

Qa Ri-Vista dell'Asiquas

a cura di Margherita Cazzetta, coordinatrice Rivista QA

Una nuova avventura come quella intrapresa dall'Asiquas non poteva che partire in continuità con l'esperienza della Siquas ed ecco che con questo primo numero riparte, in una nuova veste, la rivista scientifica che ha permesso e permetterà di raccogliere esperienze, riflessioni su tutto ciò che gira intorno al mondo della Qualità in sanità.

Con questo spirito la QA Ri-Vista vuole raccogliere articoli originali e di ricerca, che sono la vera espressione dello stato dell'arte dell'attività quotidiana svolta per la qualità nel mondo della sanità. In Italia si svolgono tante iniziative di alto livello nel campo della qualità dell'assistenza sanitaria e della promozione della salute, cui è giusto dare uno spazio idoneo alla comunicazione e al confronto. Ma non solo, verrà dato spazio anche ad articoli di revisione presentati attraverso un'illustrazione commentata basata sui principi evidence-based di temi rilevanti per le pratiche inerenti il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, indirizzate a un pubblico di lettori non necessariamente rappresentati da specialisti dei temi della qualità.

E ancora, saranno presenti anche articoli di commento a testi o lavori "storici" di particolare attualità: un modo per capire da dove veniamo, per non dimenticarsi mai chi ci ha preceduto, con le azioni e il pensiero, in uno spirito che sappia guardare avanti con la consapevolezza, la cultura e le abilità che derivano dalla storia della qualità in sanità in Italia e nel mondo. Questo nuovo prodotto editoriale sarà anche il luogo per dare spazio a presentazioni tempestive su temi rilevanti nell'assistenza socio-sanitaria in uno stile breve e facilmente accessibile.

E poi casi-studio di interesse generale o articoli della letteratura internazionale, con descrizione dei principali risultati e un commento sulle possibili applicazioni nella realtà socio-sanitaria italiana. E pure saranno presenti contributi sui rapporti fra mondo della sanità ed altre professioni umanistiche o scientifiche, includendo la sociologia, l'antropologia, la storia, la filosofia, l'economia, l'etica e la letteratura.

Si è pensato anche di dare spazio agli 'esordienti' ovvero a chi ha appena scritto una tesi di laurea o di dottorato di alto livello scientifico. In questo numero l'Asiquas vuole presentarsi partendo dalle sue radici e raccontando perciò il lungo percorso che ha accompagnato la nascita dell'Associazione che riafferma la sua posizione su alcuni temi della sanità pubblica in Italia con l'articolo "Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19".

La lunga attività di confronto, verifica, studio e analisi, nonché di ricerca e di implementazione, ha portato poi all'elaborazione del "Framework della qualità che il presidente dell'Asiquas presenta in un articolo ricco di spunti. Per chiudere questo numero abbiamo poi scelto di presentare 2 delle 15 raccomandazioni sulle principali strategie per la qualità: 1) Audit clinico: che cosa è e che cosa non è. Le definizioni e i malintesi e 2) Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale" perché entrambi sono ritenuti strumenti utili alla comunità professionale.

Buona lettura a tutti

Il lungo cammino per una sanità di qualità: la storia dell'Asiquas

Negli anni '70 il movimento internazionale per la salute pubblica ebbe la sua più alta espressione con la "Dichiarazione di Alma Ata", promulgata dall'OMS (1978)¹, in cui si dettavano i principi per una "Salute per tutti nel 2000". L'Ufficio regionale dell'OMS-Europa organizzò agli inizi degli anni '80 una serie di seminari e workshop che hanno riunito alcuni dei primi cultori di qualità nell'assistenza sanitaria². Tra il 1982 e il 1985, 4 incontri fra esperti: nel 1982, a Utrecht si stabilirono i principi generali, nel 1983 a Kiel i principi per l'organizzazione della qualità, nel 1984 a Barcellona gli strumenti per la qualità, nel 1985 a Udine la formazione per la qualità. In tali occasioni maturò l'idea di formalizzare la rete che si stava costituendo, fondando alcune società scientifiche nazionali per la Qualità dell'assistenza sanitaria.

1984 Nel 1984 in Italia, a Udine, nasce la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (Siquas-VRQ) che ha contribuito a diffondere gli strumenti, i metodi e le tecniche per progettare, organizzare, valutare e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, adattandola al contesto italiano e diffondendo strumenti come l'accreditamento, l'audit clinico, i percorsi assistenziali, gli strumenti ed i metodi per la sicurezza dei pazienti e la misura della loro soddisfazione, i metodi per co-progettare nonché le migliori e più appropriate modalità di cura orientate alla persona. Fondatore della Siquas-VRQ, in Italia, fu il prof. Franco Perraro, medico e pioniere di un sistema di valutazione della qualità delle prestazioni in grado di porre le basi per il superamento dell'autoreferenzialità nella sanità. Il principio di riferimento è stato il miglioramento continuo, ovvero stimolare gli operatori all'analisi dei servizi ed al loro miglioramento. Come scrive nel suo libro³ *"uno sparuto manipolo di medici italiani che si avventurarono, agli inizi degli anni '80, lungo un tortuoso percorso, ricco di asperità, alla ricerca della qualità in sanità. Il primo problema era capire che cosa fosse la qualità che, per le sue caratteristiche e per la sua variabilità, si colloca in una scala di valori i cui limiti sono l'eccellenza e il pessimo. Tutti la invocano, nella sua accezione positiva, in ogni settore che investe la nostra vita, i nostri interessi, le nostre aspettative"*.

Un anno dopo, nel giugno del 1985, nel corso del seminario internazionale su *Training in quality Assurance*, ospitato dall'ospedale "Gervasutta" e organizzato in collaborazione con l'OMS, vennero poste le basi per la fondazione dell'ISQUA (International Society for Quality in Health Care) che è diventata, negli anni, la più importante rete internazionale per la qualità in

sanità. L'esigenza di creare modi più efficaci per fare networking tra le società nazionali che già esistevano in Europa divenne sempre più forte, tanto che nell'ottobre del 1998 durante la 15th conferenza internazionale dell'ISQUA a Budapest, fu lanciata ufficialmente l'European Society for Quality in Healthcare (ESQH). Ruolo attivo nella costruzione di questa rete europea la ebbe la SIQUAS – VRQ tanto da definire insieme a ESQH i temi trainanti per lo sviluppo della qualità dei sistemi sanitari europei: i sistemi di valutazione esterna della qualità, la sicurezza ed il risk management, i profili assistenziali, la formazione alla qualità, gli indicatori e la partnership con i cittadini.

1992 I principi e gli strumenti elaborati dalla "rete" delle società scientifiche europee ed internazionali sui temi della qualità, trovarono in Italia una base normativa che introdusse l'accreditamento obbligatorio e il metodo di verifica e revisione della qualità (art. 10) (Decreto Legislativo 502/92). In questo modo l'accreditamento entrava nella scena italiana. I primi ad attivarsi furono i professionisti, con numerosi gruppi che realizzarono esperienze e tentativi di applicazione al loro specifico di questo modello.⁴

Grande supporto metodologico agli operatori sanitari venne dato dalla SIQUAS – VRQ, che divenne, con i suoi programmi, il punto di riferimento per gran parte di coloro che volevano:

- Aggiornarsi sulle migliori esperienze nazionali ed internazionali relative alle tematiche della buona qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria tratte dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale;
- Acquisire strumenti per progettare, organizzare e valutare esperienze locali di miglioramento della qualità in grado di dimostrare la propria efficacia sotto forma di indicatori di esito clinico o di performance organizzativa o di monitoraggio continuo dei trend relativi ai risultati delle cure, in vista di una possibile analisi dei costi e dei benefici dei diversi sistemi e servizi sanitari che superi la semplice analisi dei costi;
- Aggregarsi in rete su specifici interessi clinici ed organizzativi per testare assieme possibili proposte innovative di tipo professionale, partecipativo e organizzativo, farle diventare progetti partecipati fra diversi servizi a rete sia a costo zero (la grande maggioranza) sia finanziabili con finanziamenti europei o nazionali, da parte di istituzioni pubbliche o fondazioni private, tutti aventi l'unico obiettivo, sempre da dimostrare con sperimentazioni scientificamente valide,

¹ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

² Quality and accreditation in health care services A GLOBAL REVIEW. Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision WORLD HEALTH ORGANIZATION Geneva 2003

³ Perraro F. – Lo champagne annega la salmonella del tifo - C.G. Edizioni Medico Scientifiche - 2007

⁴ Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000. Carlo Liva Responsabile Accreditamento – Soc. It. per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ)

l'efficacia dei progetti sullo stato di salute dei pazienti trattati. Gli obiettivi dei programmi erano quelli di:

- Stimolare il coinvolgimento dei professionisti in programmi di miglioramento;
- Favorire la analisi delle organizzazioni e, ove necessario, la riprogettazione delle stesse;
- Fornire consulenza, aiutare i professionisti e le organizzazioni sanitarie a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- Promuovere l'autovalutazione, come strumento di costante monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa; l'autovalutazione non è sostitutiva della valutazione esterna, ma integrativa, al fine di mantenere attiva l'attenzione sulla qualità comparando l'autovalutazione (che è continua) con la valutazione esterna (che è periodica);
- Ottimizzare i risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili.

Obiettivi realizzati attraverso l'importante lavoro di individuazione di strumenti di valutazione che rispondevano a criteri di buona qualità⁵.

I primi elenchi di criteri, relativi alla qualità organizzativa, che la SIQUAS realizzò, rappresentavano una sintesi tra i documenti internazionali, la normativa italiana e le esperienze delle altre società scientifiche. L'analisi sistemica e la focalizzazione sugli aspetti organizzativi divenne la chiave per "leggere" le organizzazioni sanitarie⁶. Questa impostazione è stata sperimentata per la prima volta con un gruppo di lavoro della Società di Igiene coordinato dal prof. Francesco Di Stanislao, per l'accreditamento dei Servizi di Prevenzione⁷. La normativa del periodo (Decreto Legislativo 502/92 e 229/99) aveva sicuramente stimolato i professionisti a riflettere sulle loro organizzazioni e formulare proposte di miglioramento ma c'era bisogno di qualcosa in più, di un modello omogeneo adattabile a prescindere dai contesti specialistici.

E' in quel momento che la SIQUAS propose un modello "trasversale", inserito nel quadro delle attività volontarie finalizzate al miglioramento ed alla promozione della qualità. Il modello voleva porsi, quale strumento per "il processo di autovalutazione e di revisione esterna tra pari", come "mandato visibile per migliorare la qualità". Si configurava quindi come strumento volontario di supporto alle organizzazioni ed agli operatori, per aiutarli a valutare, individuare opportunità di miglioramento, definire obiettivi e percorsi, misurare risultati. Il documento si articolava in una parte comune e una serie di parti di settore. La parte comune quale un insieme di criteri organizzativi "trasversali", ovvero che devono essere soddisfatti da qualunque soggetto

(ospedale, poliambulatorio, ma anche singolo servizio/unità operativa) voglia fare il percorso di accreditamento volontario. Un capitolo sui criteri generali di struttura ospedaliera, seguito da capitoli di settore (direzione medica ospedaliera, pronto soccorso) (per saperne di più Liva C.: "L'accreditamento volontario professionale: l'esperienza italiana". In "L'Accreditamento dei Servizi Sanitari in Italia", F. Di Stanislao, C. Liva, Centro Scientifico Editore, Torino 1998). Le attività di accreditamento volontario furono gestite dalla SIQUAS - VRQ, che con le proprie risorse fornì supporto metodologico e, a richiesta, organizzava visite di valutazione. Il grande lavoro della SIQUAS - VRQ ha ispirato la stesura di iniziative per la qualità a livello nazionale, con i propri associati (Ministero della Salute: PROQUAL, Osservatorio delle buone pratiche per la sicurezza, commissione nazionale per il risk management e la sicurezza) e di alcuni piani sanitari regionali e strumenti specifici a livello regionale (percorsi assistenziali, sistemi di accreditamento istituzionale, progetti di valutazione della soddisfazione dei cittadini e partnership, sistemi di indicatori di performance, sistemi per la riduzione delle liste di attesa, etc.);

2000 La partecipazione della SIQUAS come team leader all'iniziativa "Osservatorio delle buone pratiche in sanità"^{8,9}, che vedeva la partecipazione di numerosi partner istituzionali e scientifici, ha permesso di raccogliere numerosi progetti di miglioramento della qualità delle cure, selezionati dai maggiori premi e concorsi nazionali organizzati in sanità ed organicamente classificati sul portale www.osservatoriosanita.it oggi accessibile dal sito dell'ASIQUAS. Anche le esperienze di circoli e reti di benchmarking tra aziende sanitarie italiane o di partecipazioni a reti internazionali per la sperimentazione di modelli di accreditamento all'eccellenza (Modello EFQM) sono state oggetto di un lavoro di rilevazione, osservazione, monitoraggio e validazione da parte di SIQUAS in quegli anni.¹⁰

SIQUAS con ISQUA, ESQH, con IHF, International Hospital Federation, e con FIASO, Federsanità ANCI e altri partner istituzionali e scientifici organizzò a Firenze nel 2002 le "Giornate della Qualità in Europa", primo congresso europeo di bilancio delle attività di promozione della qualità e della sicurezza delle cure nel continente¹¹. Successivamente nel 2006 in collaborazione con l'Università di Salerno ospitò in Italia il Prof. Henry Mintzberg per un confronto sul modello e le esperienze ed evidenze del Canadian Council. La SIQUAS mise in opera, assieme all'Istituto Change, con la promozione e costituzione del movimento "Slow Medicine" una road map in grado di favorire i cambiamenti necessari per un nuovo paradigma dell'organizzazione sanitaria, dall'organizzazione piramidale, riduzionista, meccanicista,

⁵ Di Stanislao F., Liva C.: "L'Accreditamento dei Servizi: proposta di un modello". NAM, 1996,1.

⁶ Liva C., Di Stanislao F.: "L'Accreditamento dei Servizi Sanitari". NAM, 1996,1.

⁷ Di Stanislao F., Renga G. et al: "Manuale di Accreditamento del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione". Pubblicato da: Dipartimento di Igiene e Medicina di Comunità, Università di Torino, 1995.

⁸ Banchieri G., Boni S. "Osservatorio delle pratiche della sanità italiana" - Edizioni Formez 2007;

⁹ Banchieri G., Boni S. e Gordini D.: Glossario scientifico dell'Osservatorio delle pratiche della sanità Italiana - Edizioni Formez 2008

¹⁰ Banchieri G. (curatore), Gardini A. (Prefazione), "Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana", Italtpromo Esis Publishing, Roma 2005.

¹¹ "Le giornate della qualità nella sanità europea", Atti del Convegno europeo, Firenze ottobre 2003, Projet manager e curatore, (partner: FIASO, Federsanità ANCI, IHF, International Hospital Federation, ISQUA, ESQUA, SIQUAS), Numero speciale della Rivista QA, 2003, (a cura di + introduzione);

ordinata dal vertice, all'organizzazione orizzontale, olistica, sistemica, coordinata da professionisti con autonomia e responsabilità in alleanza con i pazienti. Nel lungo periodo di attività, dall'1984 al 2016, la SIQUAS ha elaborato 16 Raccomandazioni sulle principali strategie per la qualità, costituite da affermazioni consensuali e da letteratura sul *che cosa e sul come* delle stesse, corredate dalla bibliografia più aggiornata.

Le Raccomandazioni (vedi sito www.asiquas.it) che la SIQUAS-VRQ forniva agli operatori sanitari e sociali nei diversi ambiti dell'assistenza rappresentavano modelli e linee-guida, per il miglioramento delle loro pratiche di assistenza. Venivano elaborate da membri del Consiglio Direttivo e del Comitato Tecnico Scientifico con la collaborazione di esperti istituzionali, di organizzazioni d'impresa, sindacali, professionali e scientifiche della sanità e del sociale, validate e pubblicate sul sito www.siquas.it.

1. Cure primarie/Medicina Generale
2. Valutazione Esterna della Qualità
3. Rendicontazione Sociale e Bilancio Sociale/di Missione
4. Formazione alla qualità
5. Indicatori
6. Liste di attesa
7. Partnership con i cittadini
8. Percorsi Diagnostico Terapeutici
9. Sicurezza e Rischio Clinico
10. Qualità e salute mentale
11. Soggetti fragili
12. Sanità elettronica - Technology Assessment
13. Uffici Qualità
14. Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale;
15. Audit Clinico.

