

Pesi, Misure, Soglie nel processo di accreditamento

Sussidi per l'autovalutazione e l'accREDITAMENTO n° 5

agosto 2000

**Pesi, Misure, Soglie
nel processo di accreditamento**

agosto 2000

Le ragioni del sussidio

Nella procedura di valutazione dei requisiti qualitativi prevista per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie secondo il modello della Regione Emilia-Romagna, esistono elementi critici: l'uso degli strumenti di verifica e gli output della valutazione (Check-List, Rapporto valutatori, Relazione motivata della ASR).

Per armonizzare l'approccio si ritiene utile un approfondimento sui concetti e i criteri di valutazione del sistema di gestione delle strutture sanitarie in particolare per quanto riguarda Pesì, Misure e Soglie applicabili nell'uso delle liste di riscontro e nell'attribuzione del giudizio di Accreditabilità.

Va premesso che non esistono modelli consolidati universali di valutazione di organizzazioni complesse con il supporto di check-list e che approcci di valutazione dei sistemi qualità in settori manifatturieri, che pure hanno storia ultra decennale, sono ancora in evoluzione su questo tema: il punto critico resta comunque il valutatore, la sua competenza, esperienza e professionalità.

Il contesto

Nella fase di avvio del processo di accreditamento, in una situazione in cui le organizzazioni sanitarie si avvicinano per la prima volta ad un modello di verifica sistemica, la definizione del livello al quale debbono essere posseduti i requisiti prescritti per superare la prova di verifica è un problema particolarmente sentito sia dai valutatori che dalle strutture valutate.

Le strutture, pubbliche e private, necessitano di criteri trasparenti cui uniformarsi; i valutatori richiedono invece strumenti che standardizzino i processi valutativi e riducano il rischio della variabilità del giudizio.

Da parte loro i committenti della visita (nella fattispecie il governo regionale della Sanità) hanno interesse a definire il peso relativo dei singoli criteri verificati in termini di importanza e di priorità.

Infatti l'attenzione posta ad aspetti particolari della gestione in qualità o a requisiti specifici induce un'attenzione riflessa della struttura verificata sui medesimi oggetti e costituisce un importante mezzo di governo e di indirizzo del sistema sanitario.

Nella esperienza di costruzione di strumenti e metodi per l'accreditamento in corso nella nostra Regione, il problema della 'soglia di accreditabilità' è stato posto, in maniera teorica, in numerose circostanze di discussione. Inoltre, due dei tre gruppi di lavoro che hanno formulato la prima versione delle liste di verifica hanno elaborato anche proposte di pesatura degli elementi del sistema qualità per l'accreditamento e di misurazione del livello di conformità raggiunto sui singoli requisiti dalla organizzazione.

In particolare il gruppo di lavoro "Dipartimenti di Prevenzione" e il gruppo "Strutture di degenza" hanno proposto ciascuno un proprio sistema di misura e pesatura degli elementi del modello. Entrambi si sono ispirati al metodo dello 'scoring' ma non si sono addentrati nella definizione della soglia, che è un elemento fortemente collegabile alla programmazione regionale in quanto può costituire un vincolo/ostacolo all'accesso degli erogatori nel 'mercato delle cure' finanziato dal SSN.

Al tema 'Pesì, Misure, Soglie' è stata dedicata una giornata per i valutatori esterni allora in formazione, il 4 luglio 1998, durante la quale presentarono le rispettive proposte di valutazione la dott. Laura Biagetti, per il gruppo "Dipartimento di Prevenzione" e il dott. Pierluigi La Porta per il gruppo "Strutture di degenza".

Da quella base di riflessione, con un lento lavoro di avvicinamento, per il quale si devono ringraziare in particolare l'Ing. Gilberto Novelli, che ha fornito un draft iniziale e i materiali documentali dei metodi utilizzati nel mondo manifatturiero, e la dott. Vania Basini che ha sviluppato la traduzione amministrativa dei contenuti tecnici, si è pervenuti alle decisioni assunte nel contesto della Delibera di Giunta n° 594 del 1.3.00.

Renata Cinotti

PESI, MISURE, SOGLIE NEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO

I concetti generali di riferimento

Per rendere più comprensibile il testo che segue occorre tenere presente la procedura per le verifiche previste negli Artt. 8 e 9 della legge regionale Emilia-Romagna n° 34/98 ed occorre attribuire significati condivisi ad alcuni termini chiave, che vengono elencati nella tabella di glossario. Infine è particolarmente importante chiarire i concetti fondamentali di Misura e Peso applicabili agli elementi ed ai requisiti del sistema adottato come modello per le verifiche. Si riportano pertanto di seguito, in Figura 1 la procedura di verifica ed in Tabella 1 il glossario adottato.

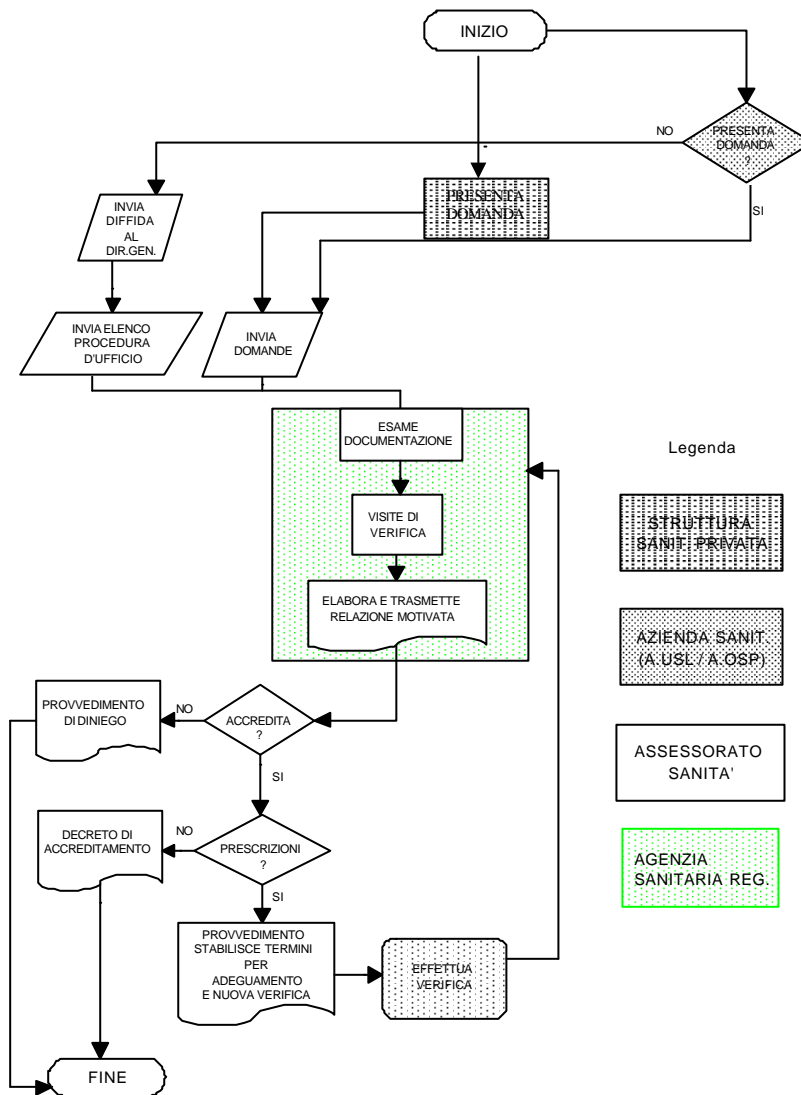


Figura 1: procedura per le verifiche a scopo di accreditamento: Artt. 8 e 9 L.R. Emilia-Romagna 34/98

Tabella 1: glossario¹

ELEMENTO o PUNTO per la gestione in qualità e la verifica delle strutture sanitarie. In relazione al modello RER per l'Autorizzazione/Accreditamento: ciascuno dei dieci capitoli o aree in cui sono articolati i requisiti generali del modello regionale.

