
| • 4.4 ALTRI RISULTATI DELLA TQM | pag.62 |
| • 5 GLI STRUMENTI DELLA TQM : PROBLEM SOLVING E PDCA | pag.62 |
| • 6 DOCUMENTAZIONE DELLA QUALITA' | pag.67 |
| • 7 COMUNICAZIONE NELLA QUALITA': la carta dei servizi | pag.69 |

CAPITOLO 4: IL SISTEMA QUALITA' RAFFIGURATO

ATTRAVERSO I PROCESSI FONDAMENTALI IN UN DIPARTIMENTO

| | |
|---|--------|
| 1 IL DIPARTIMENTO E LE SUE FUNZIONI | pag.74 |
| 2 APPROCCIO PER PROCESSI: DEFINIAMO I PROCESSI | pag.79 |
| 3 ELEMENTI DI UN PROCESSO | pag.84 |
| 4 I METODI DELLA GESTIONE PER PROCESSI | pag.86 |
| 5 MAPPATURA DEL PROCESSO | pag.91 |
| 6 VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'APPROCCIO PER PROCESSI | pag.96 |

CAPITOLO 5 : GLI STRUMENTI UTILI AD UNA EFFICACE

GESTIONE DEL PROCESSO

| | |
|------------------------------------|---------|
| 1 L'EVIDENCE-BASED NURSING | pag.98 |
| 2 LINEE GUIDA | pag.105 |
| 3 LE PROCEDURE | pag.109 |
| 4 STRUTTURA DI UNA PROCEDURA | pag.111 |
| 5 LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | pag.113 |
| 6 DOCUMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA: | |

| | |
|---|---------|
| IL DIAGRAMMA DI FLUSSO | pag.114 |
| 7 LE ATTIVITA' | pag.115 |
| 8 LO STRUMENTO PER L'ANALISI DEL PROCESSO | |
| "LA MATRICE" | pag.117 |
| 9 ALTRE TIPOLOGIE DI DOCUMENTI | pag.119 |
| CONCLUSIONI | pag.121 |
| BIBLIOGRAFIA | pag.123 |

INTRODUZIONE

LA QUALITÀ NELLA STORIA IN ITALIA E ALL'ESTERO LINEE EVOLUTIVE

Il mutamento sociale, i nuovi modelli culturali dell'assistenza, più centrati sulla qualità della vita e di conseguenza sulla qualità delle prestazioni , richiedono una risposta assistenziale per gli utenti delle aziende sanitarie completamente nuova. Nel sistema sociale si parla sempre più di qualità ed è per questo motivo che ripercorriamo le principali tappe evolutive della qualità dall'antichità fino ai giorni nostri, prima di parlare del concetto di qualità vero e proprio.

I primi riferimenti della qualità dell'ars medica li troviamo all'interno del tempio di Edfù in Egitto dove tra i tanti geroglifici scolpiti si trovano molti strumenti chirurgici , da qui la qualità in medicina già tremila anni prima di Cristo.

Hamurabi ,re della prima dinastia di Babilonia, nel suo codice , già descrisse i criteri di valutazione e quindi la qualità delle pietre che dovevano essere usate per costruire le piramidi (ASSR EMILIA ROMAGNA).

Nel MedioEvo malattie come la peste e la lebbra furono osservate e considerate e per questo furono introdotte misure ,pianificate logicamente,per prevenire o ridurre al minimo le epidemie e fu documentato sia il successo che l'insuccesso di queste misure preventive.In questo periodo però magia e superstizione frenarono tutte le cose che miravano ad un miglioramento ed anche la qualità subì un rallentamento.

E' con Florence Nightingale, nel 1858, che nasce il vero concetto di qualità, questo grazie alle sue ricerche sulle pessime condizioni igienico-sanitarie in cui gravavano i soldati britannici durante la guerra in Crimea. Nightingale era convinta che la raccolta sistematica dei dati e la loro analisi fossero necessari per un'assistenza infermieristica di qualità.

Tuttavia, fu soltanto nel XIX secolo che si incominciò a sviluppare la raccolta e l'analisi dei dati quantitativi della popolazione. Inizialmente la forza propulsiva a ciò fu di tipo politico: la raccolta dei dati serviva a soddisfare l'esigenza degli stati moderni di governare le loro popolazioni in costante espansione, le informazioni da quanto si può dedurre, venivano raccolte o per scopi amministrativi,come la riscossione delle tasse, o per scopi bellici.

Con l'avvento dei servizi sanitari pubblici ,furono utilizzati dati demografici e studi sulla popolazione per quantificare la dimensione di problemi sanitari quali :le nascite,gli indici di morbilità e mortalità infantile, la contaminazione del latte, le epidemie, etc...

Per poter dare una risposta a questi e ad altri problemi, ci fu bisogno di metodi sempre più attendibili e validi di valutazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria , della quale l'assistenza infermieristica è una branca.

Il dottor Abrham Flexner nel 1910 studiò le facoltà di medicina di allora e ne valutò la loro strutturazione ,scoprì pertanto che non si basavano su alcun tipo di normativa e regolamento e che per accedervi bastava il semplice diploma di scuola media .Questa fu la prima valutazione di qualità riguardante la formazione dei medici.

Il controllo di qualità nasce comunque intorno agli anni trenta negli Stati Uniti d'America: il primo settore ad utilizzarlo è stato quello industriale, in particolare per le forniture belliche durante la seconda guerra mondiale.Fu comunque in questo periodo che si incominciò a parlare di qualità in maniera scientifica:si partì dal controllo e dall'ispezione del prodotto finito, si passò poi al controllo sulla produzione,sul progetto fino ad arrivare al controllo

sull'organizzazione e sulla gestione aziendale e alla diffusione della cultura sulla qualità. Un grande nome associato allo sviluppo della qualità in quest'epoca è quello di Deming è a lui che si deve il percorso finalizzato alla qualità Plan-Do- Check-Act (PDCA) che visioneremo insieme al problem solving nei prossimi capitoli.

Il boom economico giapponese degli anni ottanta indusse l'industria americana a rivedere la qualità dei suoi prodotti .

Quando si tentò di applicare i sistemi di controllo industriali nel mondo sanitario si incontrarono, inizialmente molte difficoltà. Il personale sanitario è composto per la maggior parte da professionisti con un elevato grado di autonomia e responsabilità pertanto non è facilmente controllabile quanto il personale di un'industria.

In sanità i sistemi di quality control non hanno mai funzionato , per questo motivo durante gli anni settanta si è iniziato a sperimentare nei paesi anglosassoni la QUALITY ASSESSMENT. Questo sistema può essere considerato una specie di supervisione, che presenta ancora molti limiti rispetto ai sistemi attuali poiché si tratta di un controllo effettuato da professionisti sì rinomati ma esterni, all'organizzazione che si andava a

controllare e non da professionisti interni ,il vantaggio è un controllo fatto per favorire gli operatori senza andare loro contro.

Dalla quality assesment si passa alla QUALITY ASSURANCE negli anni ottanta ed è proprio dalla quality assurance che nasce il concetto di miglioramento continuo della qualità che alle sue caratteristiche aggiunge l'aspetto multiprofessionale della valutazione.

La QUALITY ASSURANCE (QA) consiste essenzialmente in un processo formalizzato e sistematico finalizzato a misurare il livello qualitativo delle cure mediche, ad identificare eventuali problemi esistenti, a delineare le attività capaci di risolverli e a verificare l'efficacia delle azioni correttive messe in atto . La Quality Assurance si identifica con la Verifica Revisione della Qualità (VRQ) introdotta in Italia nel 1984. Il vantaggio della QA rispetto alla quality assesment è quello di essere un controllo fatto da dentro, cioè da professionisti e operatori interni all'organizzazione.

Da quanto potuto osservare fu il mondo industriale a porsi per primo il problema di controllare la qualità dei suoi prodotti soprattutto per una questione di marketing finalizzato alla vendita.

Negli anni trenta le industrie del Canada e degli Stati Uniti cominciarono a promuovere i primi controlli sulla loro produzione, ma, fu solo verso gli anni sessanta che questo tipo di attività esce dal settore industriale per investire il mondo terziario. Ed è in questi anni che anche il mondo sanitario viene sensibilizzato alla necessità di un controllo del suo prodotto.

Negli Stati Uniti nacque la Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care, che fu trasformata in Canada e tradotta con il nome di Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers. La versione americana di questo strumento di controllo fu sperimentata nell'anno 1973-74 in 21 ospedali americani e, i controlli dimostrarono che questo strumento era di una affidabilità estrema. Il progetto in questione fu realizzato grazie alle sovvenzioni pubbliche per la ricerca. Qui in Italia, invece, lo stanziamento per la ricerca non supera l'1% del Prodotto Interno Lordo (Pil).

La Gran Bretagna fu un altro paese che acquisì velocemente il concetto di controllo della qualità : questo si sviluppò dopo l'alto numero di piloti inglesi che persero la vita per le cattive condizioni dei motori degli aeroplani durante la prima guerra mondiale. Nel dopoguerra ,infatti, l'industria britannica crebbe in maniera esponenziale ed anche i controlli sulla qualità dei prodotti

aumentarono .Ci fu l'istituzione di un incaricato speciale, in ogni settore industriale, per verificare la qualità del singolo prodotto, i prodotti che non raggiungevano gli standard venivano eliminati .

Negli anni sessanta l'industria inglese prese molto in considerazione l'aspetto quantitativo del prodotto; in seguito ad una flessione dell'attività economica, negli anni settanta, invece, gli industriali e i politici compresero che per ottenere successo si doveva mirare soprattutto alla qualità del prodotto, sia per contenere i costi sia ridurre la competitività con i prodotti di importazione.

Vennero elusi i vecchi metodi ispettivi di controllo e furono sviluppate nuove tecniche basate su modelli statistici quale: il controllo statistico di processo, la Verifica e Revisione della Qualità e la Total Quality Management (TQM) è la qualità totale, metodo nato in Giappone , fino ad arrivare, negli anni ottanta, alla stesura del documento (International Standard Organization) ISO 9000 che detta gli standard di qualità internazionali attraverso norme e guide applicative. I canoni della TQM sono centrati sul controllo degli aspetti organizzativi ,sui rapporti con l'utente e sulla competitività.

In Italia il contributo più importante per l'introduzione della cultura sulla qualità proviene dalla legislazione; nell'art. 10 del D.Lgs.502/1992 viene fatto

esplicito riferimento alla necessità di adottare i sistemi di VRQ all'interno di strutture sanitarie. Possiamo per questo affermare che, il concetto di controllo della qualità in Italia è nato soltanto nei primi anni novanta in seguito alla legge sull'accreditamento con un bel po' di ritardo rispetto ad altri paesi occidentali.

Nonostante quanto asserito sopra, possiamo constatare che comunque la cultura e la prassi di assicurazione della qualità si sono sviluppate, nel settore della sanità e dei servizi sociali in genere, secondo linee evolutive sostanzialmente analoghe ad altri settori di attività.

CAPITOLO PRIMO

COME DEFINIAMO LA QUALITÀ

1. DEFINIZIONE DEL CONCETTO QUALITÀ

Con la continua ed incessante innovazione del sistema sanitario, in questi ultimi anni, sentiamo spessissimo parlare di qualità, ma cos'è la qualità? Tutti afferriamo il significato di questa parola, anche se è ben più difficile definirla in maniera soddisfacente.

In italiano per qualità si intendono gli elementi o l'insieme degli elementi che determinano la natura, il modo di essere di una persona, di una cosa, di un prodotto. Questo vocabolo in questo suo significato è neutro, infatti, le qualità possono essere belle o brutte, buone o cattive, ottime o pessime; se il termine invece viene usato in assoluto la voce qualità indica un pregio o un aspetto positivo.

La qualità può a volte essere vista anche come strumento di ricerca della verità per cui può non avere né un valore positivo, né un valore negativo.

Qualità deriva dal latino qualis = simile modello.

“ La qualità è l’insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o servizio o di un sistema che conferiscono ad essa le capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite del cliente fruitore”

NORME UNI EN ISO 9000

2. DEFINIZIONE DI QUALITÀ DELL’ASSISTENZA

Per R. Palmer “la qualità dell’assistenza infermieristica consiste nella capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell’utenza” (op.citata)

Secondo A. Donabedian “la qualità è il livello di salute più elevato possibile, ottenibile con i mezzi desiderabili, utilizzabili allo scopo” (op. citata).

C.C. Wright e D. Whittington affermano: "...la qualità è un concetto complesso. Dato uno specifico bisogno di assistenza è possibile elencare i caratteri che descrivono la qualità ed elencare le attività fondamentali per la qualità dell'assistenza" (op. citata).

Comunque possiamo dire che la qualità dell'assistenza è la risultante di un insieme di elementi scientifici e tecnologici, organizzativi, procedurali, relazionali e di comunicazione, in cui un ruolo determinante è svolto dalle variabili umane (sia professionisti sanitari, operatori sanitari, sia clienti delle prestazioni) che interagiscono nei processi produttivi.

La qualità dell'assistenza infermieristica consiste, secondo me, nella capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione dei pazienti nei limiti coesi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche degli utenti del contesto sociale in cui si opera. Per questo motivo, la qualità ha nel campo dell'assistenza lo scopo di misurare, analizzare e valutare le situazioni al fine di comprendere quali sono gli elementi migliorabili della stessa assistenza e di stabilire le modalità da adottare per migliorare sempre di più.

3. TIPI DI QUALITA' DEI SERVIZI SANITARI

La qualità implica un interrelazione tra numerosi gruppi di professionisti e la collettività, essa è il cardine dell'attenzione tanto per i professionisti quanto per gli operatori e gli utenti. La qualità applicata ad un servizio ha assunto oggi come oggi un significato molto ampio e dalle dimensioni molteplici. Ma quanti tipi di qualità possiamo riconoscere nell'erogazione di un servizio? Ne elenchiamo alcuni:

QUALITA' PROFESSIONALE è la qualità che si espleta attraverso l'efficacia degli interventi e la competenza professionale: il suo attore principale è il professionista, il quale è il solo a conoscere concretamente le attività svolte, sia tecnicamente che in termini relazionali e che può rivestire un ruolo progettuale e di cambiamento attivo dell'organizzazione. In questo contesto erogare qualità significa che servizi forniamo agli utenti.

QUALITA' PERCEPITA è la soddisfazione delle esigenze dei cittadini/clienti, siano esse implicite esplicite e latenti, e quindi, è la capacità che il prodotto o il servizio offerto ha di rispondere alle richieste dei clienti/pazienti. L'attore principale qui è il cliente, il quale occupa una posizione centrale perché egli è la fonte delle esigenze, dei bisogni e delle attese che sono il

motore dell'erogazione del servizio assistenziale. L'erogazione della qualità si basa sul come viene fornito il servizio.