Inoltre SIQUAS ha predisposto un progetto per l'applicazione di un modello di autovalutazione sistemica.

2016 Il testimone della grande esperienza Siquas è passato, nel 2016, all'*AsiQuAS* (*Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e sociosanitaria*) che in continuità con le attività di ricerca, sviluppo e formazione della SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria-VRQ 1984/1999) e SIQuAS (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria 1999/2016) si è posta l'obiettivo di creare una mappa concettuale che sintetizzasse le metodologie e gli strumenti della qualità fino ad ora elaborate a livello internazionale anche alla luce del Convegno organizzato nel 2016 dalla SIQUAS a 30 anni dalla costituzione della ISQUA a Udine, in cui furono riuniti i "*fondatori*" di ISQUA per fare un bilancio su cosa confermare e cosa superare delle metodologie, modelli e strumenti per la qualità in sanità prodotti a livello internazionale. Un articolo di questo numero è stato dedicato alla presentazione del nuovo Framework della Qualità dell'*AsiQuAS*. Con forza e determinazione *AsiQuAS* ha espresso la propria posizione con il documento "*Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19*" in cui ha preso posizione sui temi legati al ruolo oggi e in prospettiva della sanità pubblica in Italia anche ai fini di garantire un ruolo di sviluppo e resilienza della sanità quale filiera economica produttiva di servizi alla persona e di ricerca e innovazione fondamentale per la ripresa del sistema Paese dopo o in permanenza della pandemia di SARS-COV-2. A supporto delle sue attività ha creato uno spazio, sito, Rivista QA e webinar, che permettesse un costante confronto e condivisione delle esperienze della Qualità nel mondo della sanità.

Position Paper Asiquas 2020 Per una sanità pubblica in Italia...anche dopo il Covid-19

La pandemia/sindemia Covid19 ha messo in evidenza i “nodi” strutturali e organizzativi dei Servizi Sanitari Regionali e del SSN nel suo insieme. Da qui occorre ripartire per dare una risposta di sistema che riveda il SSN profondamente rinnovato e sostenibile. Serve un coordinamento nazionale e UE delle Policy di contrasto alle pandemie.

a cura di CND Asiquas F. Di Stanislao, S. Scelsi, V. Palmieri, G. Banchieri, C. Amoddeo, R. Caldesi, M. Cazzetta, S. Priore, S. Sodo e i colleghi soci Asiquas M. Dal Maso, A.G. De Belvis, L. Goldoni, S. Marianoni, M. Ronchetti, A. Vannucci

Lo scenario

I ricercatori avevano già messo in allarme le istituzioni internazionali e la comunità scientifica su possibili “*zoonosi*”, ovvero salti di specie da animali a uomo sul tipo della SARS, quelli che si chiamano “*spillover*”¹.

Studi e ricerche nel 2018 e 2019 paventavano, per i gravi cambiamenti climatici dell'ambiente, la creazione di condizioni perfette per lo sviluppo delle zoonosi². Alla fine è arrivato la Covid19 che è mutante³, ha già avuto 38 modifiche dal suo insorgere e altre ne avrà probabilmente, è ormai pandemica e suo malgrado dovremo convivere a lungo. Saranno probabilmente più cicli intramezzati da probabili “*lockdown*” totali o parziali.

L'OMS è arrivata ad affermare che probabilmente sarà un'ondata unica grande ed estesa nel tempo, con alti e bassi, che è esattamente quello che era previsto nell'altro modello predittivo fatto dall'*Imperial College* di Londra⁴, che ha individuato altri elementi caratteristici del virus. Ora sappiamo che la pandemia è diventata planetaria, coinvolge tutti i paesi.

Al 10 dicembre l'OMS riporta oltre 68milioni di casi confermati (Americhe 29.139.394; Europa 20.869.839; Sud-est asiatico 11.237.814; Mediterraneo orientale 4.408.403; Africa 1.571.911; Pacifico occidentale 937.772 e 1.557.385 morti. In Europa i paesi maggiormente colpiti sono la **Francia** con 2.269.668 casi confermati e 55.986 decessi, la **Spagna** con 1.702.328 casi confermati e 46.646 decessi, il **Regno Unito** con 1.750.245 casi confermati e 62.033 decessi, l'**Italia** con 1.757.394 casi confermati e 61.240 decessi e la **Germania** con 1.218.524 casi confermati e 19.932 decessi. In Europa, quindi, abbiamo superato i 20 milioni di casi e quasi 500.000 morti “*diretti*” e forse anche di

più di morti “*indiretti*” (cronici e acuti che non hanno ricevuto le cure necessarie in tempo). Le previsioni prevedevano una “*seconda ondata*” per fine autunno in concomitanza con l'epidemia influenzale. Abbiamo invece registrato uno sviluppo di Covid19 con un mese e mezzo di anticipo sul previsto e con indici Rt allarmanti con un'attenuazione alla fine dell'anno.

Pertanto, quanto sopra si sovrappone ad una realtà in cui vi è un costante prevalere delle patologie croniche e delle poli patologie (soprattutto negli anziani) nonché un costante sviluppo tecnologico con i suoi relativi costi, che ripropongono la necessità di garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre, il rischio pandemico, aumenta le disuguaglianze nella salute tra le popolazioni, con crescita delle fragilità, spesso “*proxy*” di cronicità, disuguaglianze sociali e disuguaglianze economiche connesse alle contraddizioni proprie del modello attuale di sviluppo di sviluppo in era di globalizzazione.

Il SSN, pertanto, deve garantire diversi e omogenei livelli di risposta nell'assistenza territoriale e ospedaliera:

- **Bassa Complessità Assistenziale:** per i pazienti asintomatici dopo la loro individuazione tramite tamponi, esami sierologici o altro e tramite la tracciabilità dei loro spostamenti e contatti prima della verifica della loro positività (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG e degli specialisti territoriali)⁵;
- **Media Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici precoci e non gravi da gestire in strutture di quarantena con vigilanza sanitaria e/o a domicilio con segregazione volontaria, ma assistita e/o risposta delle UDI dedicate, di strutture residenziali assistite specialistiche dedicate, di domiciliarità volontaria (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG, delle UDI e dei CAD/ADI dedicati);

¹Cattaneo E. - *Che cosa è le zoonosi, un fenomeno naturale antichissimo all'origine delle pandemie*. La Repubblica, 23 maggio 2020;

²Andersen, K.G., Rambaut, A., Lipkin, W.I. et al. *The proximal origin of SARS-CoV-2*. *Nat Med* **26**, 450–452 (2020);

³Fanpage.it *Il coronavirus forse circola fra noi da decenni: lo suggerisce uno studio* <https://scienze.fanpage.it/> 2020;

⁴Imperial College COVID-19 Response Team *The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression* 26 March 2020;

⁵ISQUA-Oxford University, *Responding to Covid19: the experience from Italy and responsibility for management and prevention*, *International Journal for Quality in Health Care*, 2020, 1-3 doi 10.108/intqhc/mraa057 – Editorial, 2020;

- **Alta Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici gravi, spesso i soggetti più fragili per la presenza di una o più malattie, che hanno necessità di ricovero in ospedale e, in alcuni casi, di cure intensive (risposta dei Servizi Ospedalieri, in particolare unità di cura semintensive o di rianimazioni).

E', quindi, necessaria una gerarchia di livelli di risposta che coinvolgono tutte le macro aree delle ASL – prevenzione, territorio, ospedali - e la rete con le Aziende Ospedaliere, in una ottica di "Assistenza circolare" integrata e dedicata, ma anche con tutte le altre istituzioni dedicate ai servizi ai cittadini. Dovremo quanto prima ridedicarci a coloro che con questa emergenza abbiamo lasciato in secondo piano: gli ammalati di "altro": quelli con malattie croniche⁶ come, ad esempio, i cardiopatici, i diabetici, i disturbi mentali, i soggetti fragili⁷, ma anche gli oncologici e tutti coloro che erano e sono rimasti in attesa di essere sottoposti ad interventi chirurgici non urgenti⁸. Siamo stati costretti a ridurre momentaneamente i servizi e i posti letto per i bisogni di queste persone. Posti Letto e servizi che per altro non erano esuberanti, ma già con una disponibilità molto "efficientata".

Abbiamo aggiornato e implementato il Frame Work scientifico della nostra Associazione⁹. Partendo dai suoi contenuti riteniamo, quindi, che occorre ripensare i modelli organizzativi e assistenziali della sanità pubblica.

Le proposte ASQUAS in permanenza della pandemia...

Per gli impatti di Covid19 e altri virus sui SSR:

- Avere Piani Pandemici nazionali e regionali aggiornati e operabili al bisogno in tempi stringenti;
- Fondamentali sono le attività di prevenzione, *testing*, e tracciamento dei contagi;
- È necessario tenere separati i percorsi "No Covid19" (acuti e cronici) dai percorsi "Covid19"¹⁰;
- È necessario prevedere reti assistenziali dedicate, ovvero, una per l'emergenza e urgenza, una per l'elezione e gli interventi programmati e una per i pazienti "Covid19",
- Gli ospedali devono specializzarsi verso gli acuti e i "Covid19", con reti separate;
- Inoltre gli ospedali per acuti a fronte della/delle pandemie virali devono avere modelli a "fisarmonica" in grado di adattarsi in tempi brevissimi alle esigenze di salute prioritarie delle popolazioni, senza abbandonare target di pazienti cronici e poli cronici;
- Le "prese in carico" devono essere gestite in integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili, conseguentemente le competenze tecniche e relazionali degli operatori devono

essere implementate in base alle esigenze assistenziali nuove che si sono verificate;

Proposte per la riorganizzazione dei SSR anche dopo la pandemia:

- Le reti territoriali devono essere diversificate e integrate tra servizi sanitari e sociali, ripensando i modelli operativi, favorendo quelli di assistenza domiciliare, di prossimità e di comunità, nonché le reti di prevenzione e screening, che anche con la pandemia hanno fatto la differenza;
- Le strutture residenziali e semiresidenziali devono essere integrate in reti "dedicate" e devono essere sviluppati a livello nazionale i loro requisiti di "accreditamento";
- Proponiamo un approccio di "ospedale diffuso" nei territori, integrando e valorizzando le presenze sanitarie e sociali, pubbliche e private "accreditate", la cooperazione, l'associazionismo e il volontariato. "Ospedale diffuso" in quanto anche alternativa strutturata all'ospedalizzazione tradizionale e spesso "impropria" e come strumento di coordinamento e integrazione dei servizi;
- Per favorire la connessione tra ospedale e territorio proponiamo una gestione delle reti soprattutto territoriali con una maggiore presa in carico infermieristica inserendo a pieno titolo l'attività dell'infermiere di famiglia che gestisca non solo le cronicità, ma possa effettuare interventi di promozione della salute in tutti gli ambiti di vita intercettando i bisogni di salute per il mantenimento dello stato di benessere, oltre ad attivare a pieno la funzione di case manager.
- L'inserimento di psicologi nelle Unità Territoriali e nei livelli di alta complessità assistenziale può comportare una migliore gestione della sofferenza e un rafforzamento degli altri operatori nella gestione delle relazioni e nella comunicazione, consentendo di procedere più efficacemente nei protocolli di cura;
- I sistemi di monitoraggio e valutazione devono guidare la pianificazione, l'implementazione il controllo e il miglioramento continuo e supportare il tutto;
- Dobbiamo avere anche piani adeguati per garantire l'acquisizione, la produzione e l'autosufficienza per farmaci, tamponi e DPI (dispositivi di protezione individuale) nonché per *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia

La vision ASQUAS: le proposte per un sistema sanitario "integrato" e resiliente anche dopo ... Covid19.

1. Adeguatezza delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale.¹¹

Le statistiche Eurostat (riferite al 2016) collocano l'Italia in tredicesima posizione per la spesa sanitaria (8.9%)

⁶ JAMA Network Open. 2020;3(7):e2016933. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.16933 - Comparison of Weighted and Unweighted Population Data to Assess Inequities in Coronavirus Disease 2019 Deaths by Race/Ethnicity Reported by the US Centers for Disease Control and Prevention Tori L. Cowger, MPH e altri, July 28, 2020;

⁷JAMA Network Open. 2020; L'importanza delle popolazioni di cura a lungo termine nei modelli Covid-19, di Karl Pillester e altri, 9 giugno 2020;

⁸Imperial College, London, Report 27 Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic, Ruth McCabe,15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team;

⁹La Qualità in sanità, Frame Work scientifico di ASQUAS, 2020;

¹⁰Imperial College, London, Report 27 Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic, Ruth McCabe,15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team.

¹¹ Vedi la "Dimensione" [12] "Soddisfazione/benessere degli operatori", Framework Scientifico ASQUAS, 2020.

rispetto al PIL. In vetta si trovano Francia (11.5%), Germania (11.1%) e Svezia (11%). Considerando la spesa sanitaria per abitante in testa si trovano Lussemburgo (€ 5.600 pro capite), Svezia (€ 5.100) e Danimarca (€ 5.000 euro). Segue un gruppo di Paesi (Olanda, Germania, Austria e Irlanda) con valori tra 4.200 e 4.300 euro, un altro gruppo (Francia, Belgio, Finlandia e Regno Unito) nella fascia 3.600/3.800 euro. In Italia la spesa per abitante è stata di 2.500 euro. La spesa sostenuta privatamente (*l'out of pocket*) dai cittadini della Unione Europea corrisponde al 15.7% del totale. Anche in questo caso si registra una forte variabilità: es il 10% in Francia, mentre l'Italia supera la media U.E. con il 22,9%. Appare evidente che il nostro Paese a fronte di paesi a noi più vicini per numerosità di popolazione (nel 2016 in Germania 81.2 milioni, Francia 66.4, Regno Unito 64.8, Italia 60.4) mostra una spesa decisamente inferiore. La spesa per abitante è inferiore del 41 % rispetto alla Germania e del 32% rispetto alla Francia e Regno Unito. Non è certo con incrementi annui del fondo sanitario di 1 o 2 miliardi che si copre tale divario con le altre nazioni europee. Serve un impegno notevole e costante nel tempo adeguato ai bisogni di riqualificazione del SSN e dei SSR.

2. Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione).^{12,13}

Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti¹⁴, attraverso lo sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali. Nei Paesi dove i sistemi sanitari sono o troppo *"ospedalocentrici"* o *"privati"*(USA) la differenza di risposta alla Pandemia di CoVid19 ha messo in evidenza le carenze strutturali dei sistemi (carenza di risorse tecnologiche (uomini e macchine), di procedure integrate, con un disegno della dotazione di posti letto da rivedere (medicina d'urgenza e sub intensiva). Anche in Italia i SSR che hanno modelli di *"integrazione diffusa"* (*Disease Management e Modello Kaiser Permanente*)^{15,16} nel territorio come Veneto e Emilia Romagna, hanno dimostrato un maggiore resilienza alla pandemia che quelli *"ospedalocentrici"*;

3. Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali).^{17,18}

Nei SSR dove si è lavorato di più nell'analisi del trend demografico e dei bisogni di salute delle popolazioni residenti si è riusciti a riequilibrare meglio l'allocazione delle risorse disponibili per singoli territori e per aree specialistiche;

4. Ridefinire i modelli regolativi degli ospedali.^{19,20,21,22,23}

Se dovremo convivere a lungo con questo e altri *"spillover"* o virus derivati da *"zoonosi"*, dobbiamo prevedere *"Piani Pandemici"* e per maxi emergenze aggiornati e realistici in grado di cambiare finalizzazione e ruolo delle strutture sanitarie in funzione delle caratteristiche della minaccia di salute da affrontare. Ovvero, avere modelli organizzativi e strutturali *"modulari"*, come già indicato nel DM 70²⁴, in grado di rispondere tempestivamente a variazioni anche repentine della domanda essere assemblati nel modo più utile e efficace.