REQUISITO: ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste perché un'organizzazione, processo, prodotto/servizio rispondano alle specifiche definite. La definizione ISO 8204 sottolinea inoltre che i requisiti così definiti devono consentire la realizzazione e l'esame delle specifiche. Il concetto, nel DPCM 19.5.95 "Carta dei Servizi", è espresso dal termine 'fattore di qualità'. In relazione all'Autorizzazione/Accreditamento secondo il modello RER: ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché la struttura organizzativa/servizio sia gestita in qualità.

REQUISITO SPECIFICO: nel contesto dell'Accreditamento RER: caratteristiche specificative o aggiuntive rispetto ai requisiti organizzativi, tecnologici, strutturali generali da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività sanitarie.

CRITERIO: enunciato che dichiara che si vuole investigare un fenomeno a fine di valutazione, mediante l'osservazione di sue caratteristiche statiche o dinamiche predefinite (requisiti). Il criterio è pertanto un punto di vista di osservazione di un oggetto. Nel DPCM 19.5.95 "Carta dei Servizi" il criterio è definito come riferimento concettuale (espresso) per costruire un giudizio di qualità.

DOMANDA: quesito di dettaglio che indaga in forma esplicita il requisito cui si riferisce, all'interno del modello di riferimento adottato. Le domande possono essere caratterizzate dal peso loro assegnato e da una misura della idoneità della risposta dell'oggetto valutato.

PESO (di un elemento o requisito): importanza dell'elemento o del requisito in termini relativi rispetto al totale degli elementi o requisiti (es.: 20%, 30%, ecc.). Assume sia la dimensione di priorità della attivazione sia il significato negativo della carenza.

MISURA (di un requisito): posizionamento della situazione rispetto a quanto investigato dalla specifica domanda su una scala di valori predeterminata (es.: SI, si, no, NO; 2, 4, 6, 8; documentato, condiviso, applicato; ecc.)

IDONEITÀ: Il giudizio che deriva dal rapporto fra la misura e la soglia stabilita. Il grado (o livello) di idoneità (espresso nelle unità di misura convenzionali) deriva infatti proprio dal confronto con le soglie stabilite, valide in un tempo e contesto definiti, e indica la maturità (accettabile, tollerabile, ecc.) della situazione per quanto riguarda gli aspetti pertinenti.

SOGLIA o VALORE SOGLIA: valore predeterminato dell'indicatore che divide in due sottoinsiemi di diverso significato l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso (vedi glossario standard)

CONFORMITÀ: soddisfacimento documentato di requisiti specificati. Il giudizio di conformità ad un modello di riferimento comporta che tale modello sia tradotto dalla organizzazione oggetto di verifica in un sistema che prenda in considerazione tutti i requisiti richiesti dal modello (completezza di strutturazione); che declini i requisiti in tutti gli aspetti organizzativi pertinenti (estensione del modello); che espliciti le modalità gestionali e operative inerenti gli aspetti applicativi dei requisiti richiesti dal modello (documentazione e comprensione degli addetti); che sia applicato sistematicamente quanto stabilito (vedi precedente p.3), laddove stabilito (vedi punto 2) (sistematicità di applicazione). Il giudizio di conformità ad un singolo requisito, espresso mediante una domanda, si costruisce attraverso i medesimi passaggi logici.

ADEGUATEZZA: comprende i concetti di sistema/situazione appropriata per il contesto, efficace verso le attese. Un sistema qualità, o la risposta ad un singolo requisito si definiscono, oltre che conformi, adeguati quando:

- il personale possiede la consapevolezza dei vantaggi della applicazione del sistema stesso (o della soddisfazione del requisito) ai fini di una corretta prestazione di lavoro e degli effetti negativi di una prestazione scadente sui clienti interni, sulla soddisfazione degli utenti, sui risultati complessivi della organizzazione cui appartengono;
- il sistema o le modalità gestionali e operative adottate sono adatti alle esigenze di gestione della qualità della specifica organizzazione. Il "tailoring" del sistema (la maniera specifica con cui il sistema è costruito) ne garantisce l'automantenimento con l'ottimizzazione degli impegni di risorse.

¹ Fonti delle definizioni: UNI EN ISO 8402/95; D.G.R. E-R. n° 125/99 (Definizioni e note per un glossario regionale della qualità); Quaderno Qualità n°1 e n° 4 della Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna; G. Novelli Documento di lavoro per l'ASR E-R, 1998.

In particolare le definizioni di Misura e Peso vanno così contestualizzate:

Misura

Le liste di verifica per la valutazione (compresa quella delle strutture sanitarie secondo il modello della RER) sono utilizzabili con differenti sistemi di misura.

La valutazione può essere espressa mediante metodologie di attribuzione di “punti” a ogni livello di soddisfacimento del requisito che è stato verificato oppure attraverso l’espressione di “giudizi on/off” cioè SI/NO.

L’approccio volto ad assegnare un punteggio viene denominato SCORE, ed ha come caratteristica principale la possibilità di attribuire un valore quantitativo alla situazione esaminata.

In alternativa all’approccio score può essere adottata la metodologia PASS-FAIL, o di giudizi di idoneità. Tale metodo consiste nel giudicare se l’organizzazione/il sistema è carente in forma minore o maggiore rispetto ad un “ottimale” o predefinito livello di gestione espresso nel requisito in esame.

Peso

E’ possibile poi che ogni elemento (cioè capitolo) del modello sia considerato di diversa rilevanza rispetto alla consistenza dell’intero sistema di gestione, sia in riferimento a specifiche politiche sia per indirizzare sviluppi ed indagini in modo mirato.

Anche nel modello per l’accreditamento della RER, i requisiti non sono tutti della stessa importanza: ad esempio alcuni sono “propedeutici” ad altri, alcuni abbracciano aspetti vasti ed alcuni sono di dettaglio.

L’attribuzione di un diverso peso agli elementi del modello, così come ad ogni requisito, opera proprio nel senso di graduare il “contributo” dei requisiti all’intero sistema e di “relativizzarli” tra di loro.

Il metodo SCORE (dei punteggi)

a) Criteri per l'assegnazione del punteggio

L'approccio 'score' permette di esprimere il livello di maturità della organizzazione attraverso un punteggio assoluto o percentuale.

La metodologia score è orientata a misurare l'esistente, tramite uno schema di analisi – tipicamente una check-list – come espressione della 'interpretazione' del modello organizzativo preso a riferimento, utilizzando indicatori di tipo numerico per l'espressione della valutazione.

Il metodo prevede l'assegnazione di un punteggio variabile (es.: 0, 3, 6, 10) a seconda dello stato riscontrato rispetto ad ogni singola domanda della check-list.

La somma di tali punteggi per elemento (o sotto elemento) costituisce il livello raggiunto dalla organizzazione in rapporto a quanto richiesto dal modello, nel suo insieme o per parti.

Si riportano di seguito alcuni esempi, che consentono di comprendere problemi e opportunità della applicazione di questo metodo.

b) Esempi di applicazione

Il sistema score della Joint Commission

L'applicazione del metodo SCORE nel sistema di valutazione delle strutture sanitarie adottato dalla Joint Commission (Agenzia professionale per l'accREDITamento delle strutture sanitarie degli Stati Uniti) si basa sulla definizione della compliance della struttura sanitaria al requisito, visto dalla parte del valutatore (e in alcuni casi, in via sperimentale, dall'utente). Tale giudizio esprime la 'fiducia' che il requisito sia effettivamente posseduto.