QUALITA' GESTIONALE si espleta attraverso l'efficienza, l'impatto sociale e il governo delle risorse. L'attore qui è l'organizzazione aziendale intesa come ottica del gestore che punta ad una razionalizzazione nell'uso delle risorse e ad una ottimizzazione dei processi, quindi produzione di prodotti a costi competitivi, pertanto è utile sapere con quale e quanta organizzazione forniamo i servizi e quanto costano.

QUALITA' AMBIENTALE delinea il contesto in cui vengono erogate le prestazioni : la sicurezza dell'ambiente, l'assenza di pericoli e rischi, in questo caso si valuta sia la funzionalità dell'ambiente e cioè: l'erogazione della prestazione è agevole per il cliente ; è accessibile; sia l'estetica cioè: l'ambiente è gradevole .

QUALITA' D'IMMAGINE consiste nella capacità ,da parte dell'azienda sanitaria, di attrarre la clientela: attraverso atteggiamenti di gentilezza , cortesia, cordialità, affidabilità , credibilità, rispetto della privacy e attendibilità del personale sanitario; ma è anche legata ai tempi di attesa cioè al breve intervallo di tempo tra richiesta di prestazione e fornitura della stessa.

4. DIMENSIONI DELLA QUALITÀ IN SANITÀ

Quando si compiono valutazioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria, bisogna avere ben chiaro a quali dimensioni di essa facciamo riferimento. L'ideale è tendere al miglioramento di tutte le dimensioni della qualità. Il concetto di qualità applicato in sanità, secondo Donabedian, è rappresentato dal "rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuta e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili" (op. citata). Per questo sono identificati alcuni aspetti misurabili della qualità dell'assistenza infermieristica, e sanitaria in genere, che vanno sotto il nome di "dimensioni della qualità in sanità" e sono quelli di seguito elencati:

- **Efficacia attesa** : è la potenziale capacità che un intervento assistenziale ha di modificare in maniera positiva, le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta per cui di fondamentale importanza è fare solo ciò che è utile.
- **Efficacia pratica**: consta nel valutare i risultati ottenuti dall'applicazione di un intervento di routine.

- Competenza tecnica : consta nell'applicare nel modo migliore le conoscenze scientifiche, le abilità professionali e le tecnologie disponibili.
- Accettabilità: è il grado di apprezzamento del servizio da parte di coloro che ricevono le prestazioni e da parte dei loro comprimari.
- Accessibilità : è il grado di comodità da parte del cliente di trovare e raggiungere un servizio.
- Adeguatezza : è la capacità di assicurare cure appropriate a tutti coloro che ne hanno bisogno.
- Appropriatezza: è il grado di utilità di un atto assistenziale rispetto al problema clinico e alle conoscenze.
- Efficienza :è la capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile .
- Competenza :livello di applicazione delle conoscenze scientifiche,delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili; pertanto = sapere, saper fare, saper essere.
- Tempestività : grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità.

- Umanizzazione : è il livello di rispetto della cultura , del credo e dei bisogni individuali del paziente anche per quello che concerne l'informazione e la qualità del servizio.

Promuovere il miglioramento di queste dimensioni ci fa vedere la qualità sotto un'ottica sistemica .

Da quanto sopra si evince che questi aspetti della qualità dell'assistenza possono essere più o meno rilevanti a seconda di chi li considera.

Se a considerarli è l'amministratore sanitario di sicuro privilegerà l'efficienza ed il controllo dei costi come caratteristiche prioritarie per definire la qualità di una prestazione.

Se a considerarli è l'infermiere vedremo che questo professionista ha una visione della qualità ben più ampia sia a livello tecnico sia a livello relazionale, ma di questo parleremo più avanti.

Se a considerarli è il paziente/utente vedremo che la caratteristica principale della qualità sarà la soddisfazione immediata dei bisogni percepiti, ma anche questo punto lo svilupperemo nei prossimi capitoli.

E' assiomatico il fatto che soprattutto nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la qualità dipende dalla capacità professionale e dall'impegno del

personale di assicurare la competitività dei prodotti e nel nostro caso delle prestazioni e dei processi alla base della produzione. Se non sorretta però da una organizzazione adeguata la sola capacità professionale è inutilizzabile.

Concludendo questo capitolo si evince che la qualità interessa tutti a tutti i livelli e che dev'essere un obiettivo perseguito dal governo , dalle associazioni di professionisti cioè collegi e ordini professionali, e, soprattutto dai consumatori/ clienti

CAPITOLO SECONDO

IL SISTEMA QUALITA'

1. DEFINIZIONE DI SISTEMA

La Qualità è stata ,all'inizio della storia del genere umano una necessità e non un optional, la storia della qualità è in pratica la storia del genere umano. Se gli esseri umani non avessero sentito la necessità di avere un'organizzazione sistemica per utilizzare al meglio le risorse che faticosamente estrapolavano dalla natura, non si sarebbe potuto né lavorare e né tantomeno sopravvivere.

Pertanto prima di parlare del sistema qualità deve esserci chiaro il concetto di sistema:” si intende per sistema un insieme di elementi tra loro legati da un rapporto di interdipendenza dinamica ed organizzativa per il raggiungimento di uno scopo.” R. Vaccani . (op. citata). Questo concetto è di fondamentale importanza perché l'approccio sistemico applicato alla realtà quotidiana agevola la visione olistica dei fenomeni e aiuta a cogliere i nessi esistenti tra i vari elementi del sistema e il proprio contesto, per cui dovrebbe

esserci chiaro che gli elementi non possono essere separati e visionati attraverso un'ottica parziale.

Ogni sistema si compone di sei elementi di base:

a) struttura di base : è l'impianto portante dell'organizzazione può identificarsi con il rachide, e sarebbe la parte statica di un sistema. Essa comprende tutti i tipi di risorse :edifici, attrezzature, materiale e personale . Delle risorse umane è fondamentale conoscere la loro entità :qualifica, preparazione, etc...; .Ed ancora comprende l'organizzazione di queste risorse come il sistema organizzativo assistenziale.

b) meccanismi operativi o procedure: sono gli strumenti di esternalizzazione e di orientamento della dinamica del sistema.

c) processi :sono i comportamenti collettivi sia personali che interpersonali che gli operatori mettono in atto nei confronti dello stesso sistema organizzativo .

d) esiti : gli esiti sono le modificazioni delle condizioni ,nel nostro caso, di salute dovute ad interventi assistenziali o sanitari. Gli esiti possono essere sia positivi = prolungamento della vita, miglioramento della qualità della vita nel caso di un paziente oncologico; sia negativi = lesioni da decubito in atto.Esito

fondamentale per noi infermieri è la soddisfazione dei clienti/pazienti di cui discuteremo più avanti. Gli esiti vanno però distinti dai risultati questi ultimi infatti indicano il grado di raggiungimento di un prefissato obiettivo.

e) costi : costo/efficacia = l'entità del risultato ottenuto in rapporto al costo sopportato : per es. la riduzione dei giorni di degenza. Costo/utilità = qualità della vita in rapporto agli anni di vita guadagnati. Costo/ beneficio = .

Questi elementi vanno sotto il nome di assi del miglioramento continuo della qualità (MCQ) .

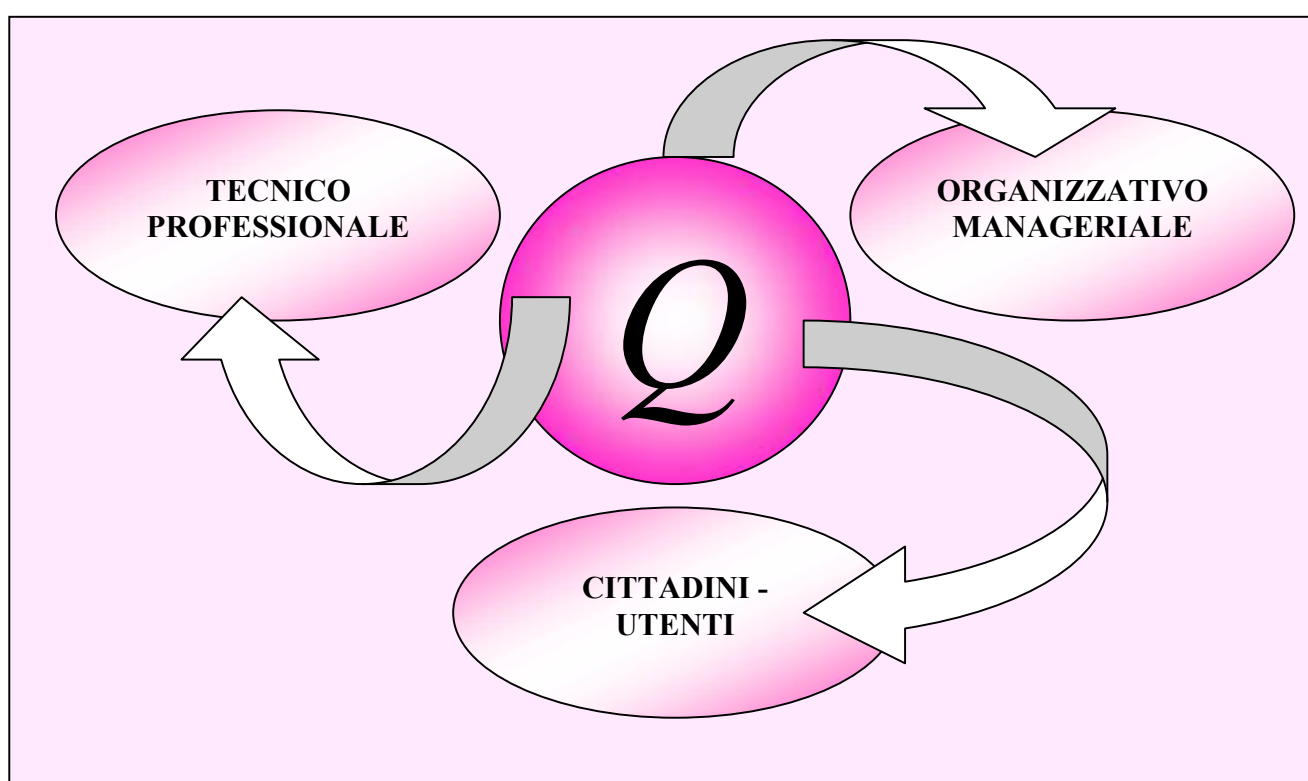
2. SISTEMA QUALITA'

Per sistema qualità si intende “ la struttura organizzativa, le responsabilità, i processi e le procedure messe in atto per garantire la qualità del servizio offerto”

NORME UNI EN ISO 9000

Da quanto sopra possiamo definire il sistema qualità come quel sistema che attraverso il controllo della gestione, del sistema di produzione,delle forniture e dell'erogazione del suo servizio o delle sue prestazioni ha come obiettivo da perseguire la soddisfazione del cliente.Possiamo affermare che il sistema qualità non solo rappresenta un'insieme di fattori e di norme ,ma

anche la convinzione per condurre e gestire l'organizzazione, mirando al miglioramento progressivo e a lungo termine delle proprie prestazioni, concentrando l'attenzione, sì sull'utente, ma allo stesso tempo tenendo conto delle esigenze di tutte le altre parti interessate, ed è in questo contesto che vediamo la multifattorialità della qualità.



L'obiettivo cruciale dei sistemi qualità è quello di realizzare organizzazioni in cui la valorizzazione della professionalità e il costante impegno delle risorse

umane consentono di ottenere una elevata qualità dei servizi assistenziali che può essere tradotta non solo nella soddisfazione del cliente ma anche nell'elevata qualità dell'organizzazione .

Se si vuole impostare un sistema qualità, il modello di riferimento a livello internazionale è dato dalle Norme UNI EN ISO 9000.

3. NORME UNI EN ISO

La normativa ISO (International Standard Organization) è un insieme di norme e di guide applicative. Possiamo affermare che queste norme indicano le linee guida per definire i requisiti fondamentali dei sistemi di qualità aziendali e le modalità di attuazione di questi requisiti.

Le ISO sono norme di applicazione generale che possono essere adattate a tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di mettere in evidenza la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme alla normativa vigente.

I loro requisiti sono progettati e messi a punto per fornire al cliente una garanzia non basata sul controllo dei risultati che si ottengono ma sul rispetto dei processi e delle procedure predefinite, così da poter ridurre drasticamente i

rischi di non conformità dello stesso prodotto. Inoltre, servono a stabilire relazioni coerenti tra fornitore e fruitore e a garantire al committente l'efficacia dei controlli e delle procedure operative utilizzate in tutte le fasi del processo produttivo. Queste norme se applicate correttamente hanno il pregio di ridurre i costi della non qualità e di migliorare il servizio . Alla base dell'impostazione del sistema qualità secondo la normativa ISO vi è l'importanza di mettere per iscritto tutto quello che si fa ai fini della qualità questo per rendere il tutto oggettivabile.

Altro vantaggio importante è quello che le norme ISO possono essere integrate con altri sistemi di qualità come il MCQ (miglioramento continuo di qualità) o il TQM.

Le norme ISO entrate in vigore nell'anno 2000 da noi conosciute come ISO 9000:2000, rendono il modello di sistema qualità molto simile a quello della Total Quality Management ,in cui la scelta prioritaria del sistema è quello di orientare la norma verso l'”approccio per processi”.

4 CERTIFICAZIONE

Per certificazione di un sistema qualità intendiamo un atto formale

attraverso il quale viene riconosciuta ad una organizzazione la conformità ad una specifica norma . Si tratta di un attestato di qualità rilasciato da un ente terzo, cioè un ente privato esterno all'organizzazione, autorizzato sia in sede nazionale che internazionale. La certificazione è richiesta volontariamente dalle aziende sanitarie pubbliche e private nell'intento di offrire una garanzia di qualità ai propri utenti.

La certificazione non va comunque confusa con l'accreditamento.

5 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

E' un processo attraverso il quale un soggetto esterno (agenzia o altro ente), valuta e riconosce che un'organizzazione corrisponde a standard predefiniti (WHO), “ si intende un processo di valutazione e verifica del possesso di una serie di requisiti predeterminati da parte di aziende sanitarie sia esse pubbliche sia private che vogliono esercitare attività sanitarie nell'ambito del SSN “, in questo caso i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, vengono fissati da enti pubblici esterni all'azienda sanitaria che si va ad accreditare questi enti pubblici sono: lo Stato oppure le regioni. Questo tipo di accreditamento viene definito istituzionale ed è obbligatorio. Si

definiscono nel mondo due grandi tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie:

- per pubblica regolamentazione (Spagna ed Italia)

In nome, per conto e a carico del SSN.

- professionale (USA, Canada, Australia)

Il termine accreditamento, o per meglio dire il concetto di accreditamento è stato introdotto per la prima volta nella legislazione italiana con il D.Lgs n. 502/92 . L'articolo 8 comma 7 e successive modifiche recita:

“ entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza, adottano i provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio di accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.”