5. Sviluppare le strutture intermedie sia *"specialistiche"* che *"generaliste"* in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni.^{25,26}

Occorre superare l'eterogeneità dei modelli organizzativi delle cure intermedie e territoriali e delle reti di cure primarie (MMG, PLS e specialisti territoriali), per uniformare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni in un approccio di *"garanzie"* di accesso ai LEA, che oggi sono fornite a *"macchia di leopardo"* nei territori delle singole ASL. Senza un grande sforzo di riorganizzazione è difficile rendere uniformi i sistemi di valutazione dei pazienti, le tipologie di servizi *"erogabili"* realmente e i conseguenti impegni di personale e risorse tecnologiche e la condivisione dei dati per diagnostica e assistenza a distanza. In questo contesto si colloca il tema della ridefinizione del ruolo dei Distretto socio sanitari delle ASL. Sia ridefinendone le funzioni: valutare i bisogni; promuovere la salute; alfabetizzazione sanitaria; intervenire proattivamente (sanità d'iniziativa); organizzare i servizi; garantire la continuità delle cure; impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti.

¹² Vedi la *"Dimensione"* [10] *"Integrazione e continuità assistenziale"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

¹³ Vedi la *"Dimensione"* [12] *"Soddisfazione/benessere degli operatori"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020

¹⁴ WHO (2018) - *Continuity and coordination of care* A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (N.d.R.: modificato);

¹⁵ Kanter MH, Lindsay G, Bellows J, Chase A. *"Complete Care at Kaiser Permanente: Transforming Chronic and Preventive Care"*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2013; 9 (11): 484-494(11).

¹⁶ Gavino Maciocco, Piero Salvadori, Paolo Tedeschi – *"Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente"* - Il Pensiero Scientifico Editore, 2009;

¹⁷ Vedi la *"Dimensione"* [2] *"Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

¹⁸ Vedi la *"Dimensione"* [13] *"Soddisfazione dei pazienti"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

¹⁹ Vedi la *"Dimensione"* [4] *"Appropriatezza clinica"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²⁰ Vedi la *"Dimensione"* [5] *"Appropriatezza organizzativa e trasparenza"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²¹ Vedi la *"Dimensione"* [7] *"Efficacia"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²² Vedi la *"Dimensione"* [8] *"Efficienza"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²³ Vedi la *"Dimensione"* [11] *"Sicurezza"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020.

²⁴ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* – Allegato 1, § 1.2.

²⁵ Pesaresi F.: *Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia*. I Luoghi di Cura (on line) n. 2 – 2020;

²⁶ Vedi la *"Dimensione"* [10] *"Integrazione e continuità assistenziale"*, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

Sia implementando le “Unità complesse di cure primarie” (UCCP); la dotazione nei territori di strutture socio-sanitarie fisiche adeguate; la modernizzazione delle infrastrutture digitali.

6. Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di “continuità assistenziale” verso la popolazione dei territori.^{27,28,29}

Occorre potenziare le reti di “Case della Salute” o simili che vedano un’integrazione dei servizi distrettuali socio sanitari, delle forme associative dei MMG, PLS e Specialisti territoriali e degli infermieri di famiglia e delle ADI, nonché dei Punti di primo Soccorso e dei Servizi Sociali dei Comuni e delle loro forme associative. Senza forti reti territoriali “integrate” non si supera la centralità degli ospedali nei SSR. La riorganizzazione deve altresì adottare criteri di idonea localizzazione rispetto ai cittadini e ai pazienti a cui è diretta, accessibilità e funzionalità degli spazi. **Sciogliere il nodo “storico” di ruolo e di rapporto con MMG, PLS e specialisti territoriali, da parte dei SSR, ridefinendone ruoli e competenze in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione**³⁰. È necessario ripensare se il “sistema di convenzionamento” in vigore è ancora adeguato o meno, se il “massimalismo” ha contribuito a trasformare i MMG e PLS spesso prevalentemente in “prescrittori”, impedendogli di sviluppare adeguati livelli di “clinica” di base. Occorre affrontare il tema se si deve continuare a regolare il rapporto con questi professionisti sanitari in “convenzione” o con altre soluzioni contrattuali che li portino a essere parte attiva dei SSR.

7. Ridefinire gli aspetti dell’integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.^{31,32}

L’integrazione socio sanitaria deve partire dall’ordinamento dello Stato superando la divisione delle competenze sanitarie e sociali attribuite a Ministeri nazionali e Assessorati regionali diversi³³. Sui territori gli operatori sanitari e sociali devono lavorare insieme, come spesso già oggi fanno, e soprattutto operare sugli stessi pazienti. Questa divisione di competenze crea inevitabilmente modelli di servizi diffusi, tipologie di risposte non coordinate, spreco di risorse, per altro limitate, burocrazie parallele e disservizi verso i cittadini/pazienti. Integrare e riqualificare, recuperando efficacia, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure ed efficienza di allocazione delle risorse sono gli imperativi assoluti oggi. Le “prese in carico” devono

tendere alla massima integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili.

8. Sviluppare una normativa “integrata sociosanitaria” in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandonino per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti.^{34,35}

La popolazione dei territori ha sue specificità e vede una crescita esponenziale di cittadini over 65 cronici e poli cronici e spesso fragili per contesto sociale e per reddito a cui inevitabilmente occorre garantire sostegno, presa in carico, continuità assistenziale e accompagnamento nel tempo. Spesso la divisione tra servizi sanitari e sociali creano “bolle” di bisogni non gestite. Spesso la fragilità sociale e economica è un “proxy” di cronicità varie. Per superare questa situazione è necessario un lavoro di uniformazione normativa a livello nazionale e regionale che semplifichi e unifichi reti, operatori, risorse, competenze e semplifichi procedure di accesso e di gestione. È altresì indispensabile che i servizi pubblici, sociali e sanitari, adottino - in fase di convenzionamento, concessione e accreditamento – un adeguato sistema di valutazione e una metodologia di rapporti con gli enti gestori (IPAB, privati, cooperative) di strutture residenziali con varie denominazioni (RSA, Comunità residenziali, Case protette etc) che integri la loro presenza sul territorio nella rete delle cure sociosanitarie, oltre ai posti letto resi disponibili.

9. Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti psicologici e di intervento sociosanitario.³⁶

Il capitale fondamentale dei SSR sono gli operatori sanitari e socio sanitari che vi operano. La sanità, nella sua complessità, ha la massima concentrazione di laureati e specializzati del sistema Paese e incide per circa il 15% del PIL sul valore del “Sistema Italia”. Quindi il “capitale umano” dei SSR va valorizzato e qualificato in modo adeguato e finalizzato alle risposte che le reti ospedaliere e territoriali sono chiamate a dare ai bisogni di salute delle popolazioni nel loro divenire. C’è ormai un grande problema di rivedere le competenze tecniche e relazionali che devono acquisire gli operatori sanitari e sociali in base allo sviluppo delle pratiche cliniche e assistenziali. C’è un problema di aggiornamento dei contenuti dei programmi dei Corsi di Laurea in Scienze

²⁷Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²⁸Vedi la “Dimensione” [12] “Soddisfazione/benessere degli operatori”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

²⁹Vedi la “Dimensione” [13] “Soddisfazione dei pazienti”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³⁰Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³¹Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³²Vedi la “Dimensione” [14] “Umanizzazione dell’assistenza”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³³ Apicella A, Banchieri G., Di Stanislao F. e Goldoni L. “Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale”, Raccomandazione SIQUAS VRQ sulla “Integrazione sociosanitaria”, Franco Angeli Editore 2013, Roma.

³⁴Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³⁵Vedi la “Dimensione” [9] “Equità”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³⁶Vedi la “Dimensione” [6] “Competenza professionale e culturale”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

Infermieristiche e di Medicina, ma anche di quelli di altre figure professionali che ormai popolano numerose le aziende sanitarie e i SSR. Devono acquisire competenze relative al lavoro in equipe, alla gestione dei gruppi e dei conflitti, a come si pratica la leadership, a come si implementano l'*empowerment*, e le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli stakeholder. Acquisire principi e metodi dell'assistenza di territorio. È necessario aggiornare i contenuti dei programmi dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie e della professione medica;

10. Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di piani d'intervento dedicati.^{37,38,39}

Tutte le attività di assistenza basate su un approccio integrato hanno bisogno di essere supportate da raccolta, flussi e conservazione dei dati amministrativi clinici e assistenziali condivise, con un pronto recepimento anche di quanto raccolto con le innovazioni determinate dalla telemedicina, dalla tele assistenza e tele monitoraggio. Ormai la digitalizzazione in sanità è una esigenza inderogabile. Telemedicina, teleassistenza, tele monitoraggio, tele refertazione e qualsiasi altro supporto digitalizzato sono fondamentali in presenza di pandemie virali o batteriche per garantire presa in carico, continuità e monitoraggio delle cure tramite web. La telemedicina permette l'uso ottimale delle risorse, il monitoraggio attivo dei pazienti, efficacia e appropriatezza delle cure, qualità e sicurezza per i pazienti. Oggi tutti gli applicativi esistenti sono integrabili fra loro. Non ci sono ostacoli tecnologici ai processi di integrazione e condivisione. E' una questione di volontà politica. Occorre uniformare i sistemi informatici a livello almeno regionale per garantire stessi diritti di accesso e di cura ai pazienti. Gli operatori devono potere e sapere utilizzare in modo adeguato e efficace gli applicativi e le infrastrutture informatiche esistenti. **Programmazione della produzione, dello stoccaggio e degli acquisti di vaccini e farmaci, tamponi e PPI (presidi di protezione individuale), nonché di technological device a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione, per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia.** La presenza in Italia di

numerose e qualificate aziende farmaceutiche e di *medical device* e consumabili è un potenziale da valorizzare e portare a sistema per garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure.

L'adeguatezza delle risorse e l'occasione dei finanziamenti e il ruolo della UE.

Il *NextgenerationUE* e il *MES* sono due occasioni fondamentali da non perdere, ma non devono giustapporre all'esistente "*altro*" senza cambiare la visione complessiva della sanità pubblica. Se le imprese vanno verso modelli in rete, se i servizi possono essere attivati via web, se serve un nuovo asse produttivo basato su una economia circolare, fonti energetiche rinnovabili e green economy, occorre definire adeguatamente il ruolo del sistema sanitario come "*driver*" di sviluppo e di cambiamento con i settori a monte e a valle e la sua grande concentrazione di professionalità, come nessun altro settore del sistema Paese. Occorre continuare a valorizzare il ruolo degli operatori della sanità che sono il principale capitale umano del SSN e dei SSR.

Superare i modelli ospedalocentrici e crescere nei territori.

Gli ospedali ad alta specialità e le terapie intensive e semi intensive non possono essere l'unica arma "*letale*" del sistema Dobbiamo mettere lo "*scarpone a terra*", stare sui territori, avere un approccio di prossimità e di comunità, avere dei servizi proattivi. Tanta prevenzione e tanta "*self care*" supportata anche da un qualificato sviluppo degli strumenti digitali al servizio della salute. È nei territori che si gioca la battaglia contro il virus o i virus e contro le malattie croniche.

Questa è la nuova frontiera per le policy sanitarie e sociosanitarie nel nostro Paese.

³⁷ Vedi la "Dimensione" [5] "*Appropriatezza organizzativa e trasparenza*", Framework scientifico ASQUAS, 2020.

³⁸ Vedi la "Dimensione" [14] "*Umanizzazione dell'assistenza*", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

³⁹ Vedi la "Dimensione" [13] "*Soddisfazione dei pazienti*", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

Il framework della qualità di Asiquas

a cura di F. Di Stanislao, Presidente Asiquas

L'attualizzazione del concetto della Qualità in campo sanitario e sociosanitario è stata una delle attività continue sviluppate sin dalla nascita della nostra società (1984) stante le continue rielaborazioni teoriche sul tema qualità avvenute prima nel mondo della produzione di beni e servizi e poi traslate nel mondo della sanità. Reerink ¹ nel 1990 definì "mission impossible" una definizione univoca della qualità dell'assistenza sanitaria, ma le principali organizzazioni internazionali (W.H.O. e O.E.C.D) e autorevoli organismi di ricerca (IOM – Institute of Medicine-USA) hanno fornito, ormai da quarant'anni, definizioni puntuali sul tema. Dopo 40 di lavoro scientifico e di ricerca sui temi della qualità era ed è fondamentale fare il punto su quanto prodotto a livello internazionale e nazionale e, in base alle esperienze concrete e alle evidenze, decidere cosa del bagaglio iniziale, delle metodologie e degli strumenti per la qualità sia ancora attuale ed utile. Molte delle cose avanzate all'inizio del nostro percorso sono diventate di uso comune in sanità, altre sono desuete, altre sono state implementate e trasformate.

Nuove dimensioni e nuovi approcci si stanno imponendo e vanno ricompresi in un mappa concettuale e in un framework scientifico. Questo framework è frutto di un lavoro di verifica, di confronto, di studio e analisi, nonché di ricerca e di implementazione. Lo affidiamo ai colleghi che operano in sanità come strumento da usare, implementare nelle loro partecchie organizzative e gestionali e nelle loro prassi assistenziali.

A) LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ

Nel 1985 W.H.O.² non fornì una definizione "descrittiva" della qualità dei servizi, ma specificò le seguenti quattro **dimensioni** (o "categorie generali", "elementi costitutivi") della **qualità nei servizi sanitari**:

1. **competenza professionale** degli operatori;
2. **uso corretto** delle risorse;
3. **gestione del rischio** di danni o malattie legati ai servizi resi;
4. **soddisfazione del paziente**;

Lo IOM nel 1990³ definì la qualità dell'assistenza come **"il livello cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di risultati sanitari desiderati e sono coerenti con le conoscenze professionali disponibili"**. Questa definizione, elaborata confrontando 100 definizioni individuate in

letteratura, comprende 8 criteri *Scala misura – Tipologia di struttura – Destinatari dell'assistenza – Orientamento agli obiettivi – Rapporto rischio/beneficio – Specificazione degli esiti sanitari – Ruolo e responsabilità dei destinatari – Vincolato alle conoscenze scientifiche e alle tecnologie* che sono stati utilizzati dal Comitato IOM nella ricerca:

- include una misura di scala (*livello cui...*);
- comprende un ampio range di servizi per l'assistenza (*... servizi sanitari...*);
- identifica sia gli individui che le popolazioni come obiettivi corretti per gli sforzi di garanzia della qualità (*per gli individui e le popolazioni*);
- è orientato agli obiettivi (*... risultati sanitari desiderati...*);
- riconosce un attributo stocastico (casuale o di probabilità) del risultato ma valorizza il beneficio netto atteso (*... aumenta la probabilità di ...*);
- sottolinea l'importanza degli esiti e collega il processo di assistenza sanitaria agli esiti (*servizi sanitari... aumentano... risultati sanitari/esiti*);
- sottolinea l'importanza delle preferenze e dei valori dei singoli pazienti e della società e implica che questi siano stati sollecitati (o riconosciuti) e presi in considerazione nel processo decisionale e nel processo decisionale dell'assistenza sanitaria (*... risultati sanitari desiderati...*);
- sottolinea i vincoli imposti alle prestazioni professionali dallo stato delle conoscenze tecniche, mediche e scientifiche, implica che tale stato è dinamico e implica che il fornitore di assistenza sanitaria è responsabile dell'uso della migliore base di conoscenza disponibile (*... coerente con conoscenze professionali attuali*).

Lo stesso IOM nel 1991⁴ pose come basilari le seguenti 6 dimensioni della qualità dell'assistenza:

1. **Sicurezza**: evitare lesioni ai pazienti causate dalle cure destinate ad aiutarli.
2. **Efficacia**: fornire servizi basati su conoscenze scientifiche a tutti coloro che potrebbero trarne beneficio e astenersi dal fornire servizi a coloro che non ne trarranno probabilmente beneficio (evitando sottoutilizzo e uso eccessivo).
3. **Centralità del paziente**: fornire assistenza rispettosa e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantendo che i valori dei pazienti

¹ Reerink E.: Defining Quality of Care: Mission Impossible? Qual. Ass. Health Care, 2, 3/4, 197-202, 1990.

² W.H.O (Working Group on the Principles of Quality Assurance.; World Health Organization. Regional Office for Europe). . The Principles of quality assurance : report on a WHO meeting, Barcelona, 17-19 May 1983. Euro Report N. 94, 1985

³ IOM (USA) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; Medicare: A Strategy for Quality Assurance:

VOLUME II Sources and Methods. 5 Defining Quality of Care. (Jo Harris-Wehling). Editor: Kathleen N. Lohr.. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.