Il livello di giudizio è graduato come segue:

Criteri	Punteggio corrispondente
1: adesione sostanziale a tutti gli aspetti significativi del requisito	4
2: adesione considerevole alla maggior parte degli aspetti significativi del requisito	3
3: adesione parziale	2
4: adesione minima	1
5: non adesione	0

Tabella 2: criteri di misura della adeguatezza ai requisiti per l'accREDITamento nel sistema J.C. (USA)

I risultati ottenuti da ogni singolo requisito vengono consolidati attraverso algoritmi (*aggregation rules*),

- ❖ rispetto ad un'area, che corrisponde a un tema oggetto di verifica e costituisce l'elemento minimo preso in considerazione nella *'decision grid'* – la griglia per la decisione di accREDITamento.
- ❖ rispetto ad un 'cluster', che rappresenta un livello di aggregazione maggiore dei requisiti del sistema complessivo.

Alcuni requisiti sono bloccati (*cap*) – debbono cioè essere posseduti ad un livello di adeguatezza prestabilito o ad essi è attribuito un punteggio fisso, in modo da limitarne l'impatto (in senso positivo o negativo) sul punteggio complessivo; è inoltre contemplata la

possibilità della non applicabilità.²

Il punteggio assegnato ai *cluster* principali viene utilizzato per rendere evidenti alla organizzazione le aree di forza e di debolezza; il punteggio complessivo rappresenta il livello di adesione al modello raggiunto dalla organizzazione oggetto della verifica.

Il modello genera un punteggio di riferimento variabile, specifico per ciascuna organizzazione, che deriva dal numero dei requisiti applicabili, moltiplicato 4, che è – si è visto – il punteggio massimo raggiungibile da ogni singola ‘domanda’ della lista di verifica.

Il livello della organizzazione è espresso come punteggio percentuale rispetto al totale.

Elementi caratteristici del metodo score in modelli consolidati in altri settori (ANFIA, QS 9000, EFQM)

Si riportano alcuni approcci in uso nel mondo manifatturiero, utili ad evidenziare ulteriormente opportunità e svantaggi del metodo ‘score’ (v. Tabella 3).

Anche in questi casi, per attribuire ad ogni singolo quesito la “misura” (quantitativa – un numero – o qualitativa – si/no –), sono indispensabili ai valutatori criteri di riferimento, al fine di armonizzarne l’approccio.

Per ottimizzare la diagnosi, è utile definire criteri di misura del singolo elemento del modello. Tipicamente questi criteri si orientano a quanto l’esistente ‘risponde allo scopo/finalità’ della gestione in qualità e quanto le mancanze esistenti sono un ‘reale rischio di decadimento’ delle prestazioni percepite dagli utenti e dagli stakeholders.

c) Il giudizio finale: dalla singola domanda della lista di riscontro alla valutazione sul modello

Il punteggio è dunque assegnato dai valutatori per ogni domanda della lista di riscontro. Il risultato, prima sull’elemento, e successivamente sull’intero modello, è costituito dalla somma dei valori ottenuti rispettivamente sui singoli requisiti ed elementi ed è confrontabile con il valore massimo ottenibile dagli stessi.

E’ possibile effettuare questa valutazione rendendo puro il valore (punteggio) ottenuto dall’elemento, esprimendolo in percentuale con riferimento al massimo ottenibile (es.: rilevato

² La somiglianza del sistema adottato dalla Joint Commission con quello di valutazione del Baldrige Award è notevole: nel premio americano per la qualità il flusso decisionale parte dal livello rappresentato dall’area. Più aree si aggregano in un “item di valutazione”. Più item costituiscono le ‘Categorie’ del premio (sette in tutto). Ad esempio:

Categoria ‘Informazione e analisi’										
Item: Estensione e Gestione dei Dati e delle Informazioni di Qualità e di Prestazione			Item: Confronti competitivi e Benchmarking				Item: Analisi e utilizzo dei dati a livello di Società			
Area Selezione dati	Area Qualità dati	Area Metodi e indicatori	Area Utilizzo dei dati di confronto per il miglioramento	Area Estensione e fonti dei dati di confronto	Area Utilizzo dei dati di confronto per la definizione di obiettivi innovativi	AreaArea ...	Area ...	Area	Area

30 su un massimo possibile di 60, il risultato sarebbe: 50%).

Dal confronto tra il risultato ottenuto ed il valore soglia (considerato come minimo richiesto per l'approvazione) potrà risultare la 'promozione' del sistema, ovvero una 'bocciatura' ovvero infine una promozione condizionata al recupero delle 'insufficienze'.

d) L'attribuzione del "peso" nel metodo score

Quando il contributo di ciascun elemento al modello è considerato di importanza differente, l'introduzione del peso sottolinea la diversa rilevanza che gli viene attribuita per "completare" il sistema oggetto di verifica.

L'attribuzione dei pesi ai vari elementi del modello rende più complesso il calcolo nel metodo "score", poiché il valore rilevato come misura dell'elemento (somma dei punteggi dei requisiti pertinenti) deve essere moltiplicato per il peso assegnato all'elemento stesso, e la valutazione complessiva sul modello è rappresentata dalla sommatoria dei valori ottenuti

Un esempio:

Modello con tre elementi:

A di peso 30, che significa un'importanza del 30% per la realizzazione del modello

B di peso 50, cioè importanza del 50%

C di peso 20, cioè importanza del 20%

Si noti che, in qualunque modo siano espressi, i pesi sono sempre formalizzabili come percentuale sull'intero modello, poiché esso è l'intero (100%) di cui gli elementi fanno parte.

In sede di verifica l'elemento A viene ritenuto realizzato per il 30% (misura - vedi paragrafo precedente), l'elemento B per il 20% e l'elemento C per il 40%.

La valutazione (quantitativa) per l'intero modello perciò sarà:

*$[(30\%*30)+(20\%*50)+(40\%*20)] = (9+10+8)\% = 27\%$*

Il modello è stato "realizzato" per il 27%

In applicazioni mature (Anfia AVSQ'94) l'attribuzione di un peso maggiore è stata tradotta in un numero superiore di domande sul tema/elemento, configurandosi quindi in un sorta di maggiore approfondimento dell'elemento stesso e rendendo nel contempo il conteggio più automatico.

Nel sistema adottato dalla Joint Commission è attribuito peso maggiore ai requisiti che esplorano gli aspetti assistenziali o i risultati delle cure, inoltre è utilizzato, al fine di rendere meno influenti alcuni requisiti, il già descritto sistema dei "caps".

e) Esclusione di alcune voci dalla lista di riscontro

Uno dei problemi della corretta valutazione del risultato finale è legata alla personalizzazione del modello in fase di applicazione.

I valutatori, infatti, in fase di pianificazione della visita di verifica, hanno la facoltà di escludere alcune domande inapplicabili nel caso specifico, e questo non deve comportare distorsioni nella misurazione.

Una modalità per ovviare a questo problema è rendere il valore riscontrato in numero puro (%) in riferimento al massimo ottenibile considerata l'esclusione pianificata (è il metodo adottato dalla Joint Commission, già descritto).

