Azienda Sanitaria Locale n. 2 dell'Umbria

Dipartimento di Prevenzione AUSL 2

Manuale di Qualità del Dipartimento di Prevenzione

Versione 0

Versione con le integrazioni proposte nel Consiglio di Dipartimento del 17/11/2009

Con il patrocinio della SItI regionale dell'Umbria

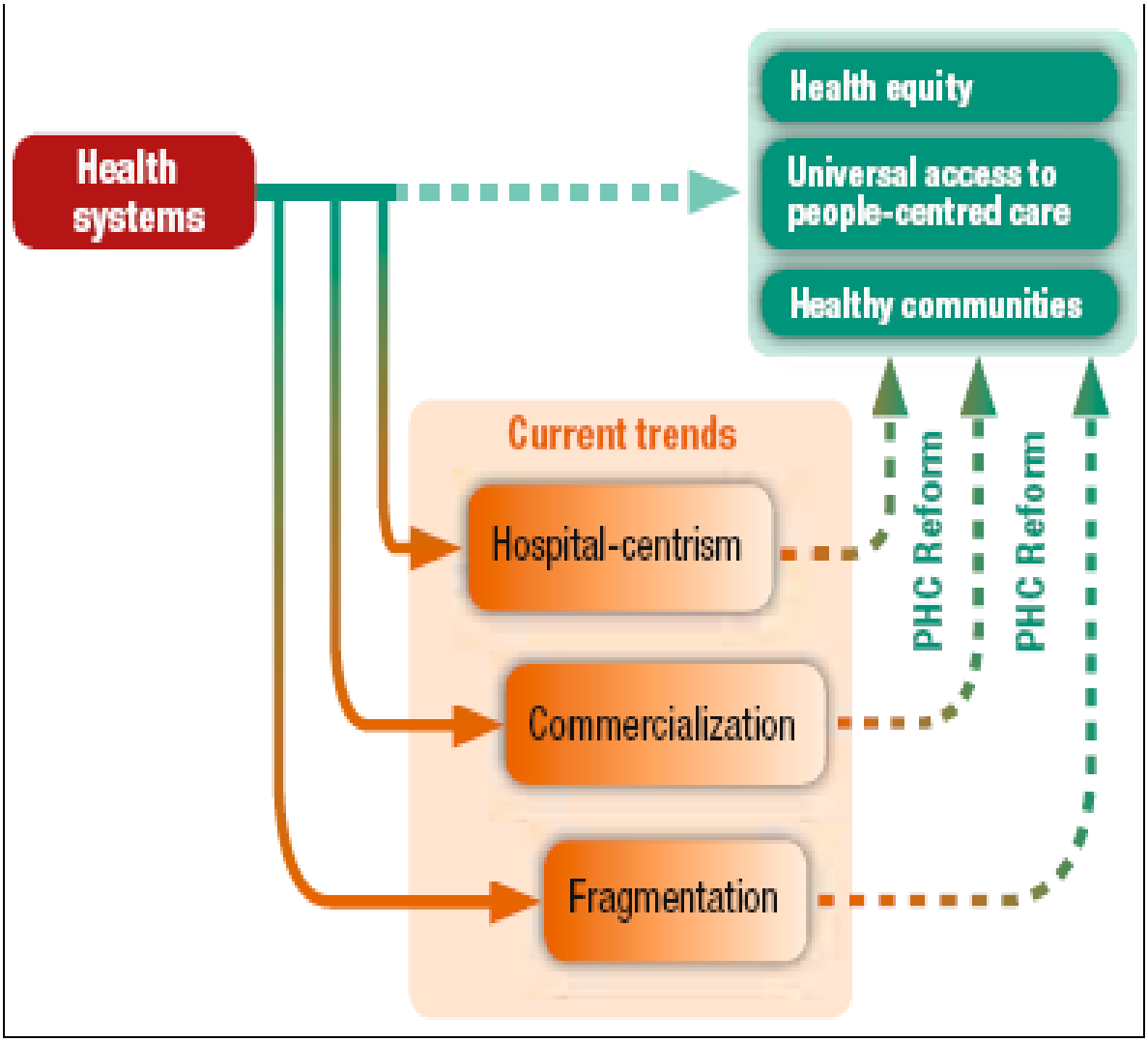
RERUM COGNOSCERE CAUSAS
SITI
SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Dipartimento di Prevenzione AUSL 2
Staff Qualità

Manuale di Qualità del Dipartimento di Prevenzione

Versione 0

Versione con le integrazioni proposte nel Consiglio di Dipartimento del 17/11/2009



Sostituzione dei fini nei servizi sanitari e loro restituzione tramite il rilancio del sistema delle cure primarie (PHC)

(Fonte: "The world health report 2008: primary health care now more than ever." WHO Geneva, 2008)

Indice[1]

A) Introduzione all'uso del " Manuale"

B) Le dimensioni della qualità nel Dipartimento di Prevenzione e la loro operazionalizzazione.