L'articolo 10 recita: “le regioni...verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione e utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni”. Con la

pubblicazione del DPR 14 gennaio 1997 n.37 che definisce i requisiti minimi strutturali ,tecnologici ed organizzativi ,le strutture di nuova realizzazione devono da subito attenersi ai requisiti specificati, lo stesso vale anche per le strutture che attuano ampliamenti o modifiche. Altre strutture erano tenute ad adeguarsi entro un massimo di cinque anni. Secondo il suddetto DPR e in seguito anche al D.Lgs 229/1999, in Italia l'accreditamento è previsto come attività obbligatoria per le strutture che vogliono erogare prestazioni per conto, in nome e a carico del servizio sanitario nazionale, perché è orientato dallo stato e definito dalle regioni . Anche se questo di sicuro, non implica lo sviluppo di attività o processi integrativi volontari finalizzate ad innalzare il livello degli standard organizzativi e delle attività professionali. Il fine del legislatore, concernente l'introduzione dell'accreditamento, è quello di stimolare le aziende sanitarie , pubbliche e private,al perseguimento della qualità ; questo è fattibile solo se vi è fra esse competizione nell'erogazione del miglior servizio al minor costo.

6 ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

L'accREDITAMENTO all'eccellenza è un tipo di accreditamento volontario che ha poco in comune con l'accREDITAMENTO istituzionale italiano. Questo tipo di accreditamento ha il fine di garantire che la qualità delle prestazioni sanitarie non scenda sotto i livelli minimi ritenuti accettabili ed è orientato ad un continuo processo di miglioramento.

Il modello di accreditamento all'eccellenza nasce negli USA agli inizi del secolo scorso ma si sviluppa nel 1953 quando viene creata una commissione che si occupa esclusivamente dell'accREDITAMENTO delle organizzazioni sanitarie. Questa attualmente si chiama Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) cioè Commissione congiunta per l'accREDITAMENTO delle organizzazioni sanitarie, si tratta di una commissione indipendente . La JCAHO è il modello di autoregolamentazione “dell'industria sanitaria” ed è inteso come la abilitazione ad operare per conto dei sistemi di assistenza pubblica, ed ha la caratteristica di fissare e controllare gli standard e la partecipazione volontaria da parte degli ospedali e stabilire i criteri di accREDITAMENTO di tutte le attività dell' organizzazione ospedaliera : dalle attività prettamente assistenziali, alle attività alberghiere e a quelle

amministrative. Quindi la JCAHO elabora i criteri di qualità e verifica se da parte delle organizzazioni che si occupano di tutela della salute vi è il rispetto di questi criteri che, a loro volta vengono stabiliti annualmente e diffusi attraverso manuali. I controlli sulla qualità vengono fatti ogni tre anni e gli ispettori sono sempre professionisti della sanità: direttori generali , medici, infermieri , tecnici , etc....

L'accreditamento all'eccellenza viene definito anche accreditamento professionale tra pari, non si tratta di un accreditamento istituzionale (vedi tabella 1) perché non è dettato dalle leggi, ed il suo fine è la promozione della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia, che può essere conquistato attraverso il miglioramento dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione delle risorse umane. In Canada il sistema di accreditamento si basa sul modello CCHFA ,questo modello tende ad osservare soprattutto l'integrazione e la continuità del processo di cura espletato sull'utente dall'ingresso in ospedale alla dimissione .In Australia vi è il modello ACHS, che si basa sull'esperienza del paziente/utente all'interno della struttura ospedaliera, anche in questo modello il fine è il raggiungimento di cure di qualità elevata basate sull'efficienza ed efficacia. In Europa il modello

JCAHO si sviluppato in Inghilterra dove è stato applicato dal Clinical Pathology Accreditation (CPA) e si basa sul miglioramento della qualità controllando l'organizzazione ospedaliera, l'amministrazione, il personale, la direzione, gli spazi, le attrezzature, le procedure, la valutazione e l'aggiornamento del personale, alla fine la struttura che richiede di essere accreditata viene visionata da un comitato consultivo ed in caso di giudizio positivo gli viene rilasciato un accreditamento provvisorio. Dopo una ulteriore visita ispettiva per la verifica del raggiungimento degli standard predefiniti gli viene rilasciato un accreditamento di durata annuale. Concludendo si evince che l'accreditamento all'eccellenza, o accreditamento professionale, ha una importante peculiarità: la partecipazione dove, criteri ed indicatori vengono definiti attraverso un processo di confronto e di validazione tra pari cioè promossi principalmente da gruppi professionali e società scientifiche e sono costantemente aggiornati, in quanto prendono come spunto lo stato di eccellenza raggiunto. I vari modelli di accreditamento professionale si differenziano tra loro per la scelta delle dimensioni da tenere sotto controllo, per i sistemi di valutazione e misurazione che adottano, per la definizione di

criteri ed indicatori ma tutti perseguono un'unica finalità il miglioramento continuo dell'assistenza. fig.1)

Differenza tra accreditamento istituzionale

e accreditamento all'eccellenza

tab.1

| | Accreditamento istituzionale | Accreditamento all'eccellenza |
|-------------|---------------------------------|--|
| Obiettivo | Accesso al mercato | Promozione alla Qualità |
| Opzione | Obbligatoria | Volontaria |
| Ricaduta | Economica | Educativa e di Immagine |
| Qualità | Minima | Eccellente |
| Gestione | Istituzionale | AD opera di Professionisti |
| Modalità | Ispezione | Consulenza |
| Contenuti | Istituzionali | Professionali |
| Riferimenti | Normativa vigente | Stato dell'arte ed evidenza scientifica |

Differenza tra ISO 9000 e Total Quality Management tab.2

| ISO | TOTAL QUALITY MANAGEMENT |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Modello per assicurare qualità | Modello di eccellenza aziendale |
| Prassi strutturate | Efficacia della prassi |
| Standard | Strumenti di autovalutazione |
| Certificazione | Trasformazione aziendale e MCQ |

CAPITOLO TERZO

LA TOTAL QUALITY MANAGEMENT

1 TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM)

La qualità totale è un metodo nato in Giappone , dove è considerato l'elemento chiave per il successo di qualsiasi attività produttiva. I cardini di questo metodo prevedono il superamento dei concetti di qualità del servizio, (in ambito assistenziale si intende l' efficacia terapeutica)e di qualità del sistema (certificazione e accreditamento) per giungere al controllo degli aspetti organizzativi(qualità programmata e qualità erogata), dei rapporti con gli utenti (qualità prefissata e qualità percepita),(vedi tabella,2.)

Un contributo alla promozione della qualità totale, in Europa , è dato dalla European Foundation for Quality Management (EFQM).

2 EUROPEAN FOUNDATION for QUALITY MANAGEMENT

L' EFQM ha sede a Bruxelles ed è istituita dalle principali ditte industriali europee. Questa organizzazione è composta da più di 750

membri, cioè aziende, ed ha come obiettivo la diffusione di progetti di qualità ciò viene stimolato attraverso l'assegnazione di premi europei annuali quali: l'EUROPEAN QUALITY PRIZES e l'EUROPEAN QUALITY AWARD.

L'EFQM si interessa fondamentalmente dell'assistenza alle organizzazioni che operano ai fini del miglioramento continuo della qualità e del sostegno ai dirigenti di queste organizzazioni per accelerare la diffusione della Total Quality Management. La qualità secondo l'EFQM a differenza delle ISO 9000, si concentra soprattutto sui risultati conseguiti e non solo in termini di soddisfazione dei clienti/utenti.

I criteri della TQM sono: i Risultati, l'Approccio, il Dispiegamento, l'Accertamento e la Revisione questi vengono indicati con la sigla RADAR.

RISULTATI: l'organizzazione deve indicare con precisione i risultati raggiunti sia in termini di prodotti, sia in termini di esiti, determinando anche i costi e la percezione che questi risultati hanno avuto sugli utenti e sui dipendenti, quindi la soddisfazione di quest'ultimi.

APPROCCIO: indica la pianificazione di tutti gli orientamenti utili e validi per raggiungere gli obiettivi prefissati per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della persona. Oltre all'approccio sistemico utilizzato per

studiare le organizzazioni vi è in campo sanitario l'approccio alla cura e all'assistenza della persona. Questi due approcci metodologici non vanno confusi tra loro anche se comunque interagiscono. L'infermieristica è uno dei campi in cui spesso si sente parlare di approccio sistemico alla persona, con il quale si intende un approccio olistico, multidimensionale e multiprofessionale rivolto all'essere umano nella sua complessità, si tratta di un tipo di approccio diverso da quello meccanicistico che scompone la persona in pezzi separati.
(R. VACCANI)

DISPIEGAMENTO: si tratta della messa in atto della pianificazione in modo sistematico.

ACCERTAMENTO e REVISIONE indicano il monitoraggio, la verifica e l'analisi dei risultati ottenuti per incrementare in maniera prioritaria un atteggiamento di continuo e costante apprendimento.

Ogni azienda dipende dai propri clienti e pertanto deve capire le loro esigenze presenti e future, soddisfare i loro requisiti e mirare a superare le loro stesse aspettative .

Per l'EFQM la valutazione dei progetti di qualità utile ad ottenere l'assegnazione dei premi, viene fatta in base ad un punteggio che va fino ad un

massimo di mille punti così suddivisi: 500 punti per i fattori produttivi e 500 punti per i risultati.

3 I FATTORI PRODUTTIVI della TQM:

3.1 La leadership, ossia il modo in cui i dirigenti promuovono e supportano la TQM, creando un ambiente adatto al pieno coinvolgimento del personale nel perseguimento degli obiettivi prefissati. L'applicazione di questo principio comporta le seguenti azioni:

- operare attivamente e dare il buon esempio
- comprendere e rispondere alle variazioni dell'ambiente esterno
- prendere in considerazione le priorità di tutte le parti interessate
- stabilire valori comuni e modelli di regole etiche a tutti i livelli dell'organizzazione in cui si opera
- fornire al personale le risorse necessarie e la libertà di agire con responsabilità
- stimolare incoraggiare e riconoscere i contributi forniti dal personale
- promuovere comunicazioni aperte e veritiere
- educare addestrare e guidare il personale
- stabilire obiettivi e traguardi stimolanti

3.2 Politiche e strategie che vengono adottate, ossia in che modo vengono organizzate e predisposte le varie strategie aziendali, per meglio dire si intende in che modo si ottiene il perseguimento della massima appropriatezza di tutte le relazioni interne ed esterne alla organizzazione. Volendo sottolineare quanto già detto possiamo affermare che un ottimo servizio assistenziale non può garantire un'ottima qualità delle prestazioni rivolte alla persona se vi è un clima di sfiducia tra il servizio e tutta la schiera dei fornitori esterni (cucina, farmaci e presidi, consulenze, etc.), delle autorità locali e delle associazioni di volontariato.

Tutto questo non significa trascurare gli altri processi e le altre dimensioni interne ai servizi sanitari, dalle procedure ai protocolli al clima aziendale/motivazionale, dai rapporti personali allo stile di leadership che si adotta etc. La qualità va infatti perseguita in ogni suo aspetto sia esso interno, sia esso esterno.

3.3 Gestione delle risorse umane: (adeguatezza, sviluppo, inserimento e formazione, motivazione e coinvolgimento), le persone ,a tutti i livelli costituiscono l'essenza delle organizzazioni ,ed il loro pieno

coinvolgimento permette di mettere le loro abilità al servizio delle organizzazioni stesse.

L'utilizzazione delle risorse umane in modo da trarre da esse il massimo delle energie ai fini della qualità dei servizi e della competitività aziendale è uno dei grandi segreti della qualità totale. Tale tecnica è riassunta in una breve dichiarazione di uno dei più grandi imprenditori giapponesi, K. Matsushita, durante un viaggio in Inghilterra ha affermato: “per voi occidentali l'essenza del management consiste nel tirare fuori le idee dalla testa dei dirigenti per metterle nelle mani degli operatori (infermieri) , per noi giapponesi, invece , l'essenza del management è l'arte di mobilitare le risorse intellettuali di tutto il personale, al servizio dell'azienda. Noi (orientali) sappiamo ormai per certo che l'intelligenza di un gruppo di dirigenti, per quanto brillanti e capaci essi siano, non è più sufficiente per garantire il successo ”. (op. citata)

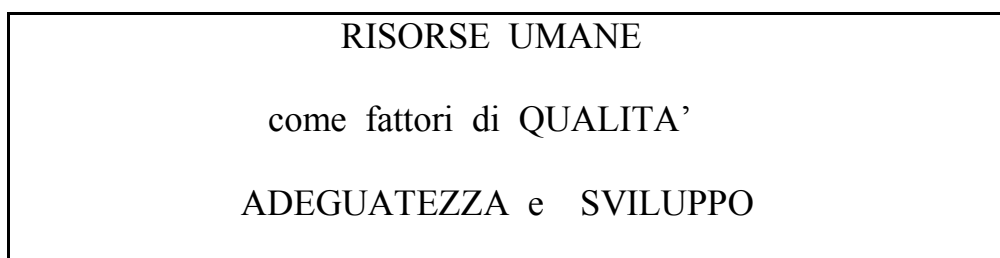
Nel modello tradizionale si riscontra che la gestione del personale avviene “ per controllo” ed il rapporto capo-collaboratore è di tipo top-down. Per ottenere maggior efficacia bisogna superare questo tipo di rapporto , e per questo motivo occorre concentrare l'attenzione verso l'approccio per processi e passare ad un sistema di gestione del personale

basato sulla gestione per formazione. Poiché il modo di agire dei collaboratori è in stretta connessione con la loro professionalità (sapere, saper fare, saper essere), la loro formazione dev'essere a trecentosessanta gradi e comprendere sia gli aspetti tecnici che quelli umani.(vedi tabelle a,b,c,d,) :

tab.a



tab.b



| LE DIMENSIONI DELL'ADEGUATEZZA | | |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| TECNICA | ORGANIZZATIVA | RELAZIONALE |
| | | ...in rapporto |
| | ... che si esprime | con gli altri |
| Abilità | dentro una | professionisti |
| saper fare | organizzazione... | e gli utenti. |
| | sapere | saper essere |

tab.d

| LE DIMENSIONI DELLO SVILUPPO | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| TECNICO | ORGANIZZATIVO | RELAZIONALE |
| Adeguamento | | Miglioramento |
| al rapido | Adeguamento | della relazione |
| progresso | ai cambiamenti | interpersonale |
| delle conoscenze | della | tra professionisti |
| e delle tecnologie | organizzazione | e con il paziente |

Il ruolo del dirigente diviene quello di far maturare nei collaboratori la capacità di farsi promotori di miglioramenti e di gestire in modo autonomo i processi, coltivando la loro motivazione con il riconoscimento degli sforzi. Lo scopo è di metterli in grado di controllare essi stessi la qualità dei processi: il loro ruolo è infatti fondamentale in quanto si trovano in prossimità del luogo di svolgimento dei processi stessi.