⁴ Institute of Medicine (IOM -USA): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century: Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001

guidino tutte le decisioni cliniche. La centralità del paziente viene declinata nei seguenti punti

- a) *rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dei pazienti*
- b) *coordinamento e integrazione delle cure;*
- c) *informazione, comunicazione e educazione;*
- d) *benessere fisico;*
- e) *supporto emotivo: alleviare la paura e l'ansia;*
- f) *coinvolgimento di familiari e amici*

4. **Tempestività:** ridurre i tempi di attesa attese e i ritardi dannosi sia per coloro che ricevono sia per coloro che prestano assistenza.
5. **Efficienza:** evitare gli sprechi, in particolare gli sprechi di attrezzature, forniture, idee ed energia.
6. **Equità:** fornire assistenza che non varia in termini di qualità a causa di caratteristiche personali quali genere, etnia, posizione geografica e stato socioeconomico

Nel 2003 la SIQuaS -VRQ propose dodici principi per il miglioramento in sanità⁵:

1. Centralità della persona

Progettare e realizzare le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità.

2. Etica e qualità

Rispettare i principi universali a tutela della dignità della persona. Garantire che i cittadini abbiano opportunità d'accesso a servizi di uguale qualità.

3. Condivisione, coerenza e uniformità

Sviluppare le attività in un sistema integrato e coerente, basato su criteri e standard espliciti e riconosciuti.

4. Valutazione

Valutare sistematicamente i risultati delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito.

5. Apertura, trasparenza e collaborazione

Confrontare e scambiare informazioni ed esperienze in un clima di collaborazione e di supporto specifico

6. Efficacia e appropriatezza

Realizzare interventi basati su prove di efficacia e secondo criteri di appropriatezza.

Riferire ogni azione clinica e organizzativa ai dati e al metodo scientifico.

7. Sicurezza

Promuovere la cultura della sicurezza, prevenire gli eventi avversi e realizzare un ambiente sicuro.

Individuare i rischi e le possibili cause d'errore.

8. Efficienza

Utilizzare con responsabilità le risorse disponibili

9. Integrazione e continuità assistenziale

Promuovere la collaborazione tra discipline professionali, organizzazioni e istituzioni secondo modalità esplicite e condivise.

10. Informazione, comunicazione e partecipazione

Garantire l'informazione e la comunicazione con il paziente, i cittadini e i professionisti. Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte e diffondere la cultura scientifica sull'efficacia degli interventi.

11. Innovazione e creatività

Stimolare la ricerca di soluzioni innovative e sostenere il cambiamento.

12. Competenza e Formazione

Considerare la formazione continua come parte integrante della professione dell'organizzazione.

Adeguate competenze, conoscenze e abilità agli obiettivi delle professioni e delle organizzazioni.

Nel 2006⁶ W.H.O., nel puntualizzare che le scelte strategiche in campo sanitario devono essere effettuate con un focus sulla qualità dei risultati di salute raggiunti sia per i singoli utenti dei servizi sia per le intere comunità, pur senza fornire una definizione specifica di qualità, ha individuato una "definizione operativa" specificando le seguenti 6 dimensioni della qualità l'assistenza sanitaria (che combaciano con quelle individuate dello IOM (N.d.R.: la dimensione Tempestività-IOM- e Accessibilità –WHO- si sovrappongono con una attenzione specifica del WHO alla raggiungibilità geografica dei servizi):

1. **efficacia:** essere fondata sulle evidenze scientifiche e produrre risultati che migliorino gli esiti di salute per gli individui e la comunità;
2. **efficienza:** tendere a massimizzare l'uso delle risorse e ridurre/annullare gli sprechi;
3. **accessibilità:** essere tempestiva ed erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute;
4. **centralità del paziente-accettabilità:** tener conto delle preferenze e aspirazioni dei singoli utilizzatori dei servizi e della cultura della propria comunità di appartenenza;
5. **sicurezza:** minimizzare i rischi e i danni degli utenti;
6. **equità:** non presentare differenze rispetto a genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socioeconomico.

Nello stesso anno l'O.E.C.D., in una sintesi dei *framework* sulla qualità adottati in diversi Paesi⁷, ha aggiunto alle dimensioni indicate dal WHO e dallo IOM altre tre dimensioni:

1. **appropriatezza:** il grado di applicazione di prestazioni coerenti con i bisogni espliciti/impliciti del paziente/cliente e in accordo con le più attuali evidenze/raccomandazioni clinico-assistenziali
2. **la competenza:** il grado in cui il personale sanitario ha formazione e capacità di valutare, trattare e comunicare con i propri clienti. Sono comprese le competenze tecniche e culturali.
3. **la continuità:** la misura in cui, per determinati utenti, l'assistenza sanitaria è coordinata nel tempo, in modo regolare e senza interruzioni, tra fornitori e istituzioni.

Sempre nel 2006 il Ministero della Salute ha fornito una versione "descrittiva" della **Qualità dei servizi sanitari** come la "**Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili**"⁸.

⁵ SIQuaS-VRQ - Carta di Carta di Portonovo - Dodici principi per il miglioramento in sanità (settembre 2003)

⁶ W.H.O.: QUALITY OF CARE - A process for making strategic choices in Health systems. WHO, 2006

⁷ Kelley E., J.Hurst - Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper - OECD Health Working Papers no. 23. 2006

⁸ Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei

L' O.E.C.D nel 2015 rimodella il suo framework⁹ indicando le seguenti dimensioni:

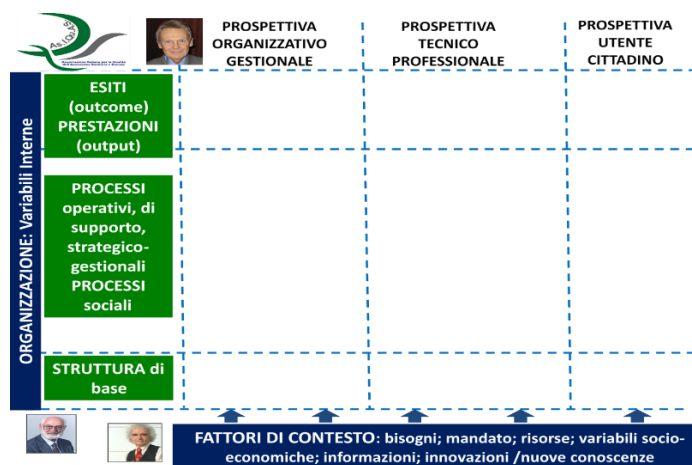
- 1) **Equità**
- 2) **Efficienza**
- 3) **Efficacia**
- 4) **Sicurezza**
- 5) **Centralità del paziente**
- 6) **Assistenza integrata**
- 7) **Accessibilità**

B) IL FRAMEWORK DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI DI AS.I.QU.A.S.

Il framework della qualità dei servizi sanitari stato sviluppato da As.I.Qu.A.S. sulla base di tre prospettive:

- 1) la prospettiva degli attori dell'assistenza sanitaria (**Figura 1**)
- 2) la prospettiva dell'analisi della qualità (**Figura 1**)
- 3) la prospettiva dell'analisi organizzativa

Figura 1 – Le prospettive di analisi degli attori dell'assistenza sanitaria e la prospettiva dell'analisi della qualità



1) La prospettiva degli attori dell'assistenza sanitaria

Ovretveit¹⁰ definisce l'assistenza di qualità come "Fornitura di assistenza che supera le aspettative dei pazienti e raggiunge gli esiti clinici più elevati possibili con le risorse disponibili" ed ha sviluppato un sistema per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria basato su tre macro-prospettive di lettura/analisi della qualità:

- la **qualità professionale**, intesa come uso appropriato e sicuro di tecniche e procedure sanitarie efficaci;

- la **qualità percepita dagli utenti**, intesa come percezione dei beneficiari diretti (pazienti/cittadini) sentono o meno di ottenere ciò che richiedono ai servizi;
- la **qualità organizzativa**, intesa come congruenza delle relazioni tra elementi costitutivi dell'organizzazione e garantisce che i servizi siano forniti in modo efficiente.

Le diverse dimensioni che connotano il concetto di qualità in sanità lasciano intravedere diversi campi di interesse per i diversi soggetti che vi sono coinvolti ossia:

- gli **utenti**, a livello individuale, collettivo o di gruppi organizzati (malati, familiari, associazioni di utenti o di cittadini, ecc.);
- gli **operatori sanitari** dei diversi livelli (singoli operatori, unità operative, gruppi professionali, società scientifiche, ecc.);
- i **manager** deputati alla gestione dei servizi a livello regionale e aziendale;
- gli **amministratori e politici** locali, regionali e nazionali deputati al governo del S.S.N.;
- i **fornitori** di beni e servizi.

Ciascun soggetto legge, interpreta, vive le diverse dimensioni in modo differente:

- ❖ i **pazienti/utenti**, a livello individuale, chiedono che la risposta ai bisogni di salute (*responsiveness*)¹¹ sia connotata da:
 - **autonomia** (coinvolgimento nelle scelte e possibilità di ottenere informazioni su trattamenti ed esami alternativi rispetto a quelli proposti);
 - **possibilità di scelta** (dei professionisti da cui farsi curare);
 - **comunicazione** (chiarezza delle informazioni ricevute e possibilità di fare domande);
 - **confidenzialità** (delle informazioni personali);
 - **dignità** (essere trattati con cortesia e rispetto, rispetto della privacy del corpo o sua non esposizione);
 - **comfort ambientale** (pulizia, spazi);
 - **prontezza di accesso** (tempi per arrivare, tempi di attesa);
 - **accesso ai familiari e alla rete di sostegno** (facilità di visita da parte di parenti e amici).
- ❖ gli **operatori sanitari** prestano maggiore attenzione alla qualità tecnico-operativa dell'assistenza ed agli esiti della stessa (**efficacia**);
- ❖ i **manager** rivolgono la loro attenzione principalmente al corretto utilizzo delle risorse (**efficienza**);
- ❖ gli **amministratori e politici** devono provvedere all'equa allocazione delle risorse rispetto ai bisogni della popolazione e dei territori per garantire l'eguaglianza di accesso e di fruizione dei servizi;
- ❖ i **fornitori** sono attenti alla introduzione di innovazioni tecnologiche rivolte agli operatori sanitari e manager.

Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – GLOSSARIO. Luglio, 2006

⁹ Carinci F., Vaan Gool L and Klazinga N.S: Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(2), 137–146

¹⁰ Ovretveit J. (1992). Ovretveit J. (1992) Health Service Quality: An Introduction In Quality Method for Health Services, Blackwell, Oxford;

¹¹ Murray CJL, Evans DB (Ed.). Health systems performance assessment. Geneva: World Health Organization; 2003.

2) La prospettiva dell'analisi della qualità

Donabedian, uno dei padri della qualità in sanità, ha fornito una ulteriore bussola per muoversi all'interno del territorio complesso della qualità, offrendoci una chiave di lettura sugli oggetti di misurazione di misurazione/valutazione (Donabedian, 1966¹² e 1988¹³):

- la **valutazione di struttura** connota le caratteristiche dello scenario nel quale avviene l'erogazione dell'assistenza. Include le caratteristiche qualitative quantitative delle risorse materiali (ambienti fisici, impianti, tecnologie, ecc.), delle risorse economiche, delle risorse umane (quantitative e qualitative) e della struttura organizzativa (articolazione organizzativa, sistema decisionale, sistema di valutazione, sistema premiante, sistema informativo, sistema formativo ecc.). Questo tipo di valutazione basa la sua logica sul fatto che per fornire un servizio di buona qualità sono necessarie (ancorché spesso non sufficienti!) la presenza di risorse umane, materiali ed economiche adeguate.
- la **valutazione di processo** riguarda l'analisi delle modalità con cui vengono effettuate le diverse attività professionali (diagnostiche, terapeutiche, preventive, riabilitative). Il principale oggetto di osservazione sono le *procedure tecnico-operative*. Questo tipo di valutazione basa la sua logica sull'equazione *good care = good outcome*, cioè se ciascun operatore applicasse gli interventi secondo quanto viene dettato dalle correnti conoscenze scientifiche, i risultati dell'assistenza dovrebbero essere migliori di quelli conseguenti alla non corretta applicazione delle conoscenze scientifiche.
- la **valutazione dei risultati** (*outcome*). Il presupposto logico della misurazione della qualità dell'assistenza in base ai risultati da essa ottenuti è semplice ed ineccepibile. Gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sono quelli di promuovere la salute, curare le malattie, arrestare la loro progressione, restaurare le capacità funzionali, alleviare dolore e sofferenze: la qualità dell'assistenza dovrebbe sempre misurare il raggiungimento di uno di questi obiettivi. Il miglioramento delle conoscenze e i cambiamenti comportamentali più salutari sono inclusi nella definizione del miglioramento dello stato di salute. Donabedian include tra gli esiti anche la *soddisfazione dei pazienti* nei confronti dell'assistenza ricevuta.

C) LA PROSPETTIVA DELL'ANALISI ORGANIZZATIVA

Il terzo elemento della mappa concettuale è il termine *organizzazione* che può essere definita come "un sistema costituito da elementi, tra loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo".

La letteratura in campo organizzativo è immensa, e sarebbe del tutto velleitario anche tentarne una seppur minima

sistematizzazione in un paragrafo. Viene qui richiamato il classico schema proposto da Roberto Vaccani^{14,15}

Figura 2) che illustra in modo chiaro gli elementi costitutivi di fondo delle organizzazioni e presenta elementi di giustapposizione con le "parole" della qualità precedentemente individuate.

In tale schema gli elementi costitutivi di una organizzazione sono articolati in tre categorie:

- **input** (fattori di contesto, esterni all'organizzazione, che ne influenzano e condizionano l'operato);
- **variabili interne** (fattori interni all'organizzazione che condizionano la "produzione" dei beni/servizi);
- **risultati** (i "prodotti" dell'organizzazione)

Figura 2 – Le prospettive dell'analisi organizzativa



a) I fattori di input

I **fattori di contesto**, fattori esterni all'organizzazione che ne influenzano e condizionano l'operato, possono essere ricondotti ai seguenti elementi principali:

- **bisogni**, sono gli elementi da trasformare che giustificano l'esistenza stessa dell'organizzazione, e che nelle organizzazioni che producono servizi (sanità, scuola, ecc..) sono i bisogni dei soggetti che entrano in contatto con l'organizzazione stessa (il malato da assistere, i discenti da istruire, ecc.);
- **mandato**, ossia le attribuzioni che ciascuna organizzazione riceve dall'autorità a essa sovraordinata. Per i servizi pubblici, il più delle volte si tratta di mandato esplicitamente *normato*, in quanto le attribuzioni vengono definite attraverso norme di legge; mentre nel caso di organizzazioni autonome (partiti, associazioni, ecc..) e non sottoposte ad alcun ordine gerarchico il mandato è il più delle volte autodeterminato sulla base di motivazioni varie (politiche; religiose; filosofiche; ecc..): in questo caso si parla di mandato implicito o *interno*. In tutte le

¹² Donabedian A. - Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966, 44; 166-203

¹³ Donabedian A. -The quality of care. How can it be assessed. JAMA 1988, 260: 1743-1748

¹⁴ Vaccani R. - La Sanità incompiuta. Nuova Italia Scientifica, Milano, 1992;

¹⁵ Vaccani R. - Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo. Carocci, 2012

organizzazioni spesso coesistono diversi mandati formali e interni, la cui possibile opposizione può essere causa di inefficienza e inefficacia;

- **risorse**, ossia la dotazione di personale, finanziamenti, strutture e strumentazioni allocata nell'organizzazione da parte delle strutture sovraordinate;
- **variabili socioeconomiche**, ossia le variabili culturali, sociali, politiche, economiche, produttive, demografiche, ecc. che possono influenzare l'intero sistema organizzativo attraverso vincoli, stimoli, condizionamenti, pressioni, ecc.;
- **informazioni**, che rappresentano per l'organizzazione lo strumento fondamentale per ottenere l'immagine del mondo che la circonda – e informazioni sulle
- **innovazioni**, cioè le **nuove conoscenze/scoperte** tecnologiche (preventive, diagnostiche, terapeutiche, ecc.) e gestionali (informatizzazione, ecc.), che costituiscono in sanità un elemento cruciale per modificare le scelte operative e di influenzare in modo decisivo le scelte organizzative.