Tabella 3: Sistemi di valutazione in alcuni approcci consolidati

Modello	I sistemi di misura	Criteri di giudizio finale
AVSQ'94 - Anfia (Associazione nazionale fra industrie automobilistiche)	Score per domanda espresso su 5 livelli 0 : Non applicato 2,5 : Carenze "gravi" nella applicazione 5 : Carenze nella applicazione e "formalizzazione" che richiedono interventi 7,5 : Carenze "minori" nella estensione e modalità di applicazione che è opportuno colmare 10 : Formalizzazione completa e adeguata del Sistema di Gestione ed applicazione in tutte le aree.	Il peso dei diversi elementi è determinato da diverso numero delle domande. L'organizzazione è considerata "idonea" solo se il punteggio supera la soglia di 90% sul punteggio massimo ottenibile e nessuna domanda ha ottenuto una misura inferiore a 5 (soglia minima, al di sotto della quale è richiesto un intervento).
Qualifica QS9000	Score per <u>domanda</u> espresso su 4 livelli O : NO, non è soddisfatto questo aspetto o è inconsistente l'applicazione M : si, è soddisfatto questo aspetto, ma ci sono alcune incongruenze nella applicazione C : SI, è soddisfatto questo aspetto ed applicato in modo consistente CI : SI, oltre a quanto sopra ci sono consistenti miglioramenti per l'utente sui precedenti 12 mesi. Successivamente è valutato l'intero elemento a cui appartengono i requisiti con un secondo score a raggiungere un punteggio complessivo. Score per <u>elemento</u> , derivante da insieme degli esiti delle domande 0 : se uno o più O oppure quattro o più M 1 : se da uno a tre M 2 : se nessun O oppure M 3 : se uno o più CI e nessun O / M NA : Non Applicabile	Il sistema di gestione è ritenuto "idoneo" se il punteggio complessivo non è inferiore a 100 (vedi n° elementi) e nessun punteggio degli elementi è inferiore a 2.
Auto-valutazione della gestione aziendale secondo l'European Quality Award (EQA)	Ogni requisito è misurato su 4 livelli 0% : non avviato. Forse qualche buona idea ma senza progressi, livello delle intenzioni. 33% : qualche progresso, alcune evidenze di qualcosa che si sviluppa; attuazioni e risultati frammentari; rari e casuali i riesami che danno luogo a ottimizzazioni e miglioramenti. 67% : progressi consistenti, chiara evidenza che il "tema" è ben affrontato; realizzazione non ancora generalizzata né utilizzata nel suo pieno potenziale, sono regolari i riesami ed i successivi interventi di miglioramento. 100% : pienamente realizzato, approccio di prim'ordine / risultato secondo obiettivi in ogni area; il caso può essere preso come esempio per l'approccio e le performance di "primo della classe".	L'esame prevede una valutazione combinata degli elementi del modello secondo i principi di : "approccio" = visione sistemica della gestione, sostenuta nel tempo; integrata, proattiva, misurabile. "applicazione" = accettazione da parte del personale e condivisione con i fornitori; estensione alle aree organizzative pertinenti e ai prodotti, in ordine di importanza e "risultati" = di buon livello se paragonati con i 'best in class', in trend di miglioramento.

Fonte Ing. Novelli CERMET

Pesi, Misure, Soglie nel processo di accreditamento - Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento n° 5

A cura di Renata Cinotti, Vania Basini, Gilberto Novelli

f) I rischi del metodo score

L'espressione della valutazione finale con un indicatore sintetico – il punteggio finale (in valore assoluto o percentuale) – ha l'effetto di appiattire il processo di valutazione, con i seguenti principali rischi:

- Il punteggio complessivo ottenuto è accettabile ma qualche requisito di un elemento o un intero elemento rispetto al modello è sostanzialmente carente.

Il correttivo è stabilire dei minimi per ogni misura (per domanda, per elemento/sotto elemento, ecc.), oltre che per l'intero sistema, al di sotto dei quali anche un punteggio globale superiore alla soglia imporrebbe “prescrizioni”. Si sono evidenziate in Tabella 3 alcune di queste scelte.

- La valutazione di un'organizzazione con un punteggio può facilmente indurre all'inerzia verso sviluppi di maturazione e miglioramento degli aspetti deboli, specie se il punteggio risulta ‘accettabile’.

Un correttivo potrebbe essere costituito da un “Rapporto” che comunque metta in luce le debolezze riscontrate o le opportunità da perseguire, ad integrazione del valore riscontrato.

Il metodo PASS-FAIL

Somiglianze e differenze rispetto al metodo score

In alternativa all'approccio score può essere adottata la metodologia "pass-fail" o di giudizi di idoneità (es.: SI, si, no, NO).

Tale metodo consiste principalmente nel giudicare se la situazione sotto analisi è carente in forma minore o maggiore rispetto ad un “ottimale” o predefinito livello di gestione.

Con questo approccio si prevede di solito una valutazione complessiva dell'elemento, in base alla quantità di carenze minori e maggiori riscontrate con le singole domande attraverso il passaggio dalla semplice “analisi si/no” alla diagnosi eziologica dell'elemento tenendo conto anche del contesto (in scienza e coscienza... ovvero experience and judgment).

Una carenza maggiore su una singola domanda potrebbe così non compromettere la buona gestione secondo la “filosofia” dell'elemento; una serie di carenze minori potrebbe inficiare la validità della gestione in relazione all'elemento.

L'approccio attualmente più evoluto per “qualifiche” (QS 9000) suggerisce di valutare i singoli elementi riesaminando secondo criteri predefiniti i risultati dell'indagine per singola domanda pertinente, esprimendo alla fine un giudizio di :

Elemento con carenze maggiori, in cui cioè il sistema è fallito (anche più conformità minori possono portare al medesimo fallimento ed essere pertanto considerate complessivamente ‘carenza maggiore’);

Elemento con carenze minori (espressione di inosservanze rispetto al modello di riferimento che non pregiudicano la ‘tenuta’ del sistema qualità);

Elemento con opportunità di miglioramento (situazione in cui una maggiore osservanza dei requisiti del sistema può determinare miglioramenti specie in termini di efficienza).

Questo esito della valutazione si discosta nettamente dall'approccio “score” e costituisce probabilmente l'aspetto caratterizzante di questo metodo.

Quando esso viene utilizzato per la valutazione complessiva è importante definire il numero massimo di carenze minori e maggiori ammesse.

Per una lettura più raffinata, inoltre andrebbero evidenziati quali impatti potenziali queste carenze hanno sulla funzionalità della gestione in atto e sulla salvaguardia della qualità per

l'utente.

Anche per l'approccio pass-fail – ovviamente – è fondamentale la definizione di criteri di valutazione delle situazioni in esame per attribuire il livello di idoneità (per domanda e per elemento).

Considerazioni generali sui due metodi

In sintesi, nella “misura” dei sistemi di gestione con uso di check-list si può ritenere che il metodo ‘score’ sia orientato al raggiungimento di un punteggio minimo per la “qualifica”, mentre il metodo ‘pass-fail’ è orientato ad individuare le carenze residue dallo stato attuale in riferimento ad una soglia predefinita e/o “ottimale”. Si può anche affermare che il metodo pass-fail appare più appropriato ad una situazione poco standardizzabile ed in evoluzione come stimolo alla crescita (ma per la sua applicazione è ancora più forte la necessità di competenza dei valutatori).