Da quanto sopra si evince soprattutto che la garanzia di adeguatezza e sviluppo delle risorse umane è data dall'inserimento e dalla formazione continua del personale, e cioè dalla educazione continua in medicina (E.C.M.).

Le risorse umane , quindi, sono fondamentali per la qualità dei servizi offerti dalle aziende sanitarie. (vedi tabella e,f,g,h,i,l,m) tab. e

| RISORSE UMANE E QUALITA' | |
|---|--|
| FATTORI DI QUALITA' : | ATTORI DELLA QUALITA': |
| “Il personale deve essere assegnato in base a capacità e potenzialità , negli ambiti adeguati . | “ Un' organizzazione non sostenuta dall'impegno delle persone è un'organizzazione senza forza vitale.” |

tab.f

LA GARANZIA DI ADEGUATEZZA E SVILUPPO DELLE
RISORSE UMANE IN UN SISTEMA QUALITA'

E' DATA :

- ★ DALL'INSERIMENTO DEL PERSONALE
- ★ DALLA FORMAZIONE CONTINUA

tab.g

INSERIMENTO DEL PERSONALE

- ☺ Facilitare l'inserimento di nuovo personale o personale assegnato a nuova mansione
- ☺ Garantire la conoscenza delle modalità relative alle attività
- ☺ Garantire l'uso appropriato di strumenti e attrezzature in dotazione
- ☺ Garantire la conoscenza e l'applicazione delle norme di sicurezza sui luoghi di lavoro
- ☺ Garantire la programmazione e registrazione delle attività di inserimento del personale

tab.h

FORMAZIONE DEL PERSONALE

- ☺ Garantire la crescita del personale sotto i profili delle competenze e capacità professionali
- ☺ Individuare le esigenze formative e di addestramento del personale
- ☺ Predisporre una pianificazione della formazione che tenga conto di obiettivi e risorse
- ☺ Predisporre la valutazione dell'efficacia degli interventi formativi
- ☺ Garantire la programmazione e registrazione delle attività di formazione del personale

tab.i

FORMAZIONE CONTINUA

★ Il decreto lgs. 502 del 1992

★ Il decreto lgs. 229 del 1999

Hanno istituzionalizzato in Italia la formazione continua del personale sanitario attraverso l'Educazione Continua in Medicina

(E.C.M.)

Le risorse umane per diventare ed essere sempre più fattori di qualità devono essere motivate e coinvolte.(vedi tabella n)

tab.n

RISORSE UMANE COME FATTORI DI QUALITA'

LA MOTIVAZIONE:

- ☺ Comprensione e chiarezza sul proprio ruolo
- ☺ Comprensione dell'influenza del proprio operato sulla qualità dei risultati
- ☺ Riconoscimento del contributo professionale apportato dagli operatori
- ☺ Promozione della crescita professionale

IL COINVOLGIMENTO:

- ☺ Allineamento degli obiettivi personali con i valori e gli obiettivi dell'organizzazione
- ☺ Clima di lavoro improntato alla collaborazione
- ☺ Facilitazione della comunicazione interna.

Per concludere questo paragrafo possiamo affermare che la qualità o il suo miglioramento ha molto a che fare con le motivazioni delle persone.

3.4 Gestione delle risorse materiali: (attrezzature e approvvigionamenti) cioè il modo in cui l'organizzazione gestisce le risorse finanziarie, i materiali, le dotazioni la consegna del loro prodotto, le informazioni,etc... Tra le risorse materiali sono da segnalare le attrezzature e gli approvvigionamenti. (vedi tab. f e g) tab.f

ATTREZZATURE : devono rispondere ai principi di

⇒ **ADEGUATEZZA** =

Hanno i requisiti tecnici previsti

Sono coerenti con i volumi di attività previsti

Adeguatezza con aspetti logistici

⇒ **DISPONIBILITA' ALL'USO** =

Sono identificabili e rintracciabili

C'è la pianificazione della loro manutenzione ordinaria e

Straordinaria

Il personale è stato addestrato al corretto utilizzo

APPROVIGIONAMENTI

⇒ QUALIFICAZIONE DEI FORNITORI =

Valutare le capacità tecnologiche, organizzative, gestionali,
la correttezza dei rapporti e il mantenimento degli impegni

⇒ PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI =

Chiarezza e trasparenza nei rapporti con i fornitori attraverso
la definizione dei requisiti e delle modalità della fornitura

VERIFICHE DELLE FORNITURE =

Controlli al ricevimento sull'adeguatezza a soddisfare i requisiti
qualitativi

Valutazioni periodiche dell'affidabilità dei fornitori

3.5 Il controllo dei processi cioè il modo in cui l'organizzazione identifica i processi , come li migliora e come li controlla. Si tratta di estendere le metodologie del controllo di qualità, prima riservate solo al prodotto, oggi estese soprattutto a tutti gli aspetti della gestione cioè struttura e processi interni ed esterni. Nelle aziende sanitarie questo non è più compito e

responsabilità dell'apposito ufficio ma di tutti i reparti e, all'interno di questi, di tutto il personale, opportunamente addestrato. Nei servizi infermieristici il controllo sulla qualità dei processi deve essere sempre più considerato una responsabilità condivisa tra la dirigenza e gli operatori.

4 I RISULTATI della TQM:

4.1 La soddisfazione per i clienti:

A partire dalla seconda riforma del sistema sanitario nazionale avutasi dopo l'emanazione del D. Lgs. 502/92 è stata posta particolare enfasi sull'attenzione nei confronti del paziente/utente. I servizi sanitari dipendono dai loro utenti pertanto è fondamentale capire le loro esigenze presenti e future, soddisfare i loro requisiti e mirare a superare le loro stesse aspettative. L'applicazione di questo principio comporta di sicuro le seguenti azioni :

- capire tutto il complesso delle esigenze dell'utente per i prodotti dei servizi a cui si è rivolto, i tempi di attesa, il costo, l'affidabilità;

- assicurare un approccio bilanciato tra le esigenze e le aspettative dei pazienti in interazione con le altre parti interessate (personale amministrativo, sanitario etc.... ;

- comunicazione intesa come informazione agli utenti, attraverso un linguaggio comprensibile, capacità di ascolto da parte degli operatori;

- comunicare queste aspettative a tutto il sistema organizzativo;

- misurare la soddisfazione del cliente ed agire di conseguenza;

- gestire i rapporti con l'utente;

Fondamentale indicatore per la rilevazione della qualità secondo gli utenti è il momento dell'accoglienza, essa assume un valore determinante sia per l'importanza in sé, sia per la complessità del rapporto relazionale ed empatico che l'infermiere (o altri operatori) instaura con la persona.

La percezione dell'utente nel momento dell'ingresso in ospedale non può essere ricondotta ad una mera procedura burocratico - amministrativa che cerca di surrogare un momento così determinante con termini quali ricovero, ammissione e accettazione, infatti, ogni persona, con problemi e caratteristiche diverse, dev'essere accolto nell'organizzazione sanitaria modulando gli interventi a seconda dei propri bisogni, siano essi espliciti o impliciti.

La qualità del rapporto che si viene a creare con l'utente al momento della sua accoglienza ha, per l'infermiere, un'importanza notevole sia dal punto di vista assistenziale che da quello prettamente professionale.

Comunque ottenere il gradimento degli utenti è un'impresa, A. Galgano definisce quest'ultimi come “mostri affamati” di nuovi prodotti , “spietati” perché qualora insoddisfatti si rivolgono ad altri, “ esigenti” perché richiedono il meglio, “timidi” perché se non lo ottengono non lo segnalano ma si rivolgono a fornitori più qualificati, “vendicativi” perché se subiscono o ritengono di aver subito un torto si lamentano con tutti, ed “egocentrici”.

Nonostante quanto appena descritto degli utenti, il loro gradimento, nei confronti delle aziende sanitarie, è una strategia che insieme ad altre concorre alla realizzazione della qualità totale.

4.2 la soddisfazione per il personale infermieristico

In un passato molto recente la soddisfazione dell'erogatore delle prestazioni non era previsto , oggi, al contrario, tutti i tipi di sistemi qualità ne tengono fortemente conto, quindi il grado di soddisfazione degli infermieri è anch'esso strettamente collegato al concetto di qualità. Un' atmosfera generale

di benessere porterà di sicuro tutti gli infermieri a svolgere la propria professione nel miglior modo possibile ,la soddisfazione di quest'ultimi sarà lo specchio di un'ottima struttura o reparto al cui interno essi potranno manifestare la loro professionalità verso gli utenti ed avere buoni rapporti con i colleghi .

La soddisfazione degli infermieri è quindi un criterio di giudizio sulla qualità di alcune funzioni ed aspetti dell'organizzazione ospedaliera, infatti la struttura ospedaliera, considerata nella sua complessità, per poter crescere e sopravvivere, deve tenere in debito conto anche gli interessi degli infermieri.(DONABEDIAN op. citata).E' necessario adeguatamente valutare la discrepanza tra la qualità dell'assistenza infermieristica che teoricamente sarebbe possibile erogare e la qualità che in pratica viene erogata .Questa discrepanza è dovuta, nella maggior parte dei casi ad una incompleta applicazione di tutte le condizioni che portano ad un risultato ottimale.

La valutazione della qualità diventa così uno strumento per migliorare la propria professionalità perché solo il professionista che misura e confronta i risultati della propria pratica con quelli attesi è in grado di riscontrare eventuali differenze identificandone le cause e ponendo la misura di

miglioramento (Bonoldi A. , Grugnetti A.M., Il miglioramento continuo della qualità assistenziale, “NURSING OGGI”, n.1, 1996.).

Quindi procedere ad una valutazione dell’assistenza infermieristica vuol dire:

- 1 Descrivere l’attività infermieristica (qualità teorica)
- 2 Descrivere l’attività infermieristica così come viene svolta nella realtà
- 3 Misurare l’attività infermieristica attraverso norme e criteri
- 4 Individuare le criticità e i punti di debolezza dell’assistenza
- 5 Stabilire un piano di azioni correttive per gli elementi che non corrispondono alle norme o ai criteri per raggiungere un miglioramento della qualità delle prestazioni.

4.3 valutare la qualità dell’assistenza infermieristica

Per migliorare la qualità è necessario definire quali sono i componenti della qualità che si vogliono utilizzare:

- A) gli indicatori in grado di oggettivare il fenomeno preso in esame
- B) gli standard
- C) i criteri di valutazione

Rispetto a tali indicatori e standard vanno poi definiti gli obiettivi e verificato il grado di raggiungimento di quest'ultimi.

L' INDICATORE è una variabile che ci consente di descrivere un fenomeno complesso.

Il concetto di indicatore è legato a quello di controllo e quindi di elemento che deve permettere di rilevare e misurare i processi assistenziali nel loro insieme sia di azioni che di risultati, al fine di promuovere iniziative di valutazione e cambiamento.

L'indicatore deve essere scelto dopo un'accurata analisi di tutti gli indicatori utilizzati in esperienze simili, inoltre è importante utilizzare indicatori che possono essere resi disponibili tempestivamente. (Focarile F.)

Il contributo degli infermieri è fondamentale per raggiungere la qualità dell'assistenza sanitaria poiché sono gli unici professionisti vicino al paziente durante tutta la giornata, ed è per questo che è anche loro compito individuare gli indicatori che consentono di valutare quanto e come il proprio lavoro risponde ai bisogni dei pazienti. Un indicatore sanitario di fondamentale importanza è l'accoglienza del paziente all'interno della struttura ospedaliera che abbiamo descritto sopra. L'accoglienza, infatti, può essere un indicatore di

organizzazione della struttura, di attività degli infermieri e di presa in carico complessiva del paziente (valutando per esempio l'efficienza dell'equipe nell'applicazione delle procedure stabilite). Può, in ultima analisi essere anche un indicatore di esito, misurando le conseguenze del processo di accoglienza sul paziente.

Tra gli indicatori vi sono alcuni più sensibili come quelli che misurano “l'incidente critico” e “l'evento sentinella”.

L'incidente critico è un evento non grave per la salute del paziente che si è verificato ma che sarebbe potuto essere evitato.

L'evento sentinella è un evento grave in quanto il verificarsi di un solo caso indica un problema assistenziale reale (la morte della puerpera durante il parto); ogni evento sentinella va sempre studiato, isolato e vanno ricercate le cause del suo verificarsi per poter prendere gli opportuni provvedimenti.(vedi tabella h)

| CARATTERISTICHE DI UN INDICATORE | |
|----------------------------------|--|
| Misurabile | (rilevabile in modo riproducibile) |
| Importante | (pertinente ad un problema con notevoli conseguenze sul paziente) |
| Semplice | (chiaro) |
| Utilizzabile | (utilizzato) |
| Risolvibile | (relativo ad un problema su cui si può intervenire con le risorse Disponibili) |
| Accettabile | (da chi deve rilevarlo e misurarlo) |

LO STANDARD ha molti significati ma, attualmente viene usato per indicare l'insieme di criterio soglia. Lo standard può essere definito come la frequenza auspicabile ideale che deve essere raggiunta da una variabile. Spesso il termine standard può essere anche chiamato o definito requisito. Un

esempio di standard applicato alla nostra professione può essere la presa in considerazione di un'infusione di farmaci attraverso catetere venoso centrale (CVC) . In questa manovra l'indicatore è l'asepsi, lo standard è l'asepsi garantita almeno al 90 % ; ciò dovrebbe essere fattibile grazie alla professionalità dell'infermiere che avrà accuratamente preparato il materiale rispettando i criteri di sterilità della manovra.

IL CRITERIO è “la variabile rilevabile in modo riproducibile ed accurato che permette di giudicare la qualità di una prestazione o di un trattamento”(MOROSINI)

Questa definizione si riferisce ai criteri espliciti. I criteri impliciti sono quelli utilizzati per indicare i riferimenti culturali e l'esperienza personale che gli esperti usano nel valutare la qualità. Quest'ultimi vengono utilizzati sempre meno perché per la maggior parte delle volte gli esperti sono in totale disaccordo sui criteri effettivi da utilizzare nella pratica.

Molti autori affermano che il criterio deve possedere caratteristiche specifiche riassumibili con l'acronimo CROMO, ossia il criterio deve essere:

C = comprensibile.

R = ragionevole, condiviso.

O = osservabile

M = misurabile (la variabile attraverso cui è espresso deve essere misurabile)

O = ottenibile.

Un esempio per comprendere quanto sopra descritto può essere l'argomento riguardante la prevenzione delle infezioni da cateterismo vescicale: gli indicatori sono le procedure messe in atto per prevenire le infezioni e le percentuali di infezioni avute in seguito a queste procedure; lo standard ottimale che ci aspetteremo di riscontrare è quello di mantenere al 2% la percentuale di infezioni alle vie urinarie dovute al cateterismo; i criteri consistono:

1 visione dei protocolli per la prevenzione dell'evento

2 utilizzo di procedure idonee

3 individuazione dei soggetti a rischio

4 informazione ai pazienti del rischio.