La **capacità di adeguamento alle modifiche di contesto** permette alle organizzazioni di rimanere al passo con la modernizzazione e offrire tempestivamente agli utenti le migliori pratiche per la tutela della salute.

b) Le variabili interne

Le variabili interne vengono distinte in:

- **struttura di base**, che comprende la divisione gerarchica (*organigramma*), l'attribuzione delle funzioni/attività (*funzionigramma*), la divisione/attribuzione delle risorse umane/ economiche/impiantistico-tecnologiche/strutturali, la collocazione degli spazi di lavoro (*lay-out*);
- **meccanismi di funzionamento/operativi**, che: a) definiscono il "quadro" dinamico della organizzazione (permettono di rispondere a domande come *quando? come?*); b) definiscono i criteri con i quali si modificano i fattori in ingresso; c) sono ufficiali e decisi collegialmente. I meccanismi di funzionamento/operativi comprendono:
 - meccanismi di selezione
 - meccanismi di formazione
 - sistema informativo
 - meccanismi di presa di decisione
 - meccanismi di valutazione
 - meccanismi di premio/sanzione
 - meccanismi di acquisizione di beni e servizi
 - processi di cambiamento

L'assenza di meccanismi operativi non impedisce ai fenomeni di verificarsi: il modo con il quale si svolgono è però informale, governato da regole non chiare, arbitrarie.

Sono i meccanismi operativi che fanno funzionare le U.O. (anche la migliore U.O. come struttura e come qualità e quantità di personale può non ottenere buoni risultati se non sono presidiati i meccanismi operativi). Senza meccanismi operativi gli attori di un'organizzazione non si concentrano sul lavoro e sui risultati

professionali, ma sulle dinamiche fiducia/sfiducia nei colleghi oppure sulle dinamiche autorità e comando/obbedienza e trasgressione nei confronti dei capi. I meccanismi operativi possono anche essere aggregati in tre macro-processi:

- **processi operativi**, ossia le linee di produzione fondamentali che vedono coinvolti direttamente i professionisti nel percorso del malato (es. medici, radiologi, farmacisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc.). Tali processi sono quelli definibili *core-business* dell'organizzazione;
 - **processi di supporto**, sono i processi che supportano i processi operativi in modo da renderli più efficaci e più efficienti (approvvigionamento, manutenzione, gestione del sistema informativo, gestione finanziaria, ecc.);
 - **processi strategico-gestionali**, sono i processi portati avanti dai vertici dell'organizzazione (*leadership*, sistema decisionale, sistema premiante, gestione del personale, ecc.)
- **processi sociali**, costituiti dall'insieme dei comportamenti personali, delle relazioni interpersonali e collettive che gli individui mettono in atto nei confronti dell'organizzazione nella quale si trovano e che creano il "clima" dell'organizzazione (possono sfociare o no in rivendicazioni sindacali). Tali processi vengono grandemente condizionati – oltre che da variabili legate a elementi hard dell'organizzazione (rapporti gerarchici, sistema premiante, ecc..) – da variabili soft più intimamente connesse al vissuto dei singoli operatori quali il sistema valoriale di cui ogni individuo è portatore, le attese individuali, gli orientamenti culturali, i fattori ergonomici, i sistemi di protezione e sicurezza nel lavoro, ecc. Tali variabili soft possono essere, per esempio: comportamenti di accettazione, comportamenti di rifiuto; comportamenti di compensazione

c) I risultati

Per quanto attiene infine ai risultati, è fondamentale distinguere in campo sanitario tra la fornitura di **prestazioni e servizi (output)** e la determinazione degli **esiti (outcome)** ottenuti attraverso tali prestazioni.

Per prestazioni e servizi si intendono i beni materiali o immateriali prodotti (ricoveri, interventi diagnostico-terapeutici e preventivi, ecc.) (**output**); per esiti si intendono gli esiti ultimi dei beni prodotti, che possono essere di duplice natura: *di effetto immediati* (le conoscenze acquisite dagli utenti; le modificazioni comportamentali; le diminuzioni di esposizione ai rischi; ecc.) e *di impatto* cioè il reale effetto sulla salute in termini di malattie guarite; malattie evitate; morti evitate; ecc. (**outcome**)

Come precedentemente ricordato anche la *soddisfazione degli utenti* è annoverata tra i risultati perseguiti da una organizzazione sanitaria.

D) IL FRAMEWORK ASIQUAS SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Le diverse dimensioni della qualità sono state utilizzate in molti paesi per strutturare framework concettuali utilizzati per costruire

sistemi di valutazione della performance (capacità dei singoli professionisti, delle equipe di lavoro, dei servizi/aziende sanitarie, di raggiungere gli obiettivi di qualità nei tempi previsti) dei servizi sanitari.

L'As.I.Qu.A.S. nella elaborazione del framework ha individuato **14 dimensioni**¹⁶ che comprendono anche le dimensioni proposte da WHO, OECD, IOM:

1) ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ

ACCESSIBILITÀ - Assistenza sanitaria erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute¹⁷

TEMPESTIVITÀ - Capacità del sistema di fornire assistenza in tempi congrui rispetto al bisogno manifestato/riconosciuto¹⁸

2) ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ ed EMPOWERMENT del PAZIENTE

Fornire un'assistenza rispettosa e sensibile alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantire che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche¹⁹

3) ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

Corrispondenza/aggiornamento quali-quantitativo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche agli effettivi bisogni dei pazienti, alle disposizioni legislative nazionali/regionali ed alle innovazioni tecnologiche validate²⁰

4) APPROPRIATEZZA CLINICA

Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche²¹.

5) APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA

¹⁶ 17 dimensioni se si scompongono le Accessibilità e Tempestività; Appropriata Organizzativa e Trasparenza; Integrazione e Continuità Assistenziale

¹⁷ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, 2006 (**modificato**)

¹⁸ **Healthy People 2020**. Access to Health Services. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion
<http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services>. e **AHRQ**
<https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/access/elements3.html>

¹⁹ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Chapter 2 - Improving the 21st-century Health Care System

²⁰ AsIQuAS

²¹ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA - Erogazione di un servizio in un contesto organizzativo idoneo e congruente con le caratteristiche di complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare²²

TRASPARENZA - Semplicità per utenti/stakeholder di reperire, acquisire e comprendere le informazioni necessarie per poter usufruire al meglio e valutare la qualità del servizio di proprio interesse²³

6) COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE

Comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale. Le competenze sono in termini di responsabilità e autonomia²⁴

7) EFFICACIA

Livello di perseguimento degli obiettivi di salute definiti sulla base dei bisogni di salute del singolo utente (o della comunità) e perseguiti sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione²⁵.

8) EFFICIENZA

Assistenza sanitaria effettuata in modo da ottimizzare l'uso delle risorse per il perseguimento degli obiettivi di salute e per ridurre/annullare gli sprechi (di attrezzature, forniture, idee, energie, ecc.)^{26,27}

9) EQUITÀ

Assistenza sanitaria che non varia in rapporto al genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socio-economico degli utenti²⁸

10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

²² Ministero della Salute: Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche. Roma, dicembre 2012

²³ Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche. Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici. Delibera n. 3/2012 (**modificato**)

²⁴ Comunità Europea 2009 - Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008, presenta il Quadro Europeo delle Qualifiche e dei Titoli (European Qualification Framework - EQF) ALLEGATO I Definizioni

²⁵ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, 2006 – Pag 9 (**modificato**)

²⁶ Institute of Medicine (IOM -USA): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century: Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 (**modificato**).

²⁷ Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001 (**modificato**).

²⁸ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, 2006 (**modificato**)

Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone²⁹) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti³⁰

11) SICUREZZA

Assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti³¹

12) SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI

L'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative³².

13) SODDISFAZIONE PAZIENTI

Confronto tra le aspettative con cui l'utente si accosta alla tipologia di prodotto/servizio e la performance percepita (la percezione del prodotto/servizio ricavata dopo il consumo/utilizzo)³³

14) UMANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA

Rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica³⁴

Tali dimensioni sono riportate nella matrice framework As.I.Qu.A.S. (**Figura 3**) che racchiude concetti, prospettive e modalità per l'analisi/valutazione della qualità e può essere letta secondo la prospettiva dei soggetti interessati (decisori, operatori, utenti) o secondo le modalità di analisi (struttura, processo, esito): ad esempio, gli operatori è naturale che prestino l'attenzione maggiore ai temi dell'efficacia, dell'appropriatezza dei percorsi e della sicurezza, ma sono parimenti coinvolti sui temi del benessere organizzativo, dello sviluppo delle policy di centralità del paziente, dell'equità, ecc.

²⁹ WHO (2018) - Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. **(modificato)**

³⁰ AsIQuAS

³¹ Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – GLOSSARIO. Luglio, 2006

³² Avallone F. e Bonaretti M. : Benessere Organizzativo- Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Collana: Analisi e

Figura 3 – Il Framework As.I.Qu.A.S.



E) Il monitoraggio e la valutazione della performance in sanità

La **performance** è intesa come *"il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata"*.

L'attività di **valutazione della performance**, nel linguaggio aziendale e finanziario viene sintetizzato nel termine **benchmarking** inteso come *"attività continua di ricerca, misurazione e raffronto dei prodotti, processi, servizi, prassi, procedure e operazioni di una ditta con quelli che altre aziende hanno sviluppato, allo scopo di ottenere risultati eccellenti, finalizzati al miglioramento delle proprie prestazioni aziendali e per rendere evidente l'efficacia di determinati investimenti"*³⁵.

In Italia le attività di **benchmarking** per la valutazione della qualità/performance dei servizi sanitari si sono sviluppate nelle singole regioni nell' ultimo decennio del secolo scorso in cui venne ridefinito l'assetto dei servizi sanitari (introdotto con la L. 833 del 1978³⁶ attraverso la costituzione delle Aziende Sanitarie³⁷),

strumenti per l'innovazione. 2003, pp 116. Rubbettino Editore, Economia e Finanza

³³ Oliver, R.L.: Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings, Journal of Retailing, 1981, 57(3), pp. 25-48. **(modificato)**

³⁴ Agenas - AA.VV Focus on . L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi - Monitor 32, pagg. 8-58, 2013

³⁵ Vocabolario Treccani 2019

³⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833: "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

³⁷ DL 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria; DL 7 dicembre 1993, n. 517 - Modificazioni al decreto

nonché affidata alle regioni la potestà legislativa sulla sanità attraverso il referendum dell'ottobre 2001³⁸. Su un totale allora (2003-2007) di 355 aziende sanitarie tra ASL, AO e IRCCS, le aziende che avevano partecipato a gruppi o reti di benchmarking erano 208 pari al 58% del totale, mentre le aziende che avevano prodotto progetti di miglioramento di servizi e processi interni gestionali, clinico – ospedalieri e territoriali erano 228 pari al 64% del totale³⁹. SIQUAS VRQ insieme ad altri partner censì e raccolse in www.osservatoriosanita.it 2.881 progetti di miglioramento dei servizi che furono resi fruibili in base ad un motore di ricerca a parole chiave come da Glossario definito con i partner. Le esperienze di benchmark maturate in quei periodi sono descritte in due volumi^{40 41}. Attualmente esempi di benchmarking in campo sanitario sono forniti da:

Nuovo Sistema di Garanzia⁴² (che consente, con le informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA.

AREA	N° Indicatori
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	41
Stato di salute della popolazione	12
Utenza, personale e comunicazione	7
Strategie sanitarie regionali	49
Governo e qualità dell'offerta	201
Assistenza farmaceutica	56
Emergenza-urgenza	16
Efficienza e sostenibilità	11
Prevenzione collettiva	13
	406

PNE (Programma Nazionale Esiti): Il Programma Nazionale Esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del SSN. I risultati di PNE, attività che AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati sul sito web curato da AGENAS.

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria

DL 19 giugno 1999, n. 229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

38 LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n. 3 Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione

39 *Materiali: Osservatorio delle pratiche della sanità italiana*, a cura di Giorgio Banchieri e Silvia Boni, Edizioni Formez 2007 (a cura di + introduzione);

40 *“Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana”*, prefazione di Andrea Gardini, presentazione di Carlo Liva e Luigi Cappugi, pagg. 284, Italpublishing, Roma 2005 (a cura di + introduzione);

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	
AREA CLINICA	N° indicatori
Cardiovascolare	42
Cerebrovascolari	8
Digerente	14
Malattie Infettive	4
Muscoloscheletrico	19
Ospedalizzazioni	29
Pediatria	9
Perinatale	9
Procedure chirurgiche	88
Respiratorio	8
Urogenitale	8
	238

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali curato dal **Laboratorio Management e Sanità – (MeS)** dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Un processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di **406 indicatori** (41 di sintesi, 122 di valutazione e 243 di osservazione)⁴³.

AREA	N° INDICATORI
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	41
Stato di salute della popolazione	12
Utenza, personale e comunicazione	7
Strategie sanitarie regionali	49
Governo e qualità dell'offerta	201
Assistenza farmaceutica	56
Emergenza-urgenza	16
Efficienza e sostenibilità	11
Prevenzione collettiva	13
	406

41 *“Materiali: Osservatorio delle pratiche della sanità italiana”*, a cura di Giorgio Banchieri e Silvia Boni, Edizioni Formez 2007 (a cura di + introduzione);

42 DM 12 marzo 2019 - **Nuovo sistema di garanzia** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019) <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

43 Scuola Superiore Sant'Anna Istituto di Management Laboratorio Management e Sanità **Il Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali**: I risultati delle Aziende Ospedaliere-Universitarie a confronto REPORT 2019 - https://www.santannapisa.it/sites/default/files/reportweb_aou2019.pdf

La raccomandazione su “Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale” (2009 – 2013) della SIQUAS VRQ è ancora attuale

a cura di G. Banchieri, F. Di Stanislao, L. Goldoni

La SIQUAS, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, ha organizzato e svolto un “percorso” di confronto e di ricerca sui temi della qualità nell'integrazione tra sanità e sociale (2009-2012) per pervenire, quale risultato di sintesi del percorso, ad una nuova Raccomandazione SIQUAS (2013) sul tema.

L'esigenza di pervenire ad una nuova Raccomandazione trovava origine nelle seguenti considerazioni:

- Esigenza di partire da una analisi dei bisogni di salute dei cittadini su cui programmare le risposte dei Servizi Sanitari Regionali (S.S.R.) a livello dei servizi socio sanitari e socio assistenziali in termini di appropriatezza, efficacia e efficienza delle cure e delle prestazioni erogate, recuperando i grandi margini di non appropriatezza esistenti;
- Sviluppare una riflessione sul percorso di deospedalizzazione e sulla crescita delle reti territoriali e di cure primarie, nonché sullo sviluppo di processi di garanzia della continuità delle cure e di presa in carico dei pazienti, congiuntamente al tema delle reti per patologie e della loro integrazione verticale e orizzontale, su come riorganizzare la presenza della sanità nei territori e su come integrarla con altre presenze assistenziali in logiche sempre più di collaborazione, condivisione e di network;
- Affrontare il tema dell'uso razionale delle risorse disponibili in un contesto non facile di difesa del ruolo del carattere pubblico e universalista dei Sistemi Sanitari Regionali, prefigurando e sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la sostenibilità degli stessi e la difesa dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) in tutto il Paese,
- Partire dai modelli gestionali, di sicurezza e qualità sviluppati principalmente nell'area dell'assistenza e cura dei pazienti acuti - in quanto la realtà degli ospedali era ed è di più facile parametrizzazione – andando oltre recuperando le specificità delle reti territoriali, oggettivamente disperse nei territori,
- Affrontare in modo sistematico il tema del monitoraggio, della valutazione - in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché di sicurezza e qualità - del ruolo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali.

L'attuazione dell'integrazione sociosanitaria era per altro tra gli scopi già indicati nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n.833 del 1978. Gli scarsi risultati ottenuti, - se non in buone prassi, anche con livelli di eccellenza, disperse sul territorio – ci hanno indotto allora a:

- Rileggere i documenti a disposizione, le esperienze e la letteratura scientifica internazionale, i percorsi sinora

realizzati, la normativa nazionale e regionale per evidenziare, in questa moltitudine di atti gli elementi favorevoli e sfavorevoli all'integrazione;

- Introdurre una lettura attualizzata della cultura, delle motivazioni e degli obiettivi dell'integrazione aggiornata alle sensibilità e alle aspettative dei cittadini, ma anche degli operatori e dei professionisti, delle associazioni e delle rappresentanze della società;
- Valorizzare e motivare concetti e principi, alla elaborazione odierna, riflettendo su alcuni temi – quali persona, continuità assistenziale, appropriatezza e utilizzo delle risorse - declinati in campo sociologico, filosofico, antropologico per consentire non solo un adeguamento dei termini e delle linee guida dell'integrazione sociosanitaria, ma anche una condivisione di culture e significati dei termini e una maggiore idoneità a perseguire il benessere dei cittadini e a rispondere alle loro aspettative.