In forma schematica si possono rappresentare le differenze fra i due metodi come nella figura seguente:

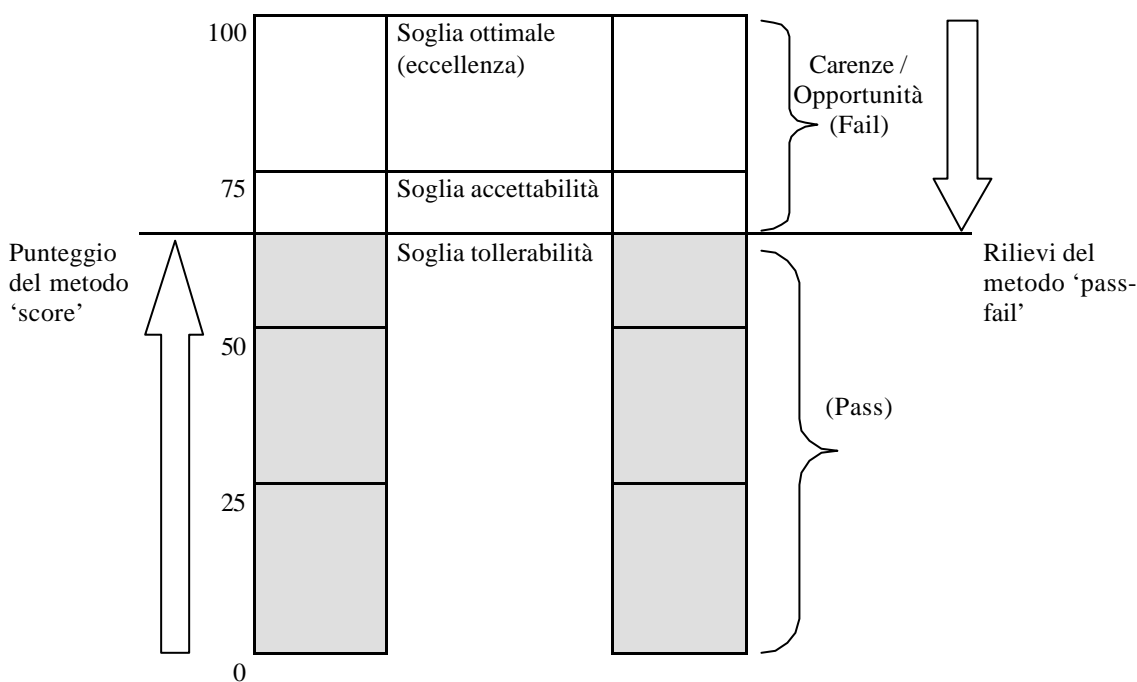


Figura 2: Confronti fra metodo ‘score’ e ‘pass-fail’

Le "soglie" di tollerabilità, accettabilità, eccellenza

Si possono quindi definire soglie di:

Tollerabilità, ovvero stato di carenze da affrontare con priorità e in tempi stabiliti per raggiungere l'idoneità per il “momento attuale” (quindi è implicito che tale soglia sia solo transitoria);

Accettabilità, ovvero stato di “maturità” predefinito per ogni elemento del modello di

valutazione.

Eccellenza, ovvero livello di gestione e risultati ottimali a cui parametrare lo stato attuale per valutare l'entità del miglioramento (ad es. come opportunità di miglioramento oltre la soglia di accettabilità).

Le soglie possono anche essere collocate a diversi livelli per diversi elementi, a seconda di indirizzi o priorità specifiche definite a livello di 'governo'; in altre parole, il livello di tollerabilità o di accettabilità, soprattutto in situazioni immature, può essere più o meno alto a seconda della importanza che viene attribuita all'elemento stesso, sia come priorità nella attivazione, sia come considerazione critica dello "stato dell'arte" del sistema.

Per quanto riguarda l'accreditamento la soglia di tollerabilità si configura come la demarcazione tra "non-accreditabilità" (al di sotto), e "accreditabilità con prescrizioni" (al di sopra), mentre la soglia di accettabilità assume il ruolo di soglia di "accreditabilità". In questo modo le "prescrizioni" esprimono il contenuto del divario tra il livello tollerabile ed il livello accettabile.

L'eccellenza, viceversa, è l'orizzonte verso il quale muovere il sistema, spostando la tollerabilità e l'accettabilità attraverso un programma graduale di innalzamento delle soglie.

Applicazioni all'accreditamento nel contesto emiliano-romagnolo

Il giudizio di accreditabilità emerge come un giudizio complesso, che assomma più problematiche:

- la presenza o meno dei requisiti descritti nel modello, espressa secondo una scala di giudizio a 4 valori (**la misura**);
- l'importanza relativa degli elementi indagati (fino al singolo requisito) nell'esprimere la concorrenza alla realizzazione dell'intero modello (**il peso**);
- la complessiva accettabilità della struttura, attraverso l'aggregazione dei singoli elementi riscontrati, per tutte le posizioni intermedie tra la "conformità piena" (il raggiungimento del massimo punteggio possibile) o la totale inadeguatezza (punteggio zero) (**la soglia**).

L'espressione del giudizio deve inoltre garantire:

- la leggibilità dei risultati della valutazione di sistema ai fini del raggiungimento degli obiettivi stabiliti per lo stesso: governo dell'organizzazione, controllo di processo, risultato in qualità e soddisfazione delle cure erogate.

La soglia – si è visto – necessita di ulteriore definizione, a seconda del metodo utilizzato per la valutazione complessiva: può essere basata sul singolo requisito, fino alla costruzione di un sistema Pass/Fail (il singolo F, o un prestabilito numero di F, determinano il giudizio di non-accreditabilità), o viceversa, adottato un sistema di "scoring", i punteggi dei singoli requisiti vengono sommati, con lo scopo di raggiungere un valore complessivo minimo, definito come livello "accettabile".

La definizione della soglia (e, in qualche modo, anche del peso), rappresenta, nel caso specifico dell'accreditamento, prima di tutto un problema "politico": dire "cosa è sufficiente" (il livello di tollerabilità) è esprimere un giudizio di valore sulla totalità e sugli elementi del modello, e difficilmente può prescindere dal giudizio del committente che sa cosa gli è necessario.

Occorre quindi, per prima cosa, che siano esplicitati gli scopi del committente, nel nostro caso la Regione.

- In primo luogo essa ha, come una qualsivoglia azienda, un problema di “selezione del fornitore”: deve individuare e garantir(si) un buon livello qualitativo dei servizi acquisiti;
- in secondo luogo, essendo pubblica amministrazione, deve rispondere, tra gli altri, ai principi di motivazione, trasparenza, imparzialità e par condicio della propria azione, e quindi deve esplicitare in modo univoco i criteri di selezione e decisione;
- in terzo luogo, come ente pubblico, ha una funzione di tutela del cittadino e dei suoi diritti, che si manifesta in obiettivi, di volta in volta definiti, che riguardano sia l’offerta che il livello qualitativo dei servizi: questo ultimo può essere inteso anche in senso dinamico (“maturazione” della qualità).

Il primo punto, configurando le verifiche per l’accreditamento come una premessa contrattuale, richiede solamente la compatibilità tra il livello qualitativo richiesto ed il costo da sostenere per acquisire servizi di quel livello.

Il “potenziale fornitore” si sottopone volontariamente ad una verifica, e, se scelto, riceverà un corrispettivo noto e accettato adeguato.

Nella seconda situazione, invece, l’accreditamento assume una valenza amministrativa: l’interesse del valutato in questo caso deve essere considerato in modo particolare perché dall’esito positivo del procedimento, discende l’unica possibilità di accedere al Servizio Sanitario Nazionale. Il giudizio di accreditabilità necessita di argomenti che possano reggere ad un esame da parte di un giudice (TAR), che ricerca evidenze chiare, univoche, oggettivamente verificabili su come è definita la soglia.

In questo senso il giudizio SI/NO senza gradazioni sul singolo requisito è decisamente più facile da gestire (è questo il caso, ad esempio, del livello della autorizzazione): il maggior pregio è nei confronti dei valutati, per i quali è comprensibile senza difficoltà sia il giudizio che la par condicio, e se insoddisfatti possono presentare ricorso; esso però non fotografa a sufficienza le possibili sfumature.