4.4 altri risultati della TQM

L'impatto sulla società , come l'organizzazione è riuscita a migliorare la qualità della vita di una determinata comunità.

Gestione dei processi clinici e gestione dei processi manageriali.

Esiti di salute.

5 GLI STRUMENTI DELLA TQM:

IL PROBLEM SOLVING E IL PDCA

Da quanto sopra, si evince che, per ottenere la qualità totale non dovremo giudicare la stessa qualità solo dal risultato ottenuto, ma da come svolgiamo le attività che lo producono. E' un concetto molto importante che fa comprendere soprattutto in sanità, quanto il risultato finale può anche non essere particolarmente positivo (se pensiamo ai malati oncologici , o a chi è affetto da sindrome da disfunzione multipla degli organi),ma quello che conta è fare bene ciò che abbiamo deciso di fare, per questo ci avvaliamo del problem solving.

Il problem solving è un metodo strutturato di soluzione dei problemi che prevede le seguenti tappe:

1. Individuazione del problema
2. Analisi del problema
3. Ricerca delle cause
4. Proposte di soluzione
5. Piano di miglioramento
6. Verifica dei risultati
7. Standardizzazione della soluzione.

Prima di tutto dobbiamo definire cosa si intende con la parola problema: un problema è una situazione che lascia insoddisfatti, una situazione della quale si vuole sapere e capire di più per migliorarne le condizioni.

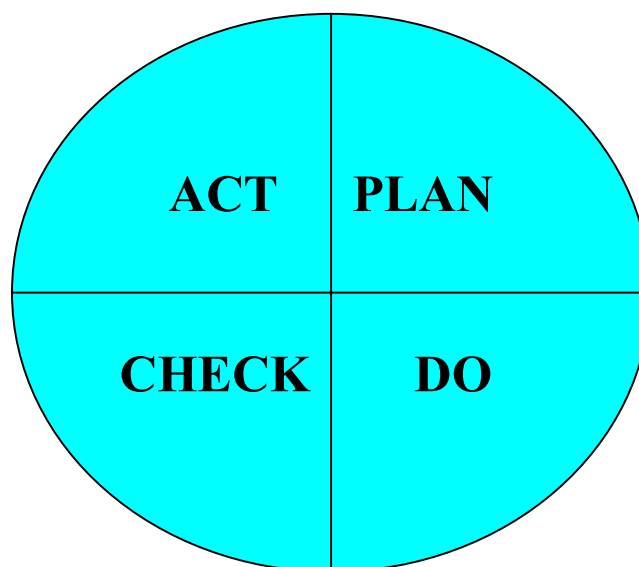
In termini più rigorosi un problema è uno scostamento tra standard definiti e risultati ottenuti. La maggior parte dei problemi si presenta sotto forma complessa ed i problemi complessi devono essere analizzati in tutte le loro articolazioni.

Le domande chi, cosa, come, quale, quanti, quando, dove, come, sono utili a definire il problema con maggiore chiarezza e precisione e a

distinguerne le componenti specifiche, poiché un problema scomposto permette di iniziare il processo di individuazione delle cause specifiche e della loro soluzione.

Quindi, possiamo affermare che solo dopo aver identificato correttamente il problema si può passare a sviluppare gli altri passi.

Il processo di problem solving può essere riassunto nel ciclo di PDCA o ciclo di Deming che si basa su dati e fatti concreti e non su sensazioni, si tratta di una metodologia di validità universale, che consente di affrontare in maniera rigorosa e sistematica qualsiasi attività. Il modello PDCA è rappresentato da quattro fasi : Plan - Do - Check - Act.



Questo modello si pone come obiettivo il governo per processi dell'attività infermieristica, in modo da passare dalla "fase sperimentale" ad un ordinario "modus operandi".

La fase del Plan è la fase di pianificazione di un cambiamento o di un miglioramento, quindi pianificare prima di iniziare. In questa fase si costituisce il gruppo di lavoro, si individua e comprende il problema reale specifico (cosa, quale, quanti) attraverso l'osservazione, e si raccolgono i dati sulla situazione attuale focalizzando le componenti più importanti (dove), chiarendo le responsabilità (chi), le modalità (come) ed i tempi (quando) per conoscerlo meglio ed analizzarlo. Una volta fatto questo, è necessario identificare tutte le possibili cause determinanti il problema, selezionare e classificare le cause più probabili e determinare e valutare le cause reali prioritarie che lo determinano al fine di definire gli obiettivi tenendo in considerazione vincoli e risorse. La ricerca delle cause "fotografa" la situazione del processo attraverso la "mappa dei disturbi" che influenzano il problema in esame. Tutti i processi, indipendentemente dalla loro complessità sono costituiti da i seguenti fattori: - metodi - persone - attrezzature - input, (cioè tutti gli elementi materiali e non che si collocano a monte del processo)

che possono disturbare l'iter del processo stesso. Le soluzioni o ipotesi che vengono individuate tenendo presenti gli spazi di miglioramento sono il risultato della tecnica del "brainstorming".

L'analisi di fattibilità delle ipotesi viene condotta attribuendo a ciascuna di esse, che si identifica con una probabile soluzione, un punteggio espresso in termini di efficacia e fattibilità. L'ipotesi con il punteggio più alto è quella che viene privilegiata.

La fase del Do consta nel fare ciò che si è deciso di fare nella fase precedente quindi implementare le ipotesi, è possibile fare proposte di soluzione attraverso la stesura di un piano di attuazione per raggiungere gli obiettivi prefissati. In questa fase fondamentale è importante è l'addestramento del personale e la registrazione del lavoro svolto.

La fase del Check consta nel verificare i risultati ottenuti confrontandoli con ciò che si era stabilito, in questa fase quindi si stabiliscono i criteri ed i parametri da verificare si raccolgono nuovi dati e si verifica.

La fase dell' Act è la fase di azione (adozione o abbandono del cambiamento o miglioramento pianificato) che segue la verifica di quanto ottenuto, ci possiamo trovare innanzi a due situazioni nella prima situazione il

problema è stato risolto e gli obiettivi sono stati raggiunti: se così è le misure di modifica che hanno risolto il problema vanno standardizzate cioè vanno definiti standard, procedure e compiti che entrano a far parte dell'organizzazione ,queste vengono formalizzate in un documento scritto e vengono diffuse. Se l'obiettivo non è stato raggiunto è fondamentale ricercare le cause dell'insuccesso, analizzarle, confermare le nuove cause prioritarie e determinare nuovi obiettivi, quindi identificare i problemi residui ed aprire un nuovo ciclo di PDCA.

6 LA DOCUMENTAZIONE DELLA QUALITA':

DOCUMENTAZIONE CLINICA

- LIBRI
- LETTERATURA] CONOSCENZA CLINICA
- LINEE GUIDA
- CARTELLE
- PROCEDURE/PROTOCOLLI] PRATICA CLINICA
- REFERTI

DOCUMENTAZIONE ORGANIZZATIVA

DOCUMENTAZIONE DELLA QUALITA'

Scrivi sempre quello che fai.....

PROCEDURE

ISTRUZIONI OPERATIVE

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

DOCUMENTI DI PIANIFICAZIONE

Il controllo della documentazione è importante per erogare qualità

I DOCUMENTI DEVONO ESSERE:

- Approvati da personale autorizzato
- Emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria
- Compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli
- Facilmente rintracciabili
- Se necessario riesaminati e aggiornati
- Ritirati o distrutti quando diventano superati

7 LA COMUNICAZIONE IN QUALITA' E LA CARTA DEI SERVIZI

La comunicazione in ambito sanitario è di due tipi : verso l'interno e verso l'esterno:



LA COMUNICAZIONE VERSO L'ESTERNO

- ★ CHI SIAMO (mission,obiettivi, staff...)
- ★ SERVIZI ASSICURATI
- ★ A CHI CI RIVOLGIAMO (target)
- ★ MODALITA' DI ACCESSO (dove, come, quando)
- ★ STANDARD ED IMPEGNI ASSICURATI
- ★ MODALITA' DI ASCOLTO DEI CITTADINI
(reclami/suggerimenti)
- ★ MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI
SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

LA CARTA DEI SERVIZI per COMUNICARE CON L'ESTERNO è un “patto” con i cittadini attraverso il quale le ASL o le AZIENDE OSPEDALIERE o i DIPARTIMENTI si impegnano a raggiungere alcuni standard di qualità come i tempi massimi di attesa per il ricovero, i tempi di prenotazione delle visite ambulatoriali, etc..., e riconosce al cittadino/utente la possibilità di verificare e di far valere il rispetto effettivo degli impegni assunti direttamente o tramite associazioni di tutela.

La sanità è stato il primo settore pubblico che si è confrontato sull'applicazione concreta di questo strumento di trasparenza e di controllo da parte dei cittadini. Il processo di elaborazione della carta dei servizi fu avviato nel 1993 dal ministro per la funzione pubblica Cassese e si è concluso con l'emanazione della “ Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri sui principi per l'erogazione dei servizi pubblici ” del 27 gennaio 1994, che ha fissato il principio generale secondo il quale ogni struttura pubblica che eroga servizi all'utenza deve realizzare la propria Carta.

Con il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio del 1995, il settore della Sanità è stato individuato come primo settore di applicazione del sistema generale della carta dei servizi.

I modelli di Carta dei servizi devono contenere i seguenti principi fondamentali:

Eguaglianza :

- ★ L'erogazione del servizio pubblico deve essere ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti
- ★ L' eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione.

Imparzialità :

- ★ i soggetti erogatori dei servizi pubblici devono agire in modo obiettivo ed imparziale. Gli utenti tutti dispongono dei medesimi diritti.

Continuità :

- ★ L'erogazione dei servizi pubblici deve essere continua, regolare e senza interruzioni
- ★ L'erogazione delle prestazioni indispensabili per assicurare il godimento dei diritti costituzionali fondamentali deve essere sempre garantita.

Diritto di scelta:

- ★ L'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio
- ★ Il diritto di scelta riguarda soprattutto i servizi distribuiti sul territorio.

Partecipazione e trasparenza:

- ★ La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita. L'utente ha diritto alle informazioni in possesso dell'amministrazione attraverso l'accesso ai documenti che lo riguardano.

Efficienza ed efficacia:

- ★ Il servizio pubblico deve garantire efficienza ed efficacia

- ★ Il soggetto erogante deve adottare le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi .

CAPITOLO QUARTO

IL SISTEMA QUALITA' RAFFIGURATO ATTRAVERSO I PROCESSI FONDAMENTALI IN UN DIPARTIMENTO

1 IL DIPARTIMENTO E LE SUE FUNZIONI

Dal processo di aziendalizzazione della sanità avvenuto in seguito ai D.lgs 502/92, D.lgs 517/93 e della legge delega 421/92, si è sviluppata una fondamentale esigenza, la costituzione dei Dipartimenti come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

“Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi fra loro interdipendenti, pur mantenendo la loro autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.” ASSR 1996

Secondo il Guzzanti il dipartimento è “una federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico - assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici”.

Le finalità dell'organizzazione dipartimentale sono:

1) fornire una risposta integrata alla domanda di salute, che ha sempre più bisogno di interventi pluridisciplinari, quindi superamento della organizzazione assistenziale sanitari in specialità (aumentare l'efficacia attraverso una visione olistica)

2) risparmiare nell'utilizzo delle risorse sempre più scarse, pur garantendo prestazioni di alta qualità (aumentare l'efficienza).

Praticamente se si uniscono unità operative simili e con gli stessi obiettivi risulta più semplice risolvere i problemi di integrazione e fornire un servizio unitario e omogeneo che vede coinvolti nella sua erogazione una moltitudine di attori che mirano ad un unico obiettivo, quello di soddisfare determinati bisogni di natura assistenziale.

Le funzioni del dipartimento sono:

- Assistenza
- Formazione e aggiornamento
- Ricerca
- Informazione ed educazione sanitaria.

L'assistenza al paziente racchiude tutto l'insieme di attività che mirano alla soluzione di un problema di salute. Compito assistenziale prioritario del dipartimento risulta così essere il dare una risposta globale alle domande dei cittadini/utenti. Pertanto in questa unica funzione rientrano una serie di attività assistenziali come: prevenzione, preospedalizzazione, attività ambulatoriale, day hospital, day surgery, ricovero ospedaliero ordinario, organizzazione dei trasferimenti interni, riabilitazione, dimissione ed assistenza domiciliare integrata. Alle attività prettamente assistenziali sopra elencate il dipartimento connette altre attività quali:

- utilizzazione ottimale di spazi attrezzature e personale;
- coordinamento con le attività extraospedaliere con i medici di base e i distretti;

- studio, promozione e verifica delle linee guida al fine di garantire maggiore omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e all'utilizzo di apparecchiature ;
- promuovere l'umanizzazione dell'assistenza;
- promuovere l'applicazione del collegamento informatico all'interno dei dipartimenti
- organizzazione della didattica
- gestione del budget del dipartimento
- organizzazione delle attività libero-professionali
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita.

La formazione e l'aggiornamento se verrà confermata la tendenza alla messa in comune del personale infermieristico nel dipartimento, con la conseguente mobilità interdipartimentale, questo personale dovrà apprendere metodiche e procedure in uso in tutte le sue unità operative. Quindi di fondamentale importanza per l'organizzazione dipartimentale è la formazione e l'aggiornamento del personale .

La logica dipartimentale pone le figure infermieristiche di fronte a molti ostacoli, rischi ed anche opportunità. Gli ostacoli potrebbero provenire da

schemi organizzativi obsoleti, carenza di personale, sovrapposizione di compiti fra operatori, programmi lavorativi tramandati a voce per consuetudine e quindi non scritti, scarsa abitudine al lavoro di gruppo, scarsa propensione all'innovazione e al cambiamento, elevato turnover del personale infermieristico. Le eventuali opportunità come abbiamo già visto prima sono : il superamento dell'assistenza specialistica (tutti noi infermieri sappiamo che sono rare le persone che hanno un solo problema di salute, poiché un solo paziente ha numerosi bisogni e problemi, più o meno collegati fra loro) per cui l'approccio olistico risulterà essere di prioritaria importanza nei rapporti con il paziente. Il superamento di questo tipo di assistenza dovrà portare anche ad un accorciamento dei tempi di degenza grazie a una maggiore integrazione fra il personale e le strutture delle varie unità operative. Questa è di per sé un'importante opportunità di miglioramento e crescita professionale per gli infermieri, ma allo stesso tempo comporta dei rischi a causa degli ostacoli di cui abbiamo delineato prima. Altra opportunità è dall'aumento dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa data dal nuovo organigramma organizzativo infermieristico che porta all'introduzione di un nuovo livello intermedio di direzione cioè il responsabile infermieristico di dipartimento (RID), che fa da

filtro fra i problemi delle unità operative e quelli del livello aziendale di governo.