Il prodotto realizzato è stato un documento metodologico necessariamente sintetico, di facile consultazione, suddiviso per capitoli, cui sono allegati per esteso i documenti specifici per gli approfondimenti tematici.

Il progetto voleva:

- Individuare obiettivi significativi e standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità individuali e professionali, i risultati attesi;
- Fornire un quadro sintetico di letteratura, prassi e successivi aggiornamenti nei siti individuati sul tema dell'integrazione fra i servizi alla persona preposti alla tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità;
- Analizzare i sistemi di classificazione delle strutture/servizi individuati sulla base delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e dei servizi e delle prestazioni da loro erogabili;
- Svolgere una analisi di contesto sulle filiere assistenziali osservate individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandatarie, attori e utenti;
- Analizzare i diversi modelli di reti di assistenza sanitaria e socio assistenziale, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento, le migliori pratiche di riferimento pro tempore nelle filiere assistenziali osservate.

Dopo la costituzione iniziale di un gruppo di lavoro multi professionale e multidisciplinare con rappresentanti delle Istituzioni (Ministero, ISS, AGENAS, ARS) e di organizzazioni datoriali, sindacali e professionali, nonché di società scientifiche interessate al tema il percorso si è sostanziato in una serie di Convegni tematici per raccogliere le evidenze normative, di

letteratura e pratiche più significative sulle tematiche topiche dell'integrazione tra sanità e sociale tra ottobre 2009 e febbraio 2010, come segue:

Data- Luogo	Tema
Aula Magna Presidio Nuovo "Regina Margherita", Via Morosini, 30, Trastevere, Roma, Ottobre 2009	Presa in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.
Forum sulla Non autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel, Bologna, Novembre 2009	Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell'integrazione socio-sanitaria
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b, Roma, Dicembre 2009	Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b Roma, Febbraio 2010	Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.
Data- Luogo	Tema
Aula Magna Presidio Nuovo "Regina Margherita", Via Morosini, 30, Trastevere, Roma, Ottobre 2009	Presa in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.
Forum sulla Non autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel, Bologna, Novembre 2009	Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell'integrazione socio-sanitaria
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b, Roma, Dicembre 2009	Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.
Aula Magna Ospedale G. Eastman, Viale Regina Elena 287/b Roma, Febbraio 2010	Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

In occasione del Forum della Non Autosufficienza che si è tenuto a Bologna il 12 novembre 2009 è stato presentato pubblicamente il progetto e definito il gruppo di coordinamento ed i sottogruppi di lavoro con esperti provenienti da realtà professionali e scientifiche, da istituzioni pubbliche e private centrali e locali, provenienti da diverse regioni italiane.

Il percorso si è articolato per fasi:

Fase preliminare	È stato effettuato uno studio sul concetto di integrazione socio-sanitaria e dei requisiti di qualità; tale concetto è stato aggiornato in progress
Fase 1	Sono stati raccolti documenti italiani e stranieri

Fase 2	Le esperienze raccolte sono state selezionate e rese disponibili nell'osservatorio Sanità (www.osservatoriosanita.it)
Fase 3	Si è sviluppata la discussione ed il confronto fra gli esperti, attraverso seminari, congressi nazionali, forum, e numerosi incontri del gruppo di lavoro nazionale e dei sottogruppi;
Fase 3	Si è giunti alla redazione ed approvazione di un primo indice della Raccomandazione
Fase 4	I componenti del gruppo hanno redatto i capitoli assegnati
Fase 5	La raccomandazione è stata validata e pubblicata.

Le funzioni oggetto della Raccomandazione sono state sviluppate a livello:

- *Istituzionale* del governo nazionale e locale;
- *Gestionale* di tipo organizzativo e professionale;
- *Assistenziale* nella pratica clinica e sociale.

I soggetti a cui si rivolgeva e si rivolge la raccomandazione sono:

- Politici e funzionari amministrativi nazionali, regionali e di Enti Locali;
- Direttori Generali, staff, di ASL-AUSL-AO, Dirigenti, Amministrativi dei Servizi e degli Enti Locali;
- Gruppi Professionali e professionisti singoli.

LIVELLO	FUNZIONI oggetto della RACCOMANDAZIONE	ENTI/SOGGETTI cui è indirizzata la RACCOMANDAZIONE
MACRO	POLITICO-ISTITUZIONALE	GOVERNO Nazionale (Macro 1) ISTITUZIONI/GOVERNO STATO - REGIONI - ENTI LOCALI POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI NAZIONALI
	GOVERNO Locale (Macro 2)	POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL
MESO	ORGANIZZATIVO - GESTIONALE	ENTI GESTORI Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri DIRETTORI GENERALI - STAFF (aus/ao) - DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL
	GESTIONE PROFESSIONALE (Meso 2)	GRUPPI PROFESSIONALI nella fase di pianificazione organizzativa e di intervento GRUPPI PROFESSIONALI (dei servizi, società scientifiche, ecc)
MICRO	PROFESSIONALE	PROFESSIONISTI nelle fasi di implementazione degli interventi PROFESSIONISTI SINGOLI
	ASSISTENZIALE (Micro)	

(Fonte: Allegato 1 "L'integrazione tra sanità e sociale: Modelli in letteratura scientifica", da Anna Apicella, Giorgio Banchieri, Francesco Di Stanislao, Lidia Goldoni "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale", Franco Angeli Editore, 2013.)

Essendo la prima Raccomandazione scientifica sul tema ha dato necessariamente più spazio ai requisiti di qualità per il livello macro (32), invece per il livello meso (6) e per gli operatori (3). La struttura del documento prevede nell'introduzione l'esplicitazione del mandato e gli obiettivi ed è articolata in sei capitoli tematici e uno dedicato alla Bibliografia. Un'appendice riporta il Glossario dell'integrazione socio- sanitaria .

La Raccomandazione è stata pubblicata da Franco Angeli Editore (Milano, Roma) nel 2013 in un volume intitolato "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale: Raccomandazione SIQUAS-VRQ". La Raccomandazione è stata proposta a Enti, Organizzazioni, Aziende, strutture, che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, utilizzo e la valutazione dei propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, nomenclature, e glossario. E' stata diffusa in varie forme (riviste, siti, seminari, convegni, etc.) in primis sui siti www.siquas.it, www.osservatoriosanita.it e sulla Rivista online QA.

Il Ministero della Salute in occasione della prima presentazione a Roma nel 2013 della Raccomandazione ha approvato il lavoro svolto, apprezzandone per completezza e innovatività delle proposte, salvo il requisito 1 "Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali" in quanto contrario all'attuale organizzazione delle istituzioni preposte che vedono le competenze dall'integrazione suddivise tra "politiche sociali" appannaggio del Ministero del Lavoro e "politiche sanitarie e sociosanitarie" appannaggio del Ministero della Sanità. Successivamente OECD nello svolgere su committenza UE lo studio su "La qualità dei sistemi sanitari dei Paesi della UE" ha citato la Raccomandazione che era la prima sul tema in Europa.

Al momento della redazione della Raccomandazione non essendoci una significativa letteratura scientifica sul tema, e per "dare forza" alla Raccomandazione stessa SIQUAS VRQ decise di coinvolgere gli operatori sanitari e sociali in un processo di "consensus" tramite la somministrazione di un questionario per verificare l'adesione alle singole raccomandazioni redatte da parte degli operatori coinvolti. Il questionario consentiva agli operatori di esprimere forza e intensità della adesione ai singoli requisiti. Sono stati coinvolti oltre 3.000 operatori sanitari e sociali in due anni con un livello molto alto di adesione. Questa campagna di "consensus" è stata la prima svolta in Italia su un documento di una società scientifica.

Per dare peso/forza ai singoli requisiti della Raccomandazione è stato predisposto un questionario di "consensus" strutturato come segue:

Raccomandazione	Livello di gradimento				
1. Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	1	2	3	4	5
			[1]	[2]	[3]

ACCORDO
 PESO/FORZA

I questionari di "consensus" somministrati in due anni sono stati i seguenti:

Questionari di consensus somministrati	al 31.12.2012	al 31.12.2013	
	Numero	%	Numero
Medici	124	13,01	524
Infermieri	183	19,2	863
Tecnici della Riabilitazione	56	5,88	78
Psicologi	68	7,14	97
Sociologi	73	7,66	84
Assistenti sociali	204	21,41	528
Docenti/Ricercatori/Studenti Universitari	92	9,65	582
Volontari di Associazioni	153	16,05	328
Totale rispondenti	953	100	3.084

L'esito delle adesioni e la forza delle adesioni ai singoli requisiti della Raccomandazione è stata mediamente molto alta, come segue, per singolo requisito:

Requisiti della Raccomandazione per Livello Macro "Politiche Istituzionali" (Macro 1) e consensus acquisito

1. Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	3,9724771	2,2777778
2. Adottare il decreto sui profili delle Figure professionali sociali previsto dalla L.328/00 e ridefinire con il Ministero dell'Istruzione e dell'Università, nonché con il CUN i percorsi formativi per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati tra sanità e sociale nei territori.	4,0092593	2,2631579
3. Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	4,018519	2,135593

4. Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.	3,925234	2,092593
5. Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria;	3,845455	1,964912
6. Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).	4,146789	2,368421
7. Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ridefinire: a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione; b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).	4,146789	2,410714
8. Declinare i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;	3,722222	2,102041
9. Costruire Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni, per definire requisiti comuni condivisi di accreditamento	4,009009	2,237288

orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con i SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle gare pubbliche di assegnazione		
10. Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni	4,081081	2,333333
11. Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti regionali	4,036036	2,22807
12. Qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello nazionale attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, da parte della Conferenza Stato-Regioni, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia dei LIVEAS, della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali	4,071429	2,322034
13. Favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le	4,044643	2,206897

Regioni e tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate		
14. Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali	3,800000	2,150943
15. Definire gli strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo – capitaria	3,747573	2,106383

Requisiti della Raccomandazione per Livello Macro "Politiche Istituzionali" (Macro 2) e consensus acquisito

1. Allocare risorse adeguate a livello regionale e degli Enti Locali subordinati, prevedendo meccanismi di programmazione integrata e di cofinanziamento dei servizi, per sostenere lo sviluppo delle reti territoriali di integrazione tra sanità e servizi con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi regionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti territoriali.	4,099099	2,368421
2. Per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria, nei livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali: A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione	4,036364	2,345455

integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale; D) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti		
3. Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative: a) ai "luoghi" di accettazione e accoglienza integrata territoriale; b) agli strumenti di valutazione integrata; c) alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale; d) agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	3,971698	2,192982
4. Garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio sanitarie, socio assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali)	3,945455	2,127273
5. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;	3,981132	2,12963
6. Organizzare e articolare su base regionale e locale la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, co-progettazione, co-gestione/co-responsabilità, controllo partecipato.	3,862385	2,00000
7. Declinare la rimodulazione dell'offerta nella disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo	3,971429	2,240741

il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta		
8. Individuare i "luoghi" istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale.	3,888889	2,055556
9. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza.	4,082569	2,293103
10. Definire la prospettiva del "Piano Regolatore" dei servizi integrati alla persona a livello regionale e nelle sue declinazioni a livello territoriale (Piani Aziendali, Piani di Zona, Accordi di Programma, etc.);	3,890909	2,018182
11. Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);	3,900000	2,134615
12. Definire l'identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari erogabili, in quanto elemento costitutivo dei LEA, 3° livello, e dei LIVEAS;	3,944444	2,148148
13. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale favorendo l'adozione di strumenti unitari con particolare riferimento a: profilo di comunità, obiettivi, programmazione di settore, monitoraggio e valutazione.	4,027523	2,140351
14. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.	4,027273	2,283019

15. Le regioni recepiscono nei propri atti amministrativi i livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali in merito: A) ai possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) all'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) alla definizione delle modalità di presa in carico e di continuità assistenziale; D) all'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	3,827273	2,210526
---	----------	----------

Requisiti della Raccomandazione per il Livello Meso/Organizzativo Gestionale e consensus acquisito

1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l'integrazione socio-sanitaria.	4,045455	2,339286
2 Gli enti gestori (ASL e EE.LL) individuano ed attivano, definendo le regole di funzionamento organizzativo, i <i>Punti Unici di Accesso</i> (o altra definizione) territoriali e le <i>modalità di presa in carico e di continuità</i> assistenziale	4,021277	2,22807
3. Progettare e implementare la formazione continua su destinatari, contenuti e dimensioni dell'integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali	4,00000	2,236364
4. Definire le competenze specifiche, i soggetti, l'assetto organizzativo, le funzioni e le attività, i piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell'integrazione sociale e sanitaria.	4,026786	2,272727
5. I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono: a) gli <i>obiettivi</i> di medio-lungo termine della implementazione dei percorsi assistenziali integrati socio-sanitari; b) il <i>sistema di valutazione di qualità</i> dei percorsi;	3,981982	2,163636

c) le modalità di <i>utilizzo dei dati/risultati</i> della valutazione per la loro "rendicontazione" ai cittadini; d) il monitoraggio dell'impatto sul territorio di competenza di pratiche d'integrazione e miglioramenti nel benessere delle persone		
6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali <i>costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto)</i> necessari per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	3,981818	2,2000

Requisiti della Raccomandazione per il Livello Micro/Professionale e consensus acquisito

1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL): a) <i>implementano</i> quanto programmato per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI); b) <i>curano la raccolta dei dati</i> relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità; c) effettuano almeno un <i>audit</i> annuale di valutazione e propongono, nel caso, i cambiamenti da apportare per migliorare la qualità del modello di integrazione socio-sanitario sperimentato	3,825243	2,096154
2. Almeno il 50% della formazione continua dei professionisti sanitari e sociali degli enti gestori che operano in prevalenza nei settori ad alta	3,923077	2,185185

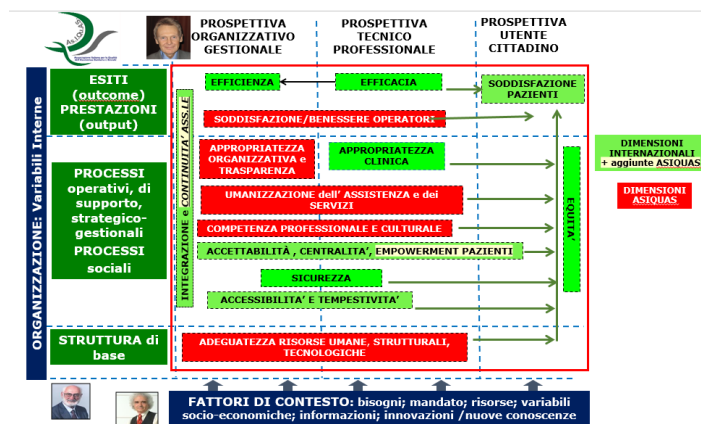
integrazione socio-sanitaria, deve essere effettuata congiuntamente		
3. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori valutano almeno una volta all'anno i risultati delle indagini di monitoraggio della soddisfazione degli operatori e dei cittadini e utenti sulla qualità della integrazione tra professionisti, coinvolgimento degli utenti/famiglie, continuità assistenziale, ecc.	3,914286	2,296296

Con la nascita nel 2016 della ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza sanitaria e Sociale, in continuità con la precedente SIQUAS VRQ, il tema dell'integrazione è diventato uno dei temi strategici della Associazione che gli ha dedicato due Congressi svolti a Roma e anche il recente volume *"Qualità nell'integrazione tra sanità e sociale"*, come compendio delle metodologie e gli strumenti, nonché della normativa e della letteratura scientifica sul tema delle dimensioni della qualità in sanità.

Il volume *"Qualità nell'integrazione tra sanità e sociale"*, per altro fa riferimento alla riscrittura del frame work scientifico della Associazione che si può sintetizzare nelle seguenti 14 *"dimensioni"* della qualità:

- 1) Accessibilità e tempestività;
- 2) Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente;
- 3) Adeguatezza risorse umane, strutturali e tecnologiche;
- 4) Appropriatezza clinica;
- 5) Appropriatezza organizzativa e trasparenza;
- 6) Competenza professionale e culturale;
- 7) Efficacia;
- 8) Efficienza;
- 9) Equità;
- 10) Integrazione e continuità assistenziale;
- 11) Sicurezza;
- 12) Soddisfazione/benessere operatori;
- 13) Soddisfazione dei pazienti;
- 14) Umanizzazione dell'assistenza e dei servizi.