Ad un livello più sofisticato si pone, come risposta a questa problematica, la definizione della soglia come “punteggio minimo”: rimane infatti comprensibile e trasparente sia nei confronti dei valutati, che di un possibile giudice amministrativo.

Tuttavia tale scelta necessita di un sistema e di un modello tarato e questo non è il caso del sistema sanitario, ai primi approcci alla valutazione.

In sede di prima applicazione di un modello sistemico la possibilità di ‘costruire’ il giudizio complessivo attraverso l’evidenza della adeguatezza ai singoli requisiti consente di valorizzare gli sforzi già realizzati dalle strutture sanitarie, motivandole ulteriormente.

Nel terzo punto l’accreditamento diventa strumento di promozione di un obiettivo – la qualità – ritenuto essenziale. Le finalità diventano quindi “educative”, il processo di accreditamento tende ad assumere lo scopo di analizzare, “visitare” (come un medico) le strutture valutate. In questo caso, è indispensabile l’interpretazione, che si realizza attraverso un esame delle carenze, e permette di delineare un percorso per il raggiungimento dei desiderata.

Critica inoltre è la comunicazione fra i vari soggetti coinvolti nel processo valutativo: organo tecnico di valutazione (ASR), committente/decisore (Regione/Assessorato) e struttura valutata.

Nella Pubblica Amministrazione l’istruttoria è finalizzata unicamente a dare motivazione e certezza del provvedimento amministrativo; essa ha quindi valenza interna, e deve avere parametri e contenuti oggettivi utili all’espressione di giudizi, prescrizioni, sanzioni. Questa

comunicazione, nel caso specifico dell'accreditamento avviene dall'Agenzia nei confronti dell'Assessorato alla Sanità Regionale, che è il committente della verifica e il finale decisore; il provvedimento espresso (decreto) è la parte di comunicazione tra l'Assessorato e la struttura. Risulta invece particolarmente innovativa la possibilità di creare una relazione tra organo tecnico e struttura valutata, che consente di impostare "amichevolutamente" e non solo prescrittivamente un percorso per il miglioramento qualitativo della struttura stessa (partendo da una conoscenza approfondita della situazione riscontrata).

Da queste considerazioni ed esigenze discendono le scelte operate, riportate nella delibera di Giunta Regionale del 1 marzo 2000 n° 594 e prossimamente anche nel 'Manuale' per le visite di accreditamento della Agenzia.

Nel caso delle verifiche a fini di accreditamento nella nostra Regione sono previsti tre output: la Check-List compilata, il Rapporto di Verifica e la Relazione Motivata.

Alle strutture viene offerta, attraverso la check-list compilata, una valutazione chiara e puntuale del grado di adeguatezza requisito per requisito (fatto salvo il possesso pieno dei requisiti autorizzativi); l'istruttoria acquista valenza in quanto elemento del processo di crescita della qualità della struttura valutata.

Il Rapporto di verifica accorpa a "sistema" i singoli elementi esaminati, fornendo l'interpretazione globale della struttura rispetto al modello fornito, ed è prettamente strumento di lavoro per i "tecnici" esperti nella lettura ed interpretazione del modello. Esso è perciò documento interno, conclusivo di istruttoria tecnica.

La Relazione motivata è la comunicazione fondamentale tra l'ASR e l'Assessorato, il cui scopo è fornire gli elementi di giudizio per assumere la decisione di accreditamento; utilizza gli elementi analitici costituenti il giudizio tecnico per valutare la complessiva rispondenza della struttura alle necessità della programmazione regionale presentandosi leggibile in termini di capacità gestionale, governo dei processi di supporto, dei processi clinico-assistenziali e risultati.

La Relazione motivata per l'accreditabilità diventa quindi il documento cardine:

- conclusione riassuntiva della istruttoria tecnica sul sistema qualità della struttura che viene svolta dai valutatori per conto della Agenzia sanitaria,
- motivazione propositiva di un provvedimento amministrativo (il decreto di accreditamento)
- ulteriore strumento di valutazione della congruità della struttura alle necessità regionali³.

Al valutato viene fornita, in sede di visita istruttoria, lo schema di valutazione compilato (la cosiddetta check-list), successivamente e non più dall'Agenzia, ma da parte dell'Assessorato, il decreto contenente l'esito dell'istruttoria con gli eventuali adempimenti ancora da effettuarsi.

Il metodo proposto è perciò l'attribuzione di punti per semplificare il lavoro di analisi tecnica, ma si rinuncia alla definizione della soglia calcolata sul punteggio raggiunto, preferendo una descrizione dello status della organizzazione e una espressione del giudizio basata sulle carenze e le opportunità di miglioramento.

³ Occorre non perdere di vista il fatto che il decreto di accreditamento, così come prescritto nel D.Lgs. n° 229/99 si basa su tre presupposti: compatibilità della struttura con la programmazione regionale; possesso di requisiti di qualificazione prescritti dalle regioni; dimostrazione della qualità delle cure erogate.

Appendice 1: modalità di valutazione dei requisiti della check-list (Il Manuale dell'Agenzia Sanitaria)

Valutazione dei requisiti generali

La check-list è il documento che, identificando i singoli aspetti da indagare, attraverso i requisiti e le loro evidenze, “fotografa” la struttura.

È il documento principale a disposizione del Team per esprimere analiticamente il proprio giudizio e della struttura per conoscere la valutazione che ad essa è stata attribuita.

Costituisce mandato del team valutare la conformità della struttura ai requisiti del modello di riferimento. Quanto di seguito illustrato è perciò la modalità con cui dovrà essere svolto il lavoro del team.

Per ogni domanda della check-list presa in considerazione l'espressione della conformità dovrà essere espressa in una scala di quattro valori: NO, no, si, SI, [e questi 4 gradi corrispondono alle percentuali di conformità: 0, 33, 66, 100%].

I valori sono così definiti:

<u>NO:</u>	requisito mancante o applicato in modo fortemente <u>contrastante con lo spirito e le finalità</u> per cui è posto. Carezza o insufficienza grave, tale da inficiare l'accREDITamento per quel requisito.
<u>no:</u>	requisito esistente anche <u>in modo parziale</u> ma sviluppato e applicato in modo carente o non strutturato o solo per alcuni aspetti.
<u>si:</u>	requisito esistente ed in linea di massima <u>coerente con i principi e le finalità</u> per cui è posto. È però suscettibile di miglioramento ulteriore per permettere l'ottenimento di un riconoscimento di livello soddisfacente rispetto al modello
<u>SI:</u>	requisito applicato in <u>completa coerenza</u> con il modello, in tutti i suoi aspetti.

L'aggregazione dei requisiti a sistema, nel modello per l'accREDITamento suddiviso nei dieci capitoli, permette di attribuire ad ogni elemento (capitolo) del modello una importanza relativa nel raggiungimento della qualità richiesta complessivamente alla struttura, attraverso l'attribuzione di un peso a ciascuno di essi, in modo da evidenziare la rilevanza del capitolo rispetto a tutto il documento, ovvero quanto ciascun capitolo incide sulla valutazione complessiva della struttura esaminata.

I pesi attribuiti nello schema sottoillustrato rappresentano una facilitazione per i valutatori, consentendo loro di sintetizzare il giudizio finale nella considerazione e relazione tra i singoli aspetti esaminati.

Tali pesi, attribuiti dal committente Assessorato, potranno da esso essere modificati qualora si manifestassero esigenze diverse.

In sede di prima applicazione del modello per l'accREDITamento i pesi sono attribuiti solo ai capitoli, e non ai singoli requisiti.