(Dirigenza infermieristica - RID - unità operative del proprio dipartimento).

| |
|---|
| UN' ORGANIZZAZIONE ORIENTATA AL CAMBIAMENTO E ALLA QUALITA' E' UN SISTEMA DI PROCESSI |
|---|

2 APPROCCIO PER PROCESSI : DEFINIAMO I PROCESSI

Ogni dipartimento è composto da tante unità organizzative molto diverse tra loro. Esiste però un'essenza comune che è il processo, ossia una serie di attività o fasi che portano alla trasformazione di un messaggio o entità di entrata in uno/a di uscita e che possiede un valore aggiunto rispetto al messaggio iniziale. Il processo è l'oggetto prioritario della gestione aziendale.

L'approccio per processi, di cui negli ultimi anni sentiamo tanto parlare, non è altro che il concetto base per un sistema di gestione della qualità.

Il processo ha origine, nella sua globalità, da un insieme di persone e metodologie, in cui le attrezzature sono solo uno strumento al servizio delle stesse persone, da qui possiamo dedurre che il processo non è un qualcosa di

tecnico fatto solo di procedure, attrezzature e attività lavorative ma è qualcosa di vivo in quanto è gestito da esseri umani. Molte sono le definizioni di processo definite dalla letteratura ne elenchiamo alcune che meglio lo identificano:

- Un processo è un insieme di attività che trasformano input in output che hanno valore per i clienti sia essi interni che esterni alle aziende sanitarie.
- Un processo è una sequenza di attività correlate e finalizzate ad uno specifico risultato finale, le attività sono ripetitive, con valore aggiunto, con apporto di risorse umane ed eventualmente anche informatiche.
- Un output di processo presenta maggior valore se esso dimostra maggiore qualità e migliore capacità di servizio (questo può essere valutato dal cliente) e se avviene con minori tempi e costi
- Un processo viene in genere individuato attraverso un diagramma di flusso, che individua il suo percorso e le sue attività.

I processi in generale possono essere:

PROCESSI PRIMARI = sono quelli a maggiore impatto sul business dell'azienda, sono caratteristici del settore in cui l'azienda opera e creano valore per il cliente. Un processo primario fondamentale delle aziende sanitarie è

quello diagnostico – terapeutico - assistenziale. Esso è diverso da dipartimento a dipartimento sia ospedaliero che extra, infatti il processo assistenziale di un dipartimento chirurgico è diverso da quello di un dipartimento nefrologico o di un dipartimento di prevenzione. Il processo diagnostico – terapeutico - assistenziale comunque comprende tutte le attività clinico - assistenziali svolte congiuntamente da medici, infermieri e altri professionisti esperti dall'ingresso del paziente fino alla sua dimissione ed è un processo che richiede lo sviluppo ed il mantenimento di competenze elevate, capaci di generare un vantaggio competitivo. Una attenta analisi ci porta ad individuare nel suo interno anche dei sottoprocessi come la gestione di un day hospital.

Nel nostro campo il processo di nursing avente per oggetto le prestazioni dell'infermiere dalla progettazione alla valutazione fa parte dei processi primari.

PROCESSI DI SUPPORTO = sono tutti quelli che si devono svolgere per garantire l'operatività, l'efficienza e l'efficacia dei processi primari e per poter gestire l'azienda o il dipartimento aziendale. A loro volta i processi di supporto possono essere suddivisi : in processi di supporto sanitari, come per esempio la gestione delle analisi di laboratorio (dalla presentazione della richiesta del medico di base fino alla consegna del referto del medico di

laboratorio); in processi di supporto tecnici e amministrativi, come la gestione della biancheria sporca fino alla consegna della biancheria pulita all'unità operativa che la deve utilizzare, oppure la gestione dei presidi medico chirurgici cioè dal loro acquisto alla loro consegna alle unità operative; in processi di supporto gestionali quali per esempio la gestione economica-finanziaria e la gestione del personale infermieristico.

PROCESSI DI BUSINESS = sono quelli che hanno maggiore impatto sul risultato operativo e strategico dell'azienda

PROCESSI CRITICI = quelli che sono svolti con qualità insoddisfacente

PROCESSI PRIORITARI = sono processi critici ad alto impatto sul risultato di business .

I processi in ambito sanitario assistenziale dipartimentale possono essere ancora classificati in base a:

UNITA' ORGANIZZATIVE COINVOLTE

TIPOLOGIA DEGLI OUTPUT

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTE

IMPATTO SUI RISULTATI AZIENDALI

UNITA' ORGANIZZATIVE COINVOLTE: In quest'ambito si distinguono tre categorie di processi

1. Processi interorganizzativi, sono quelli che avvengono tra due organizzazioni aziendali, un esempio è il processo di continuità assistenziale tra un'azienda ospedaliera ed una residenza sanitaria assistenziale (RSA)
2. Processi interfunzionali, sono quelli in cui vi partecipano più funzioni della stessa azienda sanitaria, un esempio è il processo di presa in carica di un paziente che dev'essere trasferito da una Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) ad una degenza di post acuti ordinaria.
3. Processi interpersonali, sono quelli che coinvolgono piccoli gruppi di persone all'interno di unità organizzative (infermieri consulenti nella gestione delle lesioni da decubito).

TIPOLOGIA DEGLI OUTPUT : l'incremento delle prestazioni di un Day Surgery è un tipo di output importante.

TIPOLOGIA DELLE ATTIVITA' SVOLTE in quest'ambito si distinguono:

1. Processi di tipo operativo come il processo di acquisizione ed evasione degli ordini o il processo di Nursing.

2. Processi di tipo manageriale come i processi che coinvolgono gli infermieri coordinatori o i RID e cioè la predisposizione del budget di una unità operativa o di un dipartimento.

3 ELEMENTI DI UN PROCESSO

Sei sono gli elementi fondamentali che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un processo :

1. L' output
 2. Le attività
 3. Gli input
 4. Le risorse
 5. Le interdipendenze fra le attività
 6. I metodi di gestione
1. L'OUTPUT viene definito partendo dalle esigenze implicite ed esplicite dei clienti, sia esso esterno come l'utente/paziente che è il cliente vero e proprio, sia interno come le risorse umane.

L'identificazione dell'output richiede anche la definizione delle prestazioni ad esso associate, in termini sia di costi che di caratteristiche quantitative, di tempi di attesa e di sviluppo del processo. Un tipo di output importante è rappresentato dall'incremento del numero di prestazioni effettuate da un poliambulatorio.

2. LE ATTIVITA' o fasi del processo sono tutte le decisioni che interagendo fra loro permettono la realizzazione dell'output.

3. L'INPUT è costituito da fattori fisici ed informativi acquistati all'esterno oppure da altri processi aziendali interni ed è utile affinché si abbia l'avvio del processo stesso.

4. LE RISORSE intendiamo l'insieme di capacità umane e tecnologiche necessarie per svolgere le attività e prendere decisioni in modo efficiente. Identificare le risorse comporta di per sé la definizione dei ruoli e del potere decisionale dei diversi attori (chi fa cosa? Chi decide?).

5. LE INTERDIPENDENZE sono i legami logici che esistono tra le fasi di un processo ed eventuali altri processi. Vi sono interdipendenze di tipo Sequenziali : quando una fase del processo produce un output intermedio che

a sua volta è un input fondamentale e necessario ad un'altra fase a valle del processo stesso.

Reciproche: questo quando due fasi producono output che costituiscono entrambi input necessari alle fasi successive.

Generiche: sono le interdipendenze che si ottengono quando due fasi pur se in teoria non interagiscono, di fatto interagiscono perché condividono le stesse risorse.

6. DEI METODI DI GESTIONE dissertiamo nel paragrafo successivo.

4 I METODI DELLA GESTIONE PER PROCESSI

Due sono i metodi fondamentali della gestione per processi:

1 La gestione per politiche

2 La gestione del giorno per giorno

La gestione per politiche è l'evoluzione dei già esistenti sistemi di management per obiettivi (MbO) . La gestione per politiche si fonda sull'individuazione di un numero limitato di obiettivi prioritari e sul presidio della loro gestione operativa . Il management per obiettivi si basava

nell'assegnare obiettivi ai manager ,per poi valutare le prestazioni e assegnare eventuali riconoscimenti. La gestione per politiche nasce dalla necessità di associare l'approccio giapponese del miglioramento continuo che si ottiene in seguito ad un forte coinvolgimento del personale, con la direzione per obiettivi tipica della cultura occidentale, nella quale invece non vi è mai stato un coinvolgimento di tutto il personale aziendale.

Le caratteristiche fondamentali della gestione per politiche sono :

- Collegamento diretto al piano strategico
- Focalizzazione su pochi ma prioritari obiettivi
- Individualizzazione degli obiettivi e modalità del loro raggiungimento in questo caso “ il come raggiungerli è più importante del quando raggiungerli”
- Continua e sistematica gestione del processo che porta al raggiungimento degli obiettivi
- Applicazione del metodo PDCA in maniera rigorosa

Nella gestione per politiche si distinguono due fondamentali livelli di attuazione:

primo livello: LA POLITICA A LUNGO TERMINE : si intende la definizione di linee di indirizzo generali comprendenti:

la MISSION ossia il motivo per cui una organizzazione esiste, è legittimata cioè ciò che l'organizzazione sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni dei propri utenti, la mission per essere valida deve rispondere a quesiti fondamentali quali il perché esistiamo, il per chi lavoriamo ed il come lavoriamo; per esempio la mission di un dipartimento di area critica è l'assicurare la costante copertura delle necessità critiche (perché esistiamo) di tutte le unità operative degli altri dipartimenti ,anche distrettuali, (per chi lavoriamo) distribuendo le risorse e le attività (come) al fine prioritario di garantire la base operativa indispensabile in tutte le sedi provinciali.

La VISION è data dagli orizzonti sfidanti che una organizzazione si propone esplicitamente di raggiungere. Deriva dalla cultura e dai valori e traduce in scelte fattibili la mission. La vision si costruisce attraverso quesiti quali: dove vogliamo arrivare e come ci vogliamo arrivare; per esempio la vision di un dipartimento di area critica è data dalla progressiva maturazione funzionale e gestionale (dove vogliamo arrivare) del dipartimento stesso , nella vision ci si

chiede anche se le acquisizioni tecnologiche, professionali ed organizzative (come) sono finalizzate ad assicurare la completa garanzia delle funzioni di elevata complessità previste dall'organizzazione dipartimentale.

GLI OBIETTIVI del dipartimento o dell'azienda .

Mission, vision e obiettivi devono essere condivisi con il personale. Questa politica riguarda l'esplicitazione di un insieme di valori e di principi per orientare i piani strategici, i business plan e tutte le attività dell'azienda. Per questo nella programmazione della politica a lungo termine di un'azienda sanitaria i contenuti devono basarsi su principi strategici : Orientamento alla qualità totale

Orientamento al cliente,

Orientamento a rapporti di reciproco beneficio con i fornitori/clienti interni, (per esempio fra servizio infermieristico “fornitore” ed “infermieri” clienti interni)

Coinvolgimento totale del personale

Ricerca e miglioramento

Principi culturali ed organizzativi.

Secondo livello : LA POLITICA ANNUALE

È l'insieme articolato di obiettivi (il che cosa) e di linee guida/azioni (il come) che orientano i processi gestionali e le attività di miglioramento del piano strategico aziendale. Di fondamentale importanza nella politica annuale è la pianificazione: si tratta di una programmazione annuale che definisce obiettivi, risorse e mezzi per raggiungerli, vi è anche la definizione dei prodotti attraverso l'individuazione di caratteristiche o fattori di qualità associati a standard ed indicatori.

Cosa significa pianificare:

- Che cosa dobbiamo ottenere ? Obiettivi generali di medio lungo periodo.
- Che cosa dobbiamo fare? Formulare obiettivi specifici di breve periodo .
- Come lo facciamo ? Attraverso modalità operative specifiche.
- Chi lo deve fare? Affidare le responsabilità
- Con quali risorse ?
- Come facciamo a sapere se è andata bene?

La gestione del “giorno per giorno” consiste nella gestione organizzata del processo di miglioramento continuo . Secondo questo tipo di gestione i processi migliorativi vanno perseguiti mediante la valorizzazione delle

dinamiche fornitore/cliente interno, per cui la metodologia di gestione proposta, nota anche come “Day to Day Management”, si basa sulla ricerca sistematica, da parte di ogni funzione aziendale, della soddisfazione delle aspettative del proprio cliente interno, rappresentato dall’ente a valle secondo l’applicazione della logica della customer satisfaction che di solito viene applicata solo nei confronti del destinatario esterno del servizio.

5 MAPPATURA DEL PROCESSO

L’applicazione di un modello di gestione per processi richiede una descrizione dettagliata delle fasi del processo, mediante l’analisi della situazione esistente all’interno dello stesso processo. Per cui si cerca di eseguire una mappatura del processo, per fare questa vengono utilizzati alcuni strumenti e analizzati i seguenti elementi :

A - I processi : ogni processo ha un missione da compiere, “per esempio il processo di inserimento degli infermieri neoassunti, il processo di accettazione dei pazienti ”.

B - Le attività caratteristiche di ciascun processo: bisogna individuare eventi precisi e identificabili di ogni singolo processo definendo i suoi confini, cioè

dove inizia e dove termina . Per questo occorrerà passare ad una rappresentazione grafica di tutte le attività che compongono il processo,mettendo soprattutto in evidenza le relazioni esistenti tra le stesse attività e l'esterno. Lo strumento più idoneo che consente di individuare le attività operative insite all'interno di ogni processo predefinito e la sequenza di uomini, macchine e materiali utilizzati è il diagramma di flusso .

C -Diagramma di flusso di cui parleremo più avanti

D - Il responsabile del processo: colui che ha la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi .

E - La struttura di gestione del processo : ossia la creazione di un sistema di reporting orientato al monitoraggio del cambiamento e del miglioramento continuo dei processi.

F - Gli attori operativi: cioè coloro che rappresentano il gruppo di lavoro di quel processo.

G - La valutazione: consiste nella realizzazione di un sistema di controllo al fine di monitorare la variabilità del processo e favorire interventi immediati nel caso in cui la stessa variabilità andasse oltre i limiti ritenuti accettabili.

H - La gestione degli obiettivi generali del processo è legata all'output e cioè al risultato del processo ,volendo fare un esempio pratico vediamo che per l'esecuzione di un dato intervento chirurgico è stato stabilito come obiettivo generale un tempo totale di scorrimento del processo, all'interno di questo obiettivo troviamo anche un altro obiettivo interno al processo prioritario, e cioè il rispetto dei tempi stabiliti di esecuzione da parte di tutte le varie funzioni e delle varie attività connesse al processo in questione per ottenerne il suo raggiungimento. Infatti, sappiamo che se tali tempi non vengono rispettati questo inconveniente si ripercuoterà sull'intero processo prioritario rendendo vano il raggiungimento dell'obiettivo generale. Per essere ancora più espliciti anche la refertazione in ritardo di una radiografia o di un ecg può ritardare o addirittura rinviare un intervento chirurgico e di conseguenza aumentare il tempo totale del suo processo.