Queste “dimensioni” a loro volta vengono inserite in un algoritmo concettuale che è il seguente:



Da questo algoritmo si evince come il tema della “integrazione e continuità assistenziale” sia centrale, trasversale e “driver di cambiamento” degli attuali modelli organizzativi e assistenziali maggiormente presenti nelle aziende sanitarie ancora spesso risultanti di una trasposizione del modello ospedaliero per specialità, a “canne d’organo”, anche nei servizi sociosanitari. Anche il recente documento “Position Paper ASIQUAS 2020: Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19” la “Vision ASIQUAS: le proposte per un sistema sanitario “integrato” e resiliente anche dopo ... Covid19” è tutto incentrato sul tema dell’integrazione in sanità, in particolare nei 10 punti principali trattati quelli dedicati al tema dell’integrazione sono ben 6:

1. Sviluppare e promuovere l’integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione).^{1,2}
2. Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali).^{3,4}
3. Sviluppare le strutture intermedie sia “specialistiche” che “generaliste” in un’ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni.^{5,6}
4. Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di “continuità assistenziale” verso la popolazione dei territori.^{7,8,9}

¹ Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

² Vedi la “Dimensione” [12] “Soddisfazione/benessere degli operatori”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020

³ Vedi la “Dimensione” [2] “Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁴ Vedi la “Dimensione” [13] “Soddisfazione dei pazienti”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁵ Pesaresi F.: Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia. I Luoghi di Cura (on line) n. 2 – 2020.;

⁶ Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁷ Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

5. Ridefinire gli aspetti dell’integrazione socio-sanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.^{10,11}
6. Sviluppare una normativa “integrata socio-sanitaria” in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandonino per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti.^{12,13}

Sicuramente esistono altri elementi o aree nuove su cui indagare per definire criteri e indicatori nel socio-sanitario. Pensiamo al “cittadino competente” e al ruolo dei caregiver nel compito assistenziale, alla domanda di flessibilità nella costruzione dei rapporti tra cittadini/ persone e istituzioni nel dare vita a micro servizi assistenziali (co-housing e dintorni) in cui di volta in volta si definisce chi fa che cosa etc., alla discussione che si aprirà sugli edifici per le residenze assistenziali, se ci saranno finanziamenti dedicati, etc. Per lo sviluppo di policy di integrazione adeguate occorre cogliere l’opportunità della NextgenerationUE e del MES che sono due occasioni fondamentali da non perdere, ma non devono giustapporre all’esistente “altro” senza cambiare l’impianto complessivo dei SSR fin troppo parcellizzati e diffusi nei modelli organizzativi e gestionali. Se le imprese vanno verso modelli in rete, se i servizi possono essere attivati via web, se serve un nuovo asse produttivo basato su una economia circolare, fonti energetiche rinnovabili e green economy, occorre definire adeguatamente il ruolo del sistema sanitario come “driver” di sviluppo e di cambiamento con i settori a monte e a valle e la sua grande concentrazione di professionalità, come nessun altro settore del sistema Paese. Occorre continuare a valorizzare il ruolo degli operatori della sanità che sono il principale capitale umano del SSN e dei SSR.

Gli ospedali ad alta specialità e le terapie intensive e semi intensive non possono essere l’unica arma “letale” del sistema Dobbiamo mettere lo “scarpone a terra”, stare sui territori, avere un approccio di prossimità e di comunità, avere dei servizi proattivi. Occorre fare tanta “integrazione tra sanità e sociale”, tanta prevenzione e tanta “self care” supportate anche da un qualificato sviluppo degli strumenti digitali al servizio della salute. È nei territori che si gioca la battaglia contro il virus o i virus e contro le malattie croniche. Questa è la nuova frontiera per le policy sanitarie e sociosanitarie nel nostro Paese

⁸ Vedi la “Dimensione” [12] “Soddisfazione/benessere degli operatori”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁹ Vedi la “Dimensione” [13] “Soddisfazione dei pazienti”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

¹⁰ Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

¹¹ Vedi la “Dimensione” [14] “Umanizzazione dell’assistenza”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

¹² Vedi la “Dimensione” [10] “Integrazione e continuità assistenziale”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

¹³ Vedi la “Dimensione” [9] “Equità”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020.

Audit clinico: cosa è e cosa non è. Le definizioni e i malintesi

Clinical Audit: what it is and what it's not. Definitions and misunderstandings.

Running Title: Uso corretto termine "audit clinico"
Correct use of term "clinical audit"

a cura di Ulrich Wienand, già Responsabile Qualità
Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara "Arcispedale
S. Anna

Abstract

Razionale: Nel SSN italiano c'è un interesse crescente per l'audit clinico, a fronte del quale un uso inappropriato del concetto potrebbe generare aspettative inadeguate.

Obiettivi e metodi: Lo scopo del lavoro è quello di esaminare le definizioni di audit clinico dal 1956 al 2014, cercando le comuni, le differenze, lo sviluppo storico dei concetti ed evidenziando gli elementi distintivi rispetto ad altre metodologie del miglioramento della qualità in sanità.

Risultati: Sono state trovate ed esaminate 24 definizioni che hanno 9 elementi principali in comune. Nel corso della storia si è posto man mano enfasi su aspetti differenti.

Conclusioni: L'audit clinico è stato introdotto nel 1956 da P.A. Lembcke e, da allora, ha mantenuto delle connotazioni chiare e condivise. In Italia, non di rado, viene usato lo stesso termine per altre pratiche nel campo del miglioramento della qualità.

Razionale: There is growing interest in the Italian Healthcare System for clinical audit. Inappropriate use of the term might arouse inadequate expectations regarding the tool itself.

Objectives and methods: Aim of the paper is to examine definitions of clinical audit since 1956 until 2014, investigating similarities, differences, historical development of terms, and the distinction between clinical audit and other quality improvement tools used in healthcare.

Results: 24 definitions were found and evaluated, finding 9 common elements. Over the years different aspects have been emphasized in the definitions.

Conclusions: Clinical audit was introduced by P.A. Lembcke in 1956, and hence, it maintained clear and shared peculiarities. In Italy the term is frequently used to describe other quality improvement tools.

Parole chiave: Audit Clinico, audit organizzativo, governo clinico, metodi valutazione e miglioramento della qualità

Keywords: Clinical Audit, organisational audit, clinical governance, tools for evaluation and improvement of quality

Area di riferimento: metodi di gestione della qualità in sanità

Audit clinico: che cosa è e che cosa non è. Le definizioni e i malintesi.

Ulrich Wienand, già Responsabile Qualità Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna"

Background

Udine e Pordenone, 1982: Franco Perraro e Andrea Gardini curano l'edizione italiana del libro di W.F. Jesse "Identificazione dei problemi di qualità delle cure e dei servizi sanitari" (1), che descrive quasi esattamente il processo dell'audit clinico, senza mai usare quel termine. Per alcuni anni, questo metodo viene promulgato soprattutto dalla Società Italiana di VRQ.

Con la riforma sanitaria del D.Lgs. 502/517, viene introdotto in Italia l'accreditamento istituzionale, ed il decreto attuativo del Gennaio 1997 sui "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi" indica che "annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse." (2) Anche questo testo sembra descrivere l'attività di audit clinico, senza usare esplicitamente il concetto.

Nel 2000, Renata Cinotti e Antonino Cartabellotta cercano di colmare la lacuna pubblicando "Progettare, realizzare, verificare un audit clinico" (3). Questo fascicolo a lungo è stato uno dei documenti più scaricati dal sito dell'Agenzia Sanitaria Regionale ed ha avuto il grande merito di avvicinare un pubblico non ristretto al tema dell'audit clinico, di inquadrare lo strumento nella logica dei sistemi qualità e di preparare i professionisti ad eventuali visite di verifica per l'accreditamento.

Negli anni successivi, insieme all'interesse, è cresciuta in Italia la confusione terminologica intorno all'audit clinico. In particolare, si è diffusa l'opinione che l'audit clinico sia la discussione di un singolo caso clinico, specialmente se questo ha avuto degli esiti inaspettati (p.e. eventi avversi). Una parte dell'interesse per l'uso dell'audit clinico nell'ambito della cosiddetta gestione del rischio clinico era dovuta all'equivoco che esista una scorciatoia rispetto a metodi ben conosciuti e collaudati, ma piuttosto impegnativi, come la Root Cause Analysis. Oltre a questo uso impreciso, ritroviamo il termine "audit clinico" anche come sinonimo dell'attività ispettiva della direzione sanitaria o, addirittura, dei rilievi autoptici (4).

Nel contempo, però, diverse strutture ed organizzazioni promuovevano attività di formazione e supporto all'audit clinico, seguendo l'accezione della letteratura anglosassone, in particolare del NICE (14). Fra i più importanti elenchiamo il CeVEAS di Modena, il GIMBE, la Regione Emilia-Romagna e la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS). Quest'ultima costituiva nel 2007 uno specifico gruppo di lavoro, con il mandato di stilare raccomandazioni sulla pianificazione e conduzione di audit clinici, basate sulle evidenze della letteratura scientifica (5).

Roma 2015: nei nuovi requisiti per l'accreditamento istituzionale di Agenas, l'audit clinico viene richiesto in ben 3 capitoli: 1.5, 2.2.3, 6.1 e 6.3 (6).

Obiettivi

Il presente articolo ha lo scopo di esaminare lo sviluppo storico della terminologia riferibile all'audit clinico, per comprendere meglio l'evoluzione dello strumento stesso e per fare luce su alcuni equivoci diffusi nelle comunità professionali.

Metodi

Dopo una preliminare indagine etimologica, relativa alla radice latina ed all'ingresso nella lingua inglese, sono state ricercate le definizioni del termine "clinical audit", partendo dalle revisioni esistenti e dalle pubblicazioni delle istituzioni internazionali che, a loro volta, si basavano su revisioni della letteratura, risalendo ai lavori originali fino al 1956 e coprendo il periodo fino al 2014. Ove possibile, sono state mantenute le traduzioni italiane già esistenti, eventuali modifiche a tali traduzioni sono poste in evidenza. Sono stati conteggiati gli elementi semantici più frequenti per verificare se esiste un campo semantico condiviso.

Successivamente, sono stati esaminati i seguenti interrogativi:

- quali sono le differenze più importanti fra le definizioni, anche in senso cronologico?
- su quali aspetti le definizioni pongono particolare enfasi?
- quali sono le attività, diverse dall'audit clinico rispetto alle quali viene posta una delimitazione?

Risultati

L'origine etimologica

Il termine "audit" trova la propria radice etimologica nel verbo latino "audire": udire, avere l'udito, ascoltare, sentir dire, apprendere, interpretare, sottintendere, aver fama, aver nome (7). A sua volta esso condivide una radice indogermanica ("auēi") con il greco "aisthetikos". Fra il 1300 ed il 1600 l'etimo entra tramite la lingua francese in quella inglese, per descrivere un'attività particolare, quella di revisione dei conti, dato che questi originariamente venivano presentati in forma orale (8). A tutt'oggi il significato principale del lemma inglese "audit" è quello di "to make an official examination of the accounts of a business and produce a report" (9). Nell'ambito dell'economia aziendale il termine viene utilizzato anche in Italia con lo stesso significato.

Le definizioni

Nella tabella 1 sono riportate le 24 definizioni di ciò che inizialmente si chiama medical audit e nursing audit, poi clinical audit, reperite in letteratura con il metodo sopra descritto. Dopo i lavori di Lembcke, PubMed include entrambi i termini nel dizionario MeSH già dal 1968 (10). Il medical audit comincia ad entrare in Gran Bretagna all'inizio degli anni '70, ma la spinta decisiva per la sua diffusione arriva dal libro bianco "Working for

Patients" del Department of Health, datato Gennaio 1989 (11), integrato con il Medical Audit Working Paper 6 per una programmazione più articolata sia in medicina generale che per l'assistenza ospedaliera.

Nel Novembre 1992 si riunisce per la prima volta il Clinical Outcome Group, composto da medici ed infermieri, e dal 1993 si inizia a parlare di clinical audit (invece di medical audit), sottolineando così il contributo delle altre professioni sanitarie alla qualità delle cure (12). E' importante il cambio della terminologia ufficiale britannica fra il 1989 ed il 1996, da medical audit a clinical audit, da medical care a clinical care ed infine a healthcare (13). La definizione tuttora più riconosciuta risale al 2002: quella del NICE in Principles for Best Practice in Clinical Audit (14). Miles e coll. si occupano di audit clinico nelle prime uscite di una rivista leader nel campo della metodologia, il Journal for Evaluation in Clinical Practice (15). Una definizione che si discosta completamente da tutte le altre è quella della Cochrane Collaboration che equipara -pars pro toto- la restituzione dei risultati (feedback) con l'intero processo di audit clinico, giungendo, perciò, a delle affermazioni sull'efficacia del audit clinico molto blande (16, 17).

Dal 2004 in poi, ritroviamo più descrizioni che definizioni in letteratura.

Il campo semantico

La tabella 2 contiene gli elementi semantici più comuni e la loro frequenza relativa.

TAB 2: Termini più frequenti nelle definizioni di Audit Clinico raggruppati per aree semantiche	Frequenza
"Revisione, valutazione, analisi"	16
<i>allargando a "confronto, misura, esame, riassunto"</i>	21
"Professionale, clinico"	18
"Qualità, performance, appropriatezza, efficacia"	18
"Miglioramento, cambiamento, modifica, rimedio"	15
"Esito, outcome, risultati"	13
"Criteri espliciti, standard, best practice, linee guida, raccomandazioni"	11
"Sistematico, strutturato"	8
<i>allargando a "dettagliato"</i>	11
"Processo"	10
"Cartelle cliniche"	6

Gli strumenti e le pratiche affini che condividono il termine "audit" sono: audit dei sistemi qualità, audit organizzativo, audit civico, significant event audit.

Discussione

Dalla storia stessa del vocabolo emerge un significato duplice, quello della radice latina, volto all'ascolto ed alla comprensione, e quello dopo l'entrata nell'inglese, con l'accezione di ispezione o verifica. Geddes da Filicaia sottolinea in varie parti del suo libro l'analogia fra audit clinico e "azione istruttoria e di interrogazione, propria della magistratura", riportata anche nel dizionario etimologico (8). Una sintesi ben riuscita fra i due significati sembra quella di Hardman e Joughin: "L'audit clinico ci dà un metodo per riflettere in maniera sistematica sulla nostra pratica professionale e per rivederla." (18)

Paul Anthony Lembcke

E' documentata l'introduzione del termine medical audit e del suo metodo da parte di Paul Anthony Lembcke (19). Lembcke era

epidemiologo, specialista di sanità pubblica, insegnante alla rinomata Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health di Baltimore, e si occupava di programmazione dei servizi sanitari e valutazione dei risultati nello stato di New York. Nel 1956 sul JAMA esce "Medical Auditing by Scientific Methods" (20), tre anni dopo un approfondimento su "Hospitals" (21, 22) e, postumo, esce "Evolution of the Medical Audit" (23). Per Lembcke l'audit medico "è una valutazione retrospettiva delle cure mediche attraverso la revisione delle cartelle cliniche. Il processo richiede un'analisi sistematica delle cartelle rispetto all'accuratezza della diagnosi e l'appropriatezza del trattamento. I risultati vengono valutati tramite criteri specifici, e la percentuale di casi che sono conformi con il criterio viene confrontata con una percentuale derivata dalle osservazioni dei migliori ospedali del paese" (22). Egli fa un riferimento esplicito, per lo sviluppo del metodo, alla teoria degli end results di Codman, chiamandolo padre dell'audit medico: "l'obiettivo vero e proprio dell'audit medico è ciò che E.A. Codman, ... chiamava end result. Vale a dire, diagnosi e trattamento hanno prodotto il massimo di cura o miglioramento [clinico] che ci si poteva aspettare?" (22) Avedis Donabedian, nel suo storico articolo del 1966 sul Milbank Quarterly fa già riferimento ai lavori di Lembcke (24). Da Lembcke in poi, nella letteratura e nella pratica, si ritroveranno spesso due valenze dell'audit clinico: quella di valutazione della qualità e quella dello sviluppo professionale.