Per ciascun capitolo i pesi sono i seguenti:

Capitolo		Peso
1	Politica	10
2	Pianificazione	12
3	Comunicazione	9
4	Struttura	8
5	Attrezzature	8
6	Formazione	9
7	Sistema informativo	11
8	Procedure	10
9	Verifica dei risultati	12
10	Miglioramento	11

Inoltre sono definiti, all'interno dei capitoli, i requisiti sottoindicati, i quali richiedono un grado di idoneità almeno sufficiente (=si piccolo) per il conseguimento dell'accREDITAMENTO:

Politica: la identificazione degli obiettivi per la qualità.

Pianificazione: il documento di pianificazione annuale, lo standard di prodotto.

Comunicazione: la partecipazione alla definizione degli impegni della carta dei servizi, la documentazione di una comunicazione interna efficace per la buona gestione dei processi e in merito agli obiettivi ed alle loro verifiche.

Formazione: affiancamento, addestramento, mantenimento della competenza clinica.

Sistema informativo: gestione dei dati e delle informazioni necessarie alla verifica dei risultati pianificati.

Verifica dei risultati: verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi della pianificazione, dello standard di prodotto, monitoraggio dei processi, anche con l'utilizzo di indicatori individuati dai professionisti.

Infine si ricorda che la struttura **deve possedere tutti i requisiti richiesti per l'autorizzazione** (= si piccolo o SI grande).

Il riscontro di carenze gravi (NO grande) su tali requisiti dovrà essere comunicato all'Assessorato regionale e potrà essere causa di sospensione dell'istruttoria per l'accREDITAMENTO; dovrà inoltre essere segnalato, da parte dell'Assessorato regionale, al Comune che ha rilasciato l'autorizzazione per eventuali provvedimenti in merito alla stessa.

Il riscontro di carenze minori (no piccolo) su tali requisiti dovrà essere comunicato all'Assessorato regionale.

***N.B.:** I requisiti richiesti per l'autorizzazione sono valutati in sede di autorizzazione solo per quanto riguarda l'esistenza di una evidenza, mentre l'accREDITAMENTO li considera nuovamente alla luce di una valutazione di conformità sulla scala più ampia relativa non solo alla esistenza, ma anche alla coerenza complessiva rispetto al sistema di organizzazione.*

Requisiti specifici

Per alcune tipologie di strutture sono approvati Requisiti specifici, che devono essere valutati in aggiunta e approfondimento dei requisiti generali.

La modalità di valutazione è la medesima esposta per i requisiti generali.

Costituisce **requisito obbligatorio** per l'accreditamento – da possedere almeno con un grado di idoneità sufficiente (= sì piccolo) – la evidenza di applicazione dei requisiti descritti al capitolo intitolato “Qualificazione dei percorsi diagnostico-assistenziali”.

Approfondimenti

Applicabilità dei requisiti – Uguaglianza delle strutture

Il modello di riferimento per la valutazione è disegnato in modo da contenere requisiti applicabili, nella parte generale, a tutte le tipologie di strutture. Differenze tra strutture (es. dimensioni, settore di attività, o modalità erogative) comportano differenze nella ricerca delle evidenze, ovvero nella ricerca delle “prove” del possesso dei requisiti, e non nel possesso dei requisiti stessi.

L'esistenza viceversa dei requisiti specifici solo per alcune tipologie di strutture, costituendo un approfondimento dei requisiti generali, consente da una parte che essi siano applicati a tutte le strutture rientranti nelle tipologie descritte (strutture alle quali quindi è garantita in orizzontale l'uguaglianza: a medesima tipologia di struttura, applicazione di medesimi requisiti), e d'altra parte permette, grazie alla specificità e caratterizzazione dei requisiti stessi, di meglio comprendere la identificazione delle evidenze dei requisiti stessi.

Piano di verifica: personalizzazione della check list, gestione delle evidenze e della documentazione

Il piano di verifica è lo strumento di analisi complessiva della struttura: la “personalizzazione” della check list effettuata dal team di verifica è effettuata per consentire l'approfondimento mirato di alcuni punti che, dall'esame della documentazione fornita al momento della presentazione della domanda, appaiono suscettibili di miglior analisi.

La ricerca delle evidenze è compito primo della struttura esaminata, che ha la possibilità di proporre qualunque elemento ritenga utile alla dimostrazione del possesso dei requisiti e compito dei valutatori è l'accertamento della coerenza di quanto proposto come evidenza con l'intero modello di analisi.

Scopo della verifica non è la raccolta di tutta la documentazione possibile: qualora vi sia uniformità di giudizio tra la struttura ed il team, attestata dalle firme sulla check-list compilata, non si ritiene debba essere trattenuto altro. Al contrario, dovrà essere evidenziato e ben documentato ogni punto contestato.

È da evidenziare inoltre che compito specifico e ulteriore del team è di acquisire, come già descritto al secondo capitolo del presente documento, gli indicatori utilizzati dalla struttura per l'attività di valutazione interna.

Appendice 2: la Relazione Motivata (Il manuale della Agenzia Sanitaria)

La **Relazione motivata** consiste nel testo interpretativo dei risultati della verifica svolta e nella proposta in ordine alla accreditabilità.

Contiene gli elementi per individuare:

- la struttura oggetto della verifica
- l'area di indagine e l'estensione della visita

Deve esprimere il giudizio fornito all'Assessorato secondo le seguenti aree di esposizione:

- leadership e governo clinico
- governo dei processi gestionali e di supporto
- funzioni orientate al paziente e risultati

Gli elementi di analisi del modello (gruppi omogenei di requisiti) dovranno perciò essere riaccorpati secondo i criteri sottoelencati in una delle susposte aree, in modo da permettere la espressione della valutazione.

Alla redazione della Relazione motivata collaborerà il Team leader che ha svolto la verifica.

Alla Relazione andrà allegata copia della check-list compilata e controfirmata, nonché la documentazione relativa alle eventuali contestazioni.

La Relazione motivata deve esprimere il giudizio fornito all'Assessorato secondo le seguenti aree:

Tabella 4: criteri di riaccorpamento dei requisiti per la relazione motivata

<i>LEADERSHIP E GOVERNO CLINICO</i>
<i>Requisiti generali</i>
1. Politica
1.1 La Direzione Aziendale e le Politiche complessive dell'Azienda
1.2 La Direzione della Struttura Sanitaria e la Politica della struttura
1.3 Condivisione, diffusione, revisione
1.4 Rappresentante della Direzione della Struttura
2. Pianificazione
2.5 Lo standard di prodotto
3. Comunicazione
3.4 Comunicazione interna alla struttura
6. Formazione
6.0 Valutazione di idoneità al ruolo
6.1 Inserimento, Affiancamento, Addestramento
6.2 Formazione continua e Aggiornamento
9. Verifica dei risultati
9.1 Responsabilità per la valutazione del grado di adeguatezza dei processi operativi per il conseguimento degli obiettivi specifici programmati
9.2 Valutazione della comprensione, condivisione, soddisfazione
10. Miglioramento
10.1 Responsabilità per la gestione del miglioramento
10.1.5. Modalità documentate per la incentivazione al miglioramento
<i>Requisiti specifici (ove esistenti)</i>
Formazione e clinical competence