C) Gli strumenti del DIP per il Miglioramento Condiviso della Qualità

1. Percorso programmatico finalizzato al miglioramento condiviso della qualità
2. Procedura dipartimentale sul sistema informativo relativo alle attività dei servizi e relativa *Griglia per valutare l'adesione ai requisiti di qualità*;
3. Schema "Relazione sulla qualità dell'attività svolta"
4. Indicazioni per la scelta delle priorità in sanità pubblica;
5. Procedura madre revisionata con *Griglia per valutare la qualità delle procedure e degli altri documenti di servizio*;
6. Metodologia per la revisione condivisa delle procedure adottate dai servizi;
7. Griglia per valutare la qualità delle valutazioni di esito condotte nei servizi;
8. Comunicare la qualità del Dipartimento di Prevenzione;
9. Glossario

Bibliografia

Allegato: *"Metaorganizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro"*

[1] Le parti A, B, C e l'allegato del presente Manuale sono frutto del lavoro svolto dal Dr Carlo Romagnoli quale dipendente pubblico attivo presso lo Staff Qualità del DIP. Le stesse opere sono quindi tutelate da applicazioni tese a imporre su di esse copyright, secondo quanto stabilito dalla licenza in Creative commons. La loro utilizzazione deve comportare pertanto, oltre alla citazione dell'autore, la citazione della AUSL 2 dell'Umbria quale ente pubblioc che ha reso possibile la produzione e la diffusione di tali conoscenze.

Presentazione del "Manuale della Qualità del DIP" versione 0

Nel momento in cui si avviano, tramite gli audit, controlli sulla qualità delle aziende che, a vario titolo, hanno relazioni con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, è bene definire ed esplicitare i criteri di qualità che regolano l'attività del Dipartimento di Prevenzione stesso, valorizzando e dando sistematicità a quanto fatto fino ad oggi per il Miglioramento Condiviso della Qualità.
Esprimo pertanto particolare soddisfazione per questa tanto sobria quanto importante pubblicazione che da seguito alla deliberazione del Consiglio di Dipartimento del 17-11- 2009 in cui veniva approvata la versione 0 del Manuale di Qualità del Dipartimento di Prevenzione messo a punto dal nostro Staff Qualità e ne segnalo alcune applicazioni e sviluppi:

1) è in primo luogo importante diffondere adeguatamente all'interno dei servizi del Dipartimento di Prevenzione il Manuale sia nelle versioni cartacea che elettronica;
2) parallelamente alla stampa del Manuale, nel sito aziendale, dando applicazione al nostro progetto "Comunicare la qualità del Dipartimento di Prevenzione", viene pubblicata la nostra politica per la qualità (Manuale e procedure validate nella loro versione aggiornata) e attraverso strumenti specifici di condivisione (gruppo di discussione ad hoc nel forum) i cittadini, le associazioni sindacali e di tutela degli interessi degli esposti, nonché imprese potranno fare osservazioni sulla applicazione che noi diamo nei nostri servizi dei criteri di qualità individuati nel Manuale;
3) nel piano formazione 2010 è previsto un corso di formazione ad hoc per il personale del DIP teso a fornire il supporto necessario ad una sua appropriata ed informata utilizzazione, cui sarà importante garantire una adeguata partecipazione degli operatori di tutti i servizi;
4) per quanto riguarda le procedure e gli altri documenti di servizio, è opportuno che siano fin da ora applicate le indicazioni fornite nella nuova "Procedura madre" contenuta nel Manuale, il che significa che per essere approvati in Consiglio di Dipartimento, tali documenti dovranno essere corredati della apposita scheda di autovalutazione;
5) la diffusione e l'adozione di tale Manuale da parte nostra, attraverso opportune interazioni sia con il livello regionale che con gli altri dipartimenti di prevenzione della regione, ci consentirà di disporre tanto degli indispensabili confronti quanto di beneficiare delle indicazioni che il dibattito sulle politiche per il miglioramento condiviso della qualità vorrà fornici;
6) si tratta di una versione 0, che ora già contiene le osservazioni emerse in sede di discussione nel consiglio di dipartimento, ma che va sottoposta ad un incessante lavoro di sperimentazione e affinamento, grazie alle precisazioni, integrazioni e revisioni, che deriveranno soprattutto dalle vostre applicazioni.

Ringrazio pertanto il dr. Carlo Romagnoli per il lavoro fatto presso lo Staff Qualità del Dipartimento di Prevenzione, che ha favorito il miglioramento condiviso della qualità nei nostri servizi.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dr. Antonio Ruina

Il Manuale di Qualità del DIP per la Società Italiana di Igiene – sezione Umbria

La Sezione Umbra della Società Italiana di Igiene saluta la pubblicazione di questo Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione, nella sua versione 0, come un primo importante passo per dare concretezza e trasparenza alle politiche di Miglioramento Condiviso della Qualità nel Dipartimento di Prevenzione della AUSL 2.

Il Dipartimento di Prevenzione svolge quotidianamente una consistente mole di attività volte a promuovere la salute ed a prevenire le esposizioni a rischio. Tali attività ed interventi sono elencate nel merito nella normativa nazionale sui Livelli Essenziali di Assistenza e supportate quanto al metodo dalle indicazioni contenute nella programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale o nelle linee guida emanate da tali livelli. Tali indicazioni necessitano però di ulteriori accortezze perché le attività di promozione e di prevenzione diano effettivamente luogo a politiche di qualità.

Da questo punto di vista il Manuale sviluppa, integra ed aggiorna quanto a suo tempo proposto dalla Siti nazionale con la sottoscrizione e la promozione del Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione adottato dalla Regione Marche a fine anni ’90, che per molti anni ha fornito indicazioni ai servizi di prevenzione.

Tra le molte parti rilevanti del Manuale segnaliamo:

- la individuazione e gerarchizzazione delle dimensioni della qualità nel Dipartimento di Prevenzione, che, facendo seguito alle indicazioni della Regione Umbria in tema di clinical governance ne fornisce un adattamento alle specificità del mondo della promozione della salute e della prevenzione che, al di là della collocazione effettivamente data alle singole dimensioni, apre la strada sia ad un lucido confronto tra operatori del settore che ad applicazioni appropriate anche al di fuori delle materie di competenza del DIP;
- l’integrazione della metodologia per la produzione di procedure con