Che cosa è l'audit clinico

La maggior parte delle definizioni sottolinea che si tratta di un'attività di valutazione strutturata relativa alla qualità professionale/clinica, nei suoi aspetti di processo ed esito, finalizzata ad produrre miglioramenti.

L'evoluzione del termine

Dal 1992 in poi, viene maggiormente enfatizzato l'aspetto del miglioramento della qualità, piuttosto che dell'esame critico della documentazione. Le tappe decisive della diffusione dell'audit clinico in Gran Bretagna sono legate all'introduzione della clinical governance (22) ed ai risultati della commissione di inchiesta sulla mortalità anomala nella Cardiocirurgia Pediatrica di Bristol (12). Inizialmente sembrava indispensabile chiarire che l'audit clinico si svolgesse sulle cartelle cliniche. Nel corso degli anni diventa, invece, più importante l'aspetto della misurazione, cominciando da Miles (15), poi quello della evidence based medicine e quindi dell'idea di criteri espliciti, provenienti da linee guida o best practice.

Le definizioni inserite da PubMed nel dizionario dei termini Mesh, sembrano puntare maggiormente sulla valutazione degli outcome, piuttosto che sui processi (10). La multiprofessionalità viene sottolineata soprattutto dal Joanna Briggs Institute (26).

Non è una discussione di singoli casi clinici. Anche se dalla letteratura internazionale non emergevano evidenze a supporto, la Regione Toscana definiva nel 2005 con suo decreto l'"Audit Clinico GRC" come "un audit di processo finalizzato alla revisione di eventi significativi, aventi per obiettivo l'individuazione delle criticità organizzative e le relative ipotesi di miglioramento" (27).

Lo Standing Medical Advisory Committee esclude ciò già nel 1990 in maniera decisa: "La natura essenziale dell'audit medico è una discussione franca fra dottori (su una base regolare e senza timore di critiche) relativa alla qualità dell'assistenza erogata valutata nei confronti di standard condivisi. Anche se gli obiettivi relativi alla formazione e all'aggiornamento sono simili, riunioni cliniche tipo

'grand round' o 'il caso interessante' non corrispondono ai requisiti dell'audit medico. Quest'ultimo è una procedura sistematica e strutturata con lo scopo esplicito di migliorare la qualità delle cure mediche. Quandunque sia possibile, questo dovrebbe essere quantificato" (12).

Anche Morrell e Harvey indicano varie forme di discussione di singoli casi come utile complemento all'audit clinico: case review, clinical supervision, critical incident analysis (25). Il College of Surgeons dell'Australia chiarisce lucidamente che "la revisione clinica [clinical review] implica la presentazione dettagliata di uno o più casi con certi obiettivi ed intorno ad un tema specifico. Gli obiettivi possono essere formativi e possono essere focalizzati su come avremmo potuto gestire meglio questo caso. Alcuni casi possono essere discussi durante una riunione di audit perché sono inusuali o perché si può imparare dal processo decisionale o dalle complicanze. Comunque, rivedere uno o due casi dovrebbe essere considerato un aspetto dell'audit, non l'audit di per sé." (29)

Nel Maggio 2011 il Ministero della Salute italiano pubblica sul proprio sito Internet un fascicolo dal titolo "L'Audit Clinico" (30). Avevano contribuito alla stesura finale rappresentanti degli Ordini dei Medici e dei Collegi degli Infermieri. Uno degli indiscutibili pregi del lavoro è quello di aver fatto finalmente -e in sede autorevole- la necessaria chiarezza terminologica: viene usata la terminologia di NICE e viene distinto l'audit clinico dal Significant Event Audit, ponendo fine all'uso improprio del termine "Audit Clinico" per designare la discussione di singoli casi o eventi. Il Corso di Formazione a Distanza, basato sul fascicolo ministeriale, è stato concluso da più di 80.000 professionisti, fra medici ed infermieri.

Altre forme di audit

Dato lo spostamento semantico verso il significato di "ispezione, verifica", il lemma "audit" (senza l'aggiunta dell'aggettivo "clinico") viene utilizzato per connotare numerose altre attività di verifica che possono avere un'attinenza con il mondo sanitario.

(i) Audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale: La norma ISO 19011, che riguarda le attività di verifica e valutazione, definisce: "audit, verifica ispettiva: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze dell'audit e valutare con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono stati soddisfatti" (31). In sostanza, nell'ambito della certificazione, dal 2003 questo termine sostituisce quello precedente di "verifica ispettiva".

(ii) Audit Civico ®: Si tratta di una metodologia elaborata dall'associazione "Cittadinanza Attiva" per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere da parte dei cittadini. Il processo di audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta di tali dati (32). Questo metodo è rimasto limitato all'ambito italiano.

(iii) Audit organizzativo: Questo termine viene usato in Italia con varie accezioni, molto diverse fra di loro:

1. come sinonimo di "verifica ispettiva", in particolare nell'ambito dell'Accreditamento Istituzionale (33),
2. come sinonimo di "meeting di discussione" su aspetti organizzativi della sanità,
3. come approccio consulenziale: ascolto di alcune funzioni e ruoli nelle aziende, per valutare il rapporto fra azienda e

collaboratori, per diagnosticare il funzionamento organizzativo dell'azienda, cliente della società di consulenza.

Solo per la prima di queste accezioni esiste un riscontro nella letteratura internazionale: il termine compare, limitatamente agli anni '90, nell'ambito delle valutazioni esterne della qualità da parte del King's Fund in Gran Bretagna (34-36).

In realtà, in Italia non di rado si incontra la speranza di poter applicare la metodologia dell'audit clinico anche su problematiche di tipo meramente organizzativo, sebbene esistano altri strumenti più idonei (p.es. gruppi di miglioramento che seguono il ciclo PDCA, detto "ciclo di Deming"). L'assenza di criteri e standard esterni, che siano basati su evidenze scientifiche, fa sì che questa speranza generalmente venga delusa.

(iv) Significant Event Audit: Da quanto esposto finora, sembra emergere chiaramente che il termine "clinical audit" descrive uno strumento piuttosto definito, con una sua storia e con caratteristiche metodologiche ben delineate, mentre il termine "audit" da solo può assumere una serie di significati diversi, tutti nello spazio semantico della "verifica": dalla visita ispettiva sui sistemi qualità, all'indagine giudiziaria ed alla revisione dei conti. Di ciò bisogna tenere conto quando ci si avvicina a tecniche particolari, applicate anche in ambito sanitario, che usano il termine "audit" senza la specifica "clinical", come per esempio il Significant Event Audit di Pringle per la Medicina Generale (37, 38), il Real Time Patient Safety Audit di Ursprung (39) ed il Critical Incident Audit, preso in esame nel 2005 dalla Cochrane Collaboration (40). Solo su questo particolare background può essere compresa la decisione della Giunta Regionale Toscana, già citata in questo articolo (27).

Non è un'ispezione della Direzione Sanitaria

In molte delle definizioni riportate viene enfatizzato il ruolo dei clinici come protagonisti dell'audit clinico. Che siano essi medici, infermieri, ostetriche o terapisti, sembra spettare loro la guida nel processo dell'audit clinico. Viene da sé che per la scelta del tema, per l'individuazione dei criteri e degli standard occorranza specifiche conoscenze e competenze cliniche e professionali. Pertanto, usare il termine "audit clinico" per dare un nome nuovo ad una pratica preesistente di cui non siano protagonisti i clinici stessi (come per esempio una ispezione della direzione sanitaria sugli errori di prescrizione/somministrazione di farmaci, oppure un'indagine del controllo di gestione sul consumo di indagini strumentali costose) è fuorviante e rischia di produrre un clima di sospetto e resistenza intorno al metodo. Peraltro, entrambi gli esempi potrebbero fornire interessanti stimoli per l'avvio di un audit clinico vero e proprio, da parte dei professionisti.

Conclusioni

Da quando il metodo dell'audit clinico è stato introdotto nella letteratura scientifica, le sue principali caratteristiche non sono mutate: una valutazione strutturata e sistematica, condotta da professionisti sulla propria pratica professionale, i quali, confrontandosi con criteri espliciti, intendono migliorare la qualità negli aspetti di processo ed esito. Nel corso degli anni si sono spostati alcuni accenti: l'audit clinico è diventato multiprofessionale ed è diventato strumento indispensabile per confrontare la pratica dei professionisti con le evidenze scientifiche e le raccomandazioni che ne derivano. L'uso estensivo che viene fatto in Italia del termine "audit clinico" per connotare pratiche e strumenti piuttosto differenti, non trova

riscontro nella letteratura internazionale, ma sembra seguire una moda terminologica.

Ringraziamenti

Si ringraziano E. Belletti, P. Deriu, R. Gaiani, M. Loiudice, I. Marin, F. Perraro, W. Russell-Edu e

C. Zampieri per l'aiuto nel ritrovamento e nella traduzione del materiale originale e storico. Si ringrazia tutto il gruppo di lavoro "Audit Clinico" della SIQuAS-VRQ per gli utili e stimolanti contributi alla discussione del materiale.

In occasione del Forum della Non Autosufficienza che si è tenuto a Bologna il 12 novembre 2009 è stato presentato pubblicamente il progetto e definito il gruppo di coordinamento ed i sottogruppi di lavoro con esperti provenienti da realtà professionali e scientifiche, da istituzioni pubbliche e private centrali e locali, provenienti da diverse regioni italiane.

Bibliografia

1 Jesse FJ, Identificazione dei problemi di qualità delle cure e dei servizi sanitari. (a cura di Perraro F e Gardini A). s.i.l. Edimedita Due, 1984. 88p.

2 Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (pubbl. sul supplemento ordinario alla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997). Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

3 Cinotti R., Cartabellotta A. Progettare, realizzare verificare un audit clinico. Bologna: Agenzia Sanitaria Regionale; 2000. 23 p.

4 Regione Molise DGR 361/07 Manuale dei requisiti per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie.

5 Wienand, U., Ranocchia, D., Apicella, A., Baruchello, M., Deales, A., Gori, F., et al. Le raccomandazioni della Siquas - Vrq sull'Audit Clinico - Che cosa dice la letteratura? Reggio Emilia: Società Medica Lazzaro Spallanzani; 2014.111p

6 Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere. Roma. 2015. 71 p.

7 Castiglioni L, Mariotti S. IL - vocabolario della lingua latina con guida all'uso. 3° edizione. Loescher; 1996.

8 Online Etymology Dictionary. <http://www.etymonline.com>

9 <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/audit>

10 National Center for Biotechnology Information, National Library of Medicine, National Institute of Health. Medical Audit. 2009.

11 Department of Health. Working for Patients. London: HSMO; 1989. 141 p.

12 Department of Health, Bristol Royal Infirmary Inquiry. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. London: Stationery Office; 2001.

- 13 Geddes da Filicaia M. Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione. Roma, Italia: Il Pensiero Scientifico Editore; 2008. 274 p.
- 14 National Institute for Clinical Excellence, CHI, Royal College of Nursing, University of Leicester. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. 206 p.
- 15 Miles A., Bentley P., Polychronis A., Price N., Grey J. Clinical audit in the National Health Service: fact or fiction? J Eval Clin Pract. 1996;1:29–35.
- 16 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD000259.
- 17 Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD000259.
- 18 Hardman E., Joughin C. Focus on Clinical Audit in Child and Adolescent Mental Health Services. London, UK: Royal College of Psychiatrists; 1998. 144 p.
- 19 Silver, G.A. Paul Anthony Lembcke, MD MPH: A Pioneer in Medical Care Evaluation. AJPH. 1990;80(3):342–8.
- 20 Lembcke PA. Medical auditing by scientific methods; illustrated by major female pelvic surgery. J Am Med Assoc. 1956 Oct 13;162(7):646–55.
- 21 Lembcke PA. A scientific method for medical auditing (part 2). Hospitals. 1959 Jul 1;33(13):65–6 passim.
- 22 Lembcke PA. A scientific method for medical auditing. (part 1). Hospitals. 1959 Jun 16;33(12):65 passim.
- 23 Lembcke PA. Evolution of the medical audit. JAMA J Am Med Assoc. 1967 Feb 20;199(8):543–50.
- 24 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691– 729.
- 25 Department of Health. A first class service. Quality in the new NHS. London: HMSO; 1998. 86 p.
- 26 Joanna Briggs Institute. Acute care clinical auditing manual. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2002. 40 p.
- 27 Decreto Regione Toscana n.6604 del 22/11/2005 Regione Toscana - Giunta Regionale. Approvazione documento "Definizione e attuazione delle iniziative di gestione del rischio clinico: l'audit clinico GRC e la rassegna di mortalità e morbidità".
- 28 Morrell C, Harvey G, Royal College of Nursing (Great Britain). The clinical audit handbook: improving the quality of health care. London: Baillière Tindall ; published in association with the Royal College of Nursing; 1999.
- 29 Royal Australasian College of Surgeons. Surgical audit and peer review. Melbourne: Royal Australasian College of Surgeons; 2008.
- 30 Ministero della Salute. L'Audit Clinico. Roma, Italia: Ministero della Salute; 2011. 68 p.
- 31 Ente nazionale italiano di unificazione. UNI EN ISO 19011 : linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale norma italiana norma europea febbraio 2003. Milano: UNI; 2003. 31 p.
- 32 Cittadinanza Attiva. Audit Civico. <https://www.cittadinanzattiva.it/aree-di-interesse/salute/213-audit-civico.html>
- 33 Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. Tecnica e relazione nel processo di audit organizzativo. 2009.
- 34 Brooks T. Success through organisational audit. Health Serv Manage. 1992 Dec;88(8):13–5.
- 35 Vidall SA. King's Fund Organisational Audit: more than ticks in boxes. J Qual Clin Pract. 1998 Mar;18(1):83–8.
- 36 King's Fund Centre. Organisational Audit (Accreditation UK). 2nd ed. London: King's Fund Centre; 1990. 122 p.
- 37 Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occas Pap R Coll Gen Pract. 1995 Mar;(70):i-71.
- 38 Gillam S, Siriwardena AN. Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do- study-act cycle and significant event audit. Qual Prim Care. 2013;21(2):123–30.
- 39 Ursprung R, Gray JE, Edwards WH, Horbar JD, Nickerson J, Plsek P, et al. Real time patient safety audits: improving safety every day. Qual Saf Health Care. 2005 Aug;14(4):284–9.
- 40 Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD002961.
- 41 McWhinney IR. Medical audit in North America. Br Med J. 1972 Apr 29;2(5808):277–9.
- 42 Øvretveit J. Health service quality: an introduction to quality methods for health services. Oxford; Boston: Blackwell Scientific; 1992.
- 43 Øvretveit J, Spinsanti S, Virgilio M. La qualità nel servizio sanitario: un'introduzione ai metodi della qualità nei servizi sanitari. Napoli: Edises; 1996.
- 44 Crombie, I.K., Davies, H.T.O., Abraham, C.S., Florey, C. du V. The Audit Handbook: Improving health care through clinical audit. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 1993. 224 p.
- 45 ANAES. L'audit clinique - bases methodologiques de l'evaluation des pratiques professionnelles. 1999. 27 p.
- 46 ANDEM. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. 1994. 69 p.
- 47 Joanna Briggs Institute. Clinical Auditing Manual. Bologna, Italia: Centro Studi EBN - Policlinico S. Orsola Malpighi; 2003.

48 Kinn S. Clinical audit: a tool for nursing practice. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 1995 Jan 4;9(15):35–6.

49 ANAES. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. 2003. 89 p.

50 Copeland, G. A Practical Handbook for Clinical Audit - Guidance published by the Clinical Governance Support Team. UK: NHS Clinical Governance Support Team; 2005.

51 Benjamin A. Audit: how to do it in practice. BMJ. 2008 May 31;336(7655):1241–5.

52 National Center for Biotechnology Information, National Library of Medicine, National Institute of Health. Clinical Audit. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>. 1968 [cited 2014 Aug 13].

53 Potter, J., Fuller, C., Ferris, M. Local clinical audit: handbook for physicians. London, UK: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2010. 46 p.

54 Burgess R. New Principles of Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Publishing; 2011. 215 p.

55 Dixon N. Getting Clinical Audit Right to Benefit Patients. Getting Clinical Audit Right; 2011. 183 p.

56 Dixon, N. Come condurre un Audit Clinico a beneficio dei pazienti. Wienand, U., editor. Milano: Healthcom-munication; 2012. 177 p.