I - La gestione della prestazione del processo: definisce il modo in cui il processo stesso soddisfa gli obiettivi stabiliti attraverso le sue attività. Questa gestione prevede la misurazione della customer satisfaction, interna ed esterna attraverso l'elaborazione e l'adozione di strumenti quali il questionario o

l'intervista; dei costi e della documentazione adottata (per esempio la cartella infermieristica integrata). In questa fase spesso ci si chiede:

A chi è indirizzato l'output di processo? Quali sono le esigenze del cliente interno?

La fase successiva consiste nella individuazione di opportuni indicatori attraverso i quali si possa misurare la qualità dell'output, questi indicatori dovranno essere scelti in modo da risultare rappresentativi per il destinatario.

Dovranno poi essere definiti gli obiettivi .

Le attività sopraelencate dovranno essere opportunamente procedurate, la procedura risultante dovrà essere applicata in modo sistemico, previo opportuno addestramento del personale che opera all'interno del processo, il cui coinvolgimento risulterà essere una condizione essenziale ai fini dell'efficacia dello stesso processo. Solo dopo aver definito ed esaurite le fasi suddette si potrà passare:

- Alla valutazione degli indicatori di qualità dell'output
- Alla valutazione degli indicatori di qualità del processo
- Alla valutazione delle opportunità e necessità di interventi utili al raggiungimento degli obiettivi

- Alla definizione degli interventi

Gli interventi migliorativi andranno condotti, in forma sperimentale. In caso di esito positivo, tutte le azioni correttive potranno essere codificate, come elemento stabile del processo, in modo da garantirne ,in seguito , l'applicazione sistematica.

L - La gestione delle risorse: è utile a definire quali e quante risorse assegnare per la realizzazione del processo.

M - La gestione delle interfacce: queste sono i punti in cui un processo passa da una funzione ad un'altra e rappresentano i punti cruciali di collegamento o punti critici stabilendo dove termina la responsabilità di un processo ed inizia quello di un altro.

In pratica, per concludere questo paragrafo possiamo dire che, individuato un processo interfunzionale aziendale, fondamentale al miglioramento che vogliamo apportare o al raggiungimento dell'obiettivo prestabilito, occorrerà definire le singole attività che lo compongono e valutarne le criticità, in modo da stabilire la scala di priorità che dovrà essere rispettata nell'effettuazione dell'intervento migliorativo. L'attività maggiormente critica verrà qualificata, per le finalità dell'intervento, essa stessa come processo.

6 VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'APPROCCO PER PROCESSI

I Vantaggi : dell'adozione dell'approccio per processi si possono così definire:

- Il focus sul cliente, sugli esiti che ottiene e sulla sua soddisfazione.
- La ripetibilità di un processo permette di poterlo misurare e migliorare.
- Realizzazione di una maggiore efficienza generale su tutto il percorso del flusso di lavoro, eliminando attività non necessarie .
- Riduzione della burocrazie grazie all'appiattimento delle attività.
- Maggior coinvolgimento individuale accompagnato da una maggiore responsabilità
- Offrire agli operatori l'opportunità di lavoro più professionale e soddisfacente.

Gli svantaggi:

- Non è facile gestire operatori appartenenti a più funzioni.
- I compiti di ciascun operatore sono più ampi sia qualitativamente che quantitativamente e richiedono maggiore visibilità.
- Al personale neoassunto viene richiesta una multiabilità.
- Sono necessari addestramento e formazione continua e costante.

- I cambiamenti legati alla tecnologia riguardano tutte le funzioni coinvolte.

Il modus operandi per processi può essere utilizzato all'interno della gestione di un Servizio di Assistenza Infermieristica mostrando agli infermieri gli spunti di interesse che questa prospettiva offre loro in ambito organizzativo, gestionale e clinico - assistenziale.

All'interno della struttura di un Servizio di Assistenza Infermieristica vi possono essere alcune posizioni di direzione di processo che, in modo trasversale, gestiscono processi come:

- 1 - sviluppo organizzativo
- 2 - sviluppo professionale
- 3 - inserimento, valutazione e mobilità del personale.

CAPITOLO 5

GLI STRUMENTI UTILI AD UNA EFFICACE GESTIONE DEL PROCESSO NEL SISTEMA QUALITA'

1 L'EVIDENCE- BASED NURSING (EBN)

“ L' EBN è un processo per mezzo del quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente...” (Di

Censo A.,Cullum N., Ciliska D., Implementing evidence based nursing 1998;1:38-40).

L'EBN è una base per l'autoapprendimento e un buon mezzo per una formazione autogestita. Chiunque di noi, durante l'attività quotidiana, si trova a dover rispondere a domande che le diverse situazioni assistenziali pongono. Queste domande o meglio ancora questi dubbi, generati dal nostro operare, sono il motore di ricerca della conoscenza e del sapere. L'EBN non è altro che il metodo operativo per trovare le risposte alle nostre domande aiutandoci a formulare in modo corretto una domanda per poi trovare la risposta. Questa

spiegazione dell'EBN può essere spesso confusa con la ricerca scientifica che è la metodologia per accrescere le conoscenze di una disciplina; la ricerca è un'indagine sistematica intrapresa per scoprire fatti o relazioni e raggiungere conclusioni usando un metodo scientifico, mentre l'EBN è la ricerca bibliografica ed è basata sulla identificazione e sul recupero più o meno sistematico della letteratura su uno specifico tema e inerente a uno specifico obiettivo.

Il termine “evidence” da cui l'acronimo (EBM/EBN) fu usato per la prima volta il 4 novembre 1992 in un articolo pubblicato sul Journal of American Medical Association. L'utilizzazione dell'approccio evidence-based più che opinion-based è applicata sia al singolo individuo che all'intera popolazione.

La medicina basata su prove di efficacia è stata definita come “il processo sistematico di reperimento, valutazione e utilizzazione dei dati della ricerca contemporanea, per dare fondamento alle decisioni cliniche”

(op. citata Rosenberg e Donald, 1995)

Altre fonti di origine della medicina basata su prove di efficacia si possono trovare facendo riferimento al lavoro di gruppo di ricercatori della MacMaster University, Ontario, Canada il loro obiettivo di portare la pratica medica

nell'ambito di una cultura in cui fosse riconosciuto il valore di una corretta registrazione delle informazioni e dei benefici per i pazienti.

I principali fattori che hanno contribuito all'incremento dell'assistenza sanitaria fondata su prove di efficacia si possono riassumere nel seguente modo:

- ⇒ Progresso tecnologico
- ⇒ Pressione dei costi
- ⇒ Consapevolezza degli utenti
- ⇒ Riconoscimento dell'importanza delle risorse economiche
- ⇒ Disponibilità delle informazioni
- ⇒ Responsabilità professionali
- ⇒ Cambiamento del profilo demografico.

Nel 1997 Kitson afferma che anche il personale infermieristico può essere in grado di dimostrare il proprio impegno ed operato per l'assistenza al paziente.

La pratica fondata su prove di efficacia in NURSING si riferisce alla valutazione e all'applicazione dei dati scientifici al trattamento e alla gestione dell'assistenza sanitaria , lo scopo di questa pratica è quello di sostenere gli

operatori nel proprio processo decisionale, eliminando tutto ciò che è inefficace, inadeguato o troppo costoso.

Sempre nel 1997 Walshe e Ham hanno ipotizzato quattro fattori determinanti per l'avanzamento della pratica professionale e quindi per il miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari e per una migliore qualità degli stessi:

1. Cultura scientifica: evidenziare l'importanza dell'indagine scientifica a fronte di esperienze personali
2. Gestione delle conoscenze: organizzazione delle conoscenze in maniera tale da essere accessibili a tutti
3. Sistemi di cambiamento: utilizzo di sistemi formali di verifica per valutare criticamente la qualità e l'accettabilità dell'assistenza
4. Incentivi ad agire: fondamentali per incoraggiare gli operatori ad una pratica professionale efficace.

Riassumiamo in quanto segue quali sono i punti di forza e quelli di debolezza per l'introduzione della pratica professionale fondata su prove di efficacia:

PUNTI DI FORZA:

- Operatori professionali fiduciosi al cambiamento della propria pratica professionale

- Operatori sempre più preparati
- Aspettative di attività basate su prove di efficacia nelle specificazioni del lavoro
- Potenziale per un lavoro multiprofessionale
- Cultura riflessiva
- Sistemi ben stabiliti di valutazione qualitativa

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Scarsi dati di ricerca in aree che non siano mediche e farmacologi che
- Accesso non uniforme ai servizi di informazione
- Variabilità nella capacità di valutazione critica
- Idiosincrasie relative ad internet
- Tempo limitato a disposizione.

Cambiare la pratica professionale come sappiamo può essere più difficile di quanto non si creda, da qui la necessità di utilizzare svariate tecniche per attuare il cambiamento (Oxman e coll, 1995) es. :

- Consigli da parte dei colleghi
- Pubblicazioni e rapporti accademici
- Verifica e feedback

- Linee guida cliniche
- Conferenze
- Seminari
- Visite di istruzione
- Sistemi computerizzati
- Incentivi finanziari
- Capacità di essere critici, cioè la capacità di distinguere, di esprimere un'opinione sensata e di formulare un giudizio ragionato, di fondamentale importanza è a tal proposito:
 1. porre domande,
 2. osservare tutte le sfaccettature di un dato argomento,
 3. essere oggettivi più che soggettivi
 4. Soppesare l'evidenza
 5. Considerare i significati dietro ai fatti
 6. Identificare le questioni che sorgono dai fatti
 7. Riconoscere quando sono necessarie ulteriori prove
 8. Giudicare le affermazioni altrui in quanto basate sulle prove o sui dati soggettivi.

Concludendo questo paragrafo possiamo affermare che: basare la propria pratica sulle prove di efficacia significa, per noi infermieri, rinunciare ad una comoda autoreferenzialità e richiede invece spirito critico, capacità di mettersi in discussione, metodo, lavoro, fatica, studio e aggiornamento continuo. La ricerca, l'audit clinico, l'elaborazione di linee guida, l'approccio multidisciplinare, lo scrutinio di migliaia di articoli scientifici, la valutazione della loro appropriatezza, le necessarie ed evolute nozioni di statistica richieste per produrre lavori apprezzabili dalla comunità scientifica rappresentano un vero salto di qualità in campo assistenziale.

In Italia, l'approccio all'Evidence-Based come risulta dall'analisi delle fonti documentali risale al 1998 con il Piano Sanitario Nazionale che enuncia : “ le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche ”. Nello stesso documento nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee Guida, si afferma che è necessario “ elaborare secondo precisi prerequisiti metodologici relativi alla raccolta e all'analisi delle evidenze scientifiche disponibili e alla loro successiva utilizzazione per la costruzione di linee guida”.

2 LINEE GUIDA

Per linee guida si intende un insieme di indicazioni procedurali suggerite, cioè raccomandazioni e indicazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche.

(definizione dell'Institute of Medicine USA)

Ciò che le caratterizza è il processo sistematico della loro elaborazione e il fatto di basarsi sulle prove di efficacia, EBN/EBM, che in quel momento sono a disposizione. Le linee guida sono uno strumento particolarmente adatto a operatori di elevata professionalità e servono ad orientare le loro scelte senza tuttavia, limitare la loro libertà.

I fini per i quali organismi autorevoli quali società scientifiche, gruppi professionali e organizzazioni sanitarie, formulano e divulgano linee guida sono quelli di seguito elencati:

- Garantire lo svolgimento delle attività che, avendo un'efficacia documentata, possono produrre i migliori esiti per i clienti.
- Ridurre la variabilità della pratica professionale assistenziale, migliorando anche l'integrazione fra professionisti.
- Aiutare i professionisti a valutare il livello qualitativo delle loro prestazioni.
- Rendere più efficiente l'uso di risorse a partire dalle risorse umane.

La spinta propulsiva delle raccomandazioni, dev'essere classificata come indicato nella tabella seguente:

- Esistono buone prove scientifiche, che supportano le procedure da utilizzare nella pratica clinica (Prove di efficacia di I° livello)
- Esistono discrete prove scientifiche, che supportano l'intervento da utilizzare nella pratica clinica (prove di efficacia di II° livello)
- Esistono scarse prove scientifiche ,per consigliare o meno l'utilizzo delle procedure nella pratica clinica, ma le raccomandazioni e cioè le linee guida possono essere comunque fatte sulla base di altre considerazioni (prove di efficacia di III° livello)
- Esistono discrete prove scientifiche, che sconsigliano l'utilizzo delle procedure nella pratica clinica (prove di efficacia IV° livello)
- Esistono buone prove scientifiche che sconsigliano l'utilizzo di date procedure nella pratica clinica (prove di efficacia di V° livello)

Le prove di efficacia di primo livello si ottengono da disegni di studi sperimentali, studi randomizzati di alto valore statistico, meta-analisi.

Le prove di efficacia di secondo livello si ottengono da un più basso valore statistico come studi osservazionali.

Le prove di terzo, quarto e quinto livello possono dipendere da studi descrittivi o dalla mera opinione di alcuni esperti.

Le linee guida per essere il più possibile efficaci devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Validità
- Applicabilità
- Chiarezza nella loro formulazione
- Flessibilità

Per far sì che le linee guida con i requisiti sopra elencati vengano applicate e necessaria una adeguata strategia di diffusione: attraverso gli operatori sanitari, gli amministratori e gli utenti dei servizi sanitari. Nel nostro campo attraverso il servizio infermieristico, attraverso pubblicazione di riviste scientifiche, attraverso interventi formativi mirati o attraverso l'utilizzo di reti informative locali. Pertanto maggiore è il coinvolgimento dei destinatari, più incisiva sarà la propagazione delle raccomandazioni e la loro implementazione quest'ultima va promossa in maniera tale che sia gli operatori sanitari sia gli utenti siano consapevoli della esistenza delle linee guida e che entrambi siano disposti ad utilizzarle.

3 LE PROCEDURE

Le procedure stanno ai processi come le istruzioni alle attività

Le procedure rappresentano strumenti con cui le strutture sanitarie danno visibilità, al loro interno, a quanto è stato pianificato, in termini di responsabilità delegate, e di modalità operative finalizzate al corretto svolgimento delle attività, si tratta di regole operative interne che coinvolgono l'attività di più persone o funzioni. Le procedure sono strumenti utili a tenere sotto controllo i processi, per questo motivo è necessario avere ben chiaro quale è la distinzione tra processi e attività.