GOVERNO DEI PROCESSI GESTIONALI E DI SUPPORTO
<i>Requisiti generali</i>
2. Pianificazione
2.0 La Direzione Aziendale e l'organizzazione
2.1 La Direzione della Struttura Sanitaria e l'articolazione / organizzazione interna
2.2 Risorse
2.2 bis Risorse economiche
2.3 Risorse umane
2.4 Piano annuale delle Attività
4. Struttura
4.1 Rispetto strumenti urbanistici e regolamenti edilizi
4.2. Impianti
4.3 Prevenzione degli incendi
4.4 Protezione dalle radiazioni ionizzanti
4.5 Manutenzione
4.6 Smaltimento reflui e rifiuti
4.7 Applicazione D.Lgs. n° 626/94
4.8 Igiene dei luoghi di lavoro e sicurezza antinfortunistica
5. Attrezzature
5.1 Programmazione degli acquisti
5.2 Acquisti, Installazione, Collaudo
5.3 Inventario
5.4 Manutenzione
5.5 Informazione e formazione
7. Sistema Informativo
7.1 Gestione del dato
7.2 Gestione della documentazione
8. Procedure Generali
8.1 Procedure organizzative
8.3 Procedure per l'approvvigionamento
8.4 Procedure per la sicurezza
9. Verifica dei risultati
9.1 Responsabilità per la valutazione del grado di adeguatezza dei processi operativi per il conseguimento degli obiettivi specifici programmati
9.1.3 Valutazione del raggiungimento di obiettivi, processi, prodotti
9.2.2. Documentazione delle attività di valutazione
<i>Requisiti specifici (ove esistenti)</i>
Logistica e dotazioni strutturali, di attrezzature e di personale
Acquisizione di beni e servizi

FUNZIONI ORIENTATE AL PAZIENTE E RISULTATI
<i>Requisiti generali</i>
3. Comunicazione
3.1 La Direzione aziendale e la Carta dei Servizi
3.2 Comunicazione con gli utenti
3.3 Altre modalità di comunicazione
8. Procedure Generali
8.2 Procedure per la realizzazione del servizio

8.5. Prevenzione rischi biologici
9. Verifica dei risultati
9.1.3.1 Valutazione deibisogni e della domanda
9.1.3.2. Valutazione dei processi e prodotti
9.1.4.7. Mantenimento degli impegni presi nella Carta dei servizi
9.1.5. Valutazione Standard di prodotto
9.1.6. Valutazione qualità tecnica
10. Miglioramento
10.1.Miglioramenti della adeguatezza dei processi operativi
<i>Requisiti specifici (ove esistenti)</i>
Qualificazione e valutazione dei processi clinico assistenziali

Bibliografia e riferimenti legislativi/normativi

1. Baldrige Award (a cura di) *Il criterio di punteggio in Mattana G. 'La qualità Totale' AICQ*, Corso EOQ -QSM 1999 –2000
2. Bohigas L., Brooks T., Donahue T., Donaldson B., Heideman E., Shaw C., Smith D. (1998) *A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues*, in International Journal for Quality in Health Care, Vol. 10, n°1: 7–13
3. Canadian Council on Healthcare Services Accreditation (1998) *Manuale per l'attività di lungo degenza*, Montreal
4. Canadian Council on Healthcare Services Accreditation (1998) *Manuale per l'attività ambulatoriale*, Montreal
5. Conti Tito (1998) *Autovalutazione organizzativa: La qualità Totale*, Sperling e Kupfer
6. Conti Tito (1999) *Clienti e stakeholder* in Il Miglioramento continuo nelle aziende sanitarie, CIS, Torino
7. D.Lgs. 229/99 c.d. *'Riforma ter del SSN'*
8. D.Lgs. 419/98 c.d. *'Legge delega per la riforma del SSN'*
9. D.Lgs. 502/92 e 517/93 c.d. *'Riforma del SSN'*
10. D.P.R. 14.1.97 *Atto di coordinamento e di indirizzo alle regioni e province autonome in materia di autorizzazione e accreditamento*
11. D.G.R. E-R n° 556/00 *Il ruolo della rete ospedaliera regionale: Approvazione dilinee guida per l'attuazione del Piano Sanitario Regionale 199/2001: Il governo clinico*
12. L.R. 34/98 *Recepimento dell'atto di coordinamento e di indirizzo – D.P.R. 14.1.97*
13. D.G.R. E-R n°125/99 *Primi provvedimenti applicativi della L.R. 34/98*
14. D.G.R. E-R n°594/00 *Requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie dell'Emilia – Romagna*
15. Donabedian A. (1989) *L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio della assistenza sanitaria* in Q.A. 1-2, 1989.
16. Donabedian A. (1993) *Lecture outlines and illustrative materials for the Seminary on Quality Assessment and Assurance* in I° Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari, Regione Emilia-Romagna, Bologna
17. European Quality Award (a cura di) (1998) *Guida alla partecipazione*, Brussels
18. Joint Commission (a cura di) (1996) *Manuale di accreditamento*
19. Norma UNI EN ISO 8402/95: *Gestione per la qualità e assicurazione di qualità: termini e definizioni*
20. Novelli G. (luglio 1998) *Pesi e misure in modelli di valutazione consolidati: ANFIA, QS 9000. EFQM*, materiali di lavoro per la Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna
21. Ovretveit J. (1998) *La qualità nel Servizio Sanitario*, EdiISES
22. Premio Qualità Italia: Brochure di presentazione, 1999
23. Scrivens E. (1997) *AccREDITAMENTO dei Servizi Sanitari: Esperienze Internazionali a confronto* CIS, Torino
24. Sentenza della Corte Costituzionale 416/95
25. Serie Norme UNI EN ISO 9000
26. Shaw C. *L'accREDITAMENTO*, Aggiornamento TRIPS, Riccione (RN), 2 dicembre 1998
27. Homepage della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, organizzazione di accREDITAMENTO degli ospedali e dei servizi sanitari degli Stati Uniti, <http://www.jcaho.org>

Sommario

LE RAGIONI DEL SUSSIDIO -----	3
IL CONTESTO-----	3
PESI, MISURE, SOGLIE NEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO-----	5
I CONCETTI GENERALI DI RIFERIMENTO-----	5
MISURA -----	7
PESO-----	7
IL METODO SCORE (DEI PUNTEGGI) -----	8
A) CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO-----	8
B) ESEMPI DI APPLICAZIONE-----	8
C) IL GIUDIZIO FINALE: DALLA SINGOLA DOMANDA DELLA LISTA DI RISCONTRO ALLA VALUTAZIONE SUL MODELLO-----	9
D) L'ATTRIBUZIONE DEL "PESO" NEL METODO SCORE -----	10
E) ESCLUSIONE DI ALCUNE VOCI DALLA LISTA DI RISCONTRO -----	10
F) I RISCHI DEL METODO SCORE -----	12
IL METODO PASS-FAIL -----	12
SOMIGLIANZE E DIFFERENZE RISPETTO AL METODO SCORE -----	12
CONSIDERAZIONI GENERALI SUI DUE METODI -----	13
LE "SOGLIE" DI TOLLERABILITÀ, ACCETTABILITÀ, ECCELLENZA -----	13
APPLICAZIONI ALL'ACCREDITAMENTO NEL CONTESTO EMILIANO-ROMAGNOLO -----	14
APPENDICE 1: MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI REQUISITI DELLA CHECK-LIST (IL MANUALE DELLA AGENZIA SANITARIA)-----	17
VALUTAZIONE DEI REQUISITI GENERALI -----	17
REQUISITI SPECIFICI-----	18
APPROFONDIMENTI-----	19
APPLICABILITÀ DEI REQUISITI – UGUAGLIANZA DELLE STRUTTURE -----	19
PIANO DI VERIFICA: PERSONALIZZAZIONE DELLA CHECK LIST , GESTIONE DELLE EVIDENZE E DELLA DOCUMENTAZIONE -----	19
APPENDICE 2: LA RELAZIONE MOTIVATA (IL MANUALE DELLA AGENZIA SANITARIA)-----	20
BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI LEGISLATIVI/NORMATIVI -----	23
SOMMARIO-----	24