PROCESSO

Successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio...) che ha valore per il cliente finale
Glossario ASR (4 Ed.)

PROCESSO

Insieme di risorse e di attività tra loro interconnesse che trasformano degli elementi in ingresso in elementi in uscita

Le procedure sono documenti che devono essere sviluppati in coerenza con gli obiettivi generali e specifici della struttura, in stretta collaborazione con gli operatori direttamente coinvolti nello svolgimento delle attività assistenziali. Pertanto la predisposizione di procedure è fondamentale per rendere il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle stesse attività .

Spesso le procedure devono descrivere attività complesse, specifiche e ripetute che necessitano di una trattazione ampia e dettagliata per cui è necessario trattare tali attività complesse mediante specifiche istruzioni operative.

Di importanza fondamentale è il considerare la stesura di una procedura o di una istruzione operativa come un'opportunità di verifica e di miglioramento dell'attività considerata, definendo le responsabilità, i metodi e le interfacce operative in maniera formale e quindi con l'approvazione delle funzioni responsabili. Questo tipo di approccio consente di rendere dinamica l'articolazione organizzativa della struttura, tesa al miglioramento, e di evitare problemi dovuti al fatto che il lavoro venga svolto in base a prassi di dominio personale che pregiudicano l'integrazione e l'intercambiabilità del personale. Va comunque detto che il numero di procedure da predisporre , il tipo di

informazioni in esse contenuto e la loro forma redazionale dipendono dal modello di organizzazione, dalla complessità delle attività, dalle caratteristiche dei processi, dei servizi forniti e dalla capacità e dall'addestramento del personale che svolge l'attività, in ogni situazione aziendale, infatti, dovrebbe essere ricercato un equilibrio fra l'estensione della documentazione e il grado di capacità e di addestramento del personale.

4 STRUTTURA DI UNA PROCEDURA

La procedura è un documento che precisa:

1. Le responsabilità e le relazioni del personale che gestisce, sviluppa e verifica una data attività.
2. Le modalità con cui le differenti attività devono essere svolte.
3. La documentazione che dev'essere utilizzata ed emessa.

L'indice tipo utilizzato, di norma per strutturare il contenuto di una procedura è il seguente:

Redazione, emissione, approvazione, verifica, autorizzazione

◆ Chi ha fatto la stesura.

- ◆ Quando è stata emessa la prima versione sperimentale e quando le successive.
- ◆ Chi verifica e approva i contenuti.
- ◆ Chi autorizza l'emissione e l'applicazione.

Scopo/Obiettivo della procedura

- ◆ Perché è stata sviluppata la procedura.
- ◆ Cosa si prefigge la procedura.
- ◆ Quali sono gli obiettivi specifici del processo da perseguire.

Campo di applicazione

- ◆ Dove e quando si applica la procedura.

Riferimenti

- ◆ Specificare i riferimenti ad altra documentazione (altre procedure, modulistica di registrazione).

- ◆ Indicare normative ed altri documenti di riferimento (linee guida professionali).

Definizioni

- ◆ Chiarimenti rispetto a tecnologie particolari, acronimi o abbreviazioni

Responsabilità

- ◆ Chi è responsabile della procedura a livello della struttura indipendentemente dalle singole attività svolte
- ◆ Per procedure complesse in cui sono coinvolte varie funzioni della struttura è consigliabile sviluppare una matrice di responsabilità

5 LA MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La matrice delle responsabilità è la rappresentazione grafica delle responsabilità sul processo e sulle singole attività che lo compongono, essa identifica:

- Chi è il responsabile del processo indipendentemente dalle attività svolte
- Chi è responsabile (R) di una specifica attività e quale è questa attività

- Chi è coinvolto (C) nello svolgimento delle attività e in che cosa è coinvolto. (vedi tabella seguente):

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Figura che svolge l'attività | F1 | F2 | F3 | F4 | Fn |
|------------------------------|----|----|----|----|----|
| Descrizione attività | | | | | |
| Attività 1 | R | | C | | C |
| Attività 2 | C | C | R | | |
| Attività 3 | | | | | |
| Attività n | R | R | | C | |

6 DOCUMENTARE LE PROCEDURE: I DIAGRAMMI DI FLUSSO:

Un diagramma di flusso è una rappresentazione della sequenza delle attività necessarie all'interno di un processo definito.

E' un ottimo mezzo per comprendere il processo da analizzare al fine di:

1. Renderlo noto
2. Identificare i problemi potenziali
3. Individuare i passaggi critici.

Lo svilupparlo è un esercizio che si esegue preferibilmente in gruppo, partendo da un'analisi di macro attività per poi scendere nel dettaglio.

Esistono due principali tipologie di diagrammi di flusso:

- Diagrammi di flusso a blocchi
- Diagrammi di flusso a matrice

Nella stesura dei diagrammi di flusso è bene avere in evidenza alcune indicazioni sulle modalità di compilazione:

- Il diagramma di flusso deve evidenziare il processo come effettivamente è e non come si vorrebbe che fosse
- Bisogna stabilire con esattezza dove si vuole arrivare
- Bisogna individuare i confini del processo come punto di inizio e di fine
- Per ogni passaggio stabilire come avviene la fase di comunicazione (dati, documenti di input e di output del processo).

7 LE ATTIVITA' :

ATTIVITA'

INSIEME DI OPERAZIONI ORGANIZZATE E FINALIZZATE.

NEL LINGUAGGIO ORGANIZZATIVO:

Le operazioni sono gli elementi più parcellizzati,

il primo livello di sintesi sono le attività,

l'insieme delle attività connota il processo...

Glossario ASR (4° Ed .)

Di fondamentale importanza è sapere che le attività identificate nell'ambito del diagramma di flusso possono essere specificate con un livello di dettaglio maggiore al fine di essere rese chiare ed esaustive.

7 "LA MATRICE":STRUMENTO PER L'ANALISI DEL PROCESSO

Lo strumento utilizzato per "l'analisi del processo" è la matrice, come di seguito riportata:

LA MATRICE

| for | Cli | Imp | Inc | ATTIVITA' | R | E | S | COMMENTI | | | | I | A | Q | |
|--|-----|-----|-----|-----------|---|---|---|----------|------------|--|--|---|---|---|--|
| | | | | | R | E | C | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Documenti | | | | | | |
| | | | | | | | | | Imp | | | | | | |
| | | | | | | | | | Inc | | | | | | |
| | | | | | | | | | Azione | | | | | | |
| | | | | | | | | | correttiva | | | | | | |
| NOTA: DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' O DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE | | | | | | | | | | | | | | | |

Per utilizzare correttamente la matrice bisogna compilare i seguenti campi:

- FOR (fornitore): rapporto a monte del processo che si sta esaminando;
- CLI (cliente) :rapporto a valle del processo che si sta esaminando ;
- IMP (importanza) : rischio legato alla fase del processo che si sta analizzando;
- INC (“incasinamento”) : difficoltà di svolgere correttamente l’attività che si sta analizzando;

- **ATTIVITA'** :insieme di operazioni organizzate e finalizzate, a questo punto una sintetica suddivisione in macroattività è alla base dell'efficace uso della matrice (accettazione del paziente, richiesta di esami, etc...)
- **RES (responsabilità)** :utilizzata per la specificità delle qualifiche interessate alla fase del processo [R= responsabile, E= esecutore, C= collaboratore]
- **COMMENTI** :indicazione dei documenti, disponibili o da sviluppare, che supportano la fase del processo; definizione del rischio legato all'attività, definizione delle cause di disservizio nell'attività e definizione dell'eventuale azione correttiva o di miglioramento.
- **I, A, Q (importanza, addestramento, qualifica)**: specifica se per l'attività in oggetto, vista l'importanza, è necessario l'addestramento e/o la qualificazione dell'operatore.

Volendo fare un esempio concreto di quanto sopra esposto,nel processo sanitario, tipo nel processo diagnostico-terapeutico si identificano tre fasi:

- a. Accettazione
- b. Degenza
- c. Dimissione

Mentre la prima e la terza fase di tale processo sono prevalentemente organizzative, e quindi, possono essere regolate dalle sole procedure, il discorso diventa più complesso per la fase di degenza, dove la variabilità intrinseca del prodotto/ servizio e del paziente ha un peso maggiore.

Pertanto, il fulcro di questa fase è rappresentato dalle “ linee guida”, mentre le procedure sono solo di supporto nell’esplicitare dettagliatamente le modalità tecniche (esecuzione di determinate manovre) oppure di modalità organizzative (come deve essere richiesta una prestazione diagnostica, come deve essere accettato il paziente,...) con cui è gestita questa fase del processo.

8 ALTRE TIPOLOGIE DI DOCUMENTI:

PROTOCOLLO :

E’ uno schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche (o operative).

ASR (IV edizione)

REGOLAMENTI INTERNI :

Definiscono il comportamento o la successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperati.

ASR (IV edizione)

9 RIASSUNTO SUI PROCESSI E LE ORGANIZZAZIONI :

DIFFICOLTA' DELLA VISIONE

PER PROCESSI:

- ★ La cultura per compiti
- ★ La consuetudine
- ★ La resistenza al cambiamento

VANTAGGI DELLA VISIONE PER PROCESSI:

- ★ Permette la visione d'insieme
- ★ Aiuta a cogliere gli aspetti organizzativi
- ★ Aiuta le relazioni
- ★ Definisce attori e responsabilità

CONCLUSIONI

Molte cose in questa dissertazione sono state dette sulla qualità anche se, il tema non è stato sicuramente trattato nella sua globalità. Molti potrebbero essere gli spunti di approfondimento. Concludendo, nel mio piccolo, ho pensato che l'elaborazione di questa tesi potesse essere per me stessa e per gli altri uno strumento informativo atto a promuovere e allo stesso tempo ad approfondire i diversi aspetti della qualità.

Qualità che deve portare il sistema sanitario ed i suoi operatori ad erogare servizi sempre più efficaci, al passo con i tempi e di maggiore attenzione al target interessato ai temi da veicolare.

Bisogna avere il coraggio di cambiare e per cambiamento non si intende una semplice operazione di “restyling” della sanità, ma bisogna puntare sulle sinergie con altri enti pubblici , sulla partnership con enti privati ed anche grande attenzione al contenimento dei costi senza abbassare la qualità. Questo è l'input che ho voluto approfondire e che voglio comunicare a chi è un professionista sanitario come me.

Per mettere in atto quanto sopra si devono fare scelte importanti, non a cuor leggero, che richiedono sacrifici non indifferenti, che ci portano ad operare in

team e non singolarmente, solo così agendo possiamo migliorare ed aumentare la qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e soddisfare sempre più i clienti siano essi esterni, siano essi interni come noi infermieri.

Concludo semplicemente affermando che per noi infermieri

“ L'UNIONE FA LA FORZA ”

E

“ LA FORZA FA LA QUALITA' ”

BIBLIOGRAFIA:

Calamandrei C., Orlandi C.

LA DIRIGENZA INFERMIERISTICA

Ed. McGraw-Hill

2 Edizione, Milano Settembre 2002

LoBiondo-Wood G, Haber J.

METODOLOGIE DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

Ed. McGraw-Hill

1 Edizione italiana, Milano Febbraio 1997

Benci L.

ASPETTI GIURIDICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Ed. McGraw-Hill

2 Edizione, Milano 1999

Spinsanti S.

“ IL BUON OSPEDALE: MODELLI DI QUALITA' IN PROSPETTIVA
STORICA”, IN CONTRIBUTI PER UNA GESTIONE MANAGERIALE
DELLA SANITA', I QUADERNI DI MECOSAN,

Editrice SIPIS, Roma 1996

Vaccani R., Dalponte A., Ondoli C.

GLI STRUMENTI DEL MANAGEMENT

Editore Carocci, Roma 1998

Vaccani R.

LA SANITA' INCOMPIUTA

Editrice La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991, pp. 23-57

Donabedian A.

LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA, PRINCIPI E
METODOLOGIE DI VALUTAZIONE

Editrice La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990

Wright C. C., Whittington D.

VRQ VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITA'

Editrice Ambrosiana, Milano 1995

Galgano A.

LA QUALITA' TOTALE

Il Sole 24 Ore, Milano 1990

UNI (1995) NORMA ITALIANA UNI ISO 1994-4:

GESTIONE PER LA QUALITA' ED ELEMENTI DEL SISTEMA
QUALITA' E GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DI QUALITA'

Edizioni UNI

Baranghini G., Capelli M.

IL SISTEMA QUALITA' ISO 9000 IN SANITA'

Editore Franco Angeli, Milano 1997

Loiudice M.T.

IL PAZIENTE UTENTE-CLIENTE IN SANITA' E LA SUA
SODDISFAZIONE

L'Arco di Giano, 7, 1995, pp. 157-170.

Loiudice M.T.

LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO IN SANITA'

Edizioni Centro Scientifico Editore, Torino 1998

Morosini P. L., Perraro F.

ENCICLOPEDIA DELLA GESTIONE DI QUALITA' IN SANITA'

Edizioni Centro Scientifico Editore, Torino 1999

Marcantoni M., Torresani A.

GUIDA ALLA VISION 2000

Edizioni Franco Angeli, Milano 2000

Focarile F.

INDICATORI DI QUALITA' NELL'ASSISTENZA SANITARIA

Edizioni Centro Scientifico Editore, Torino 1998

Scrivens E.

ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI. ESPERIENZE
INTERNAZIONALI A CONFRONTO

Edizione Centro Scientifico Editore, Torino 1997

Di Stanislao f., Liva C.

ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI IN ITALIA

Edizioni Centro Scientifico Editore, Torino 1998

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATIO OF HEALTHCARE
ORGANIZATION

LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA'

Edizioni Centro Scientifico editore, Torino 1999

Bonoldi A., Grugnetti A.M:

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'
ASSISTENZIALE

“ NURSING OGGI” , n° 1, 1996

Merli G.

TOTAL QUALITY MANAGEMENT

ISEDI, Torino 1991

Deming E. W.

L'IMPRESA DI QUALITA

ISEDI, Torino 1989

Censo A., Cullum N., Ciliska D.

IMPLEMENTING EVIDENCE BASED NURSING

1998, pp. 38 – 40

Santullo A.

L'INFERMIERE E LE INNOVAZIONI IN SANITA'

Edizioni McGraw-Hill, Milano, 1999

Battistello M., Buggio M.E., Marroncini N., Sambo V.

LA GESTIONE PER PROCESSI NEL GOVERNO DEL SERVIZIO
INFERMIERISTICO

MANAGEMENT INFERMIERISTICO N° 1/2004

Edizioni Lauri ,Milano 2004

Lega F.

LOGICHE E STRUMENTI DI GESTIONE PER PROCESSI IN SANITA'

Edizioni McGraw-Hill, Milano,2001

Merli G., Biroli M.,

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE PER PROCESSI

Edizioni ISEDI, Torino 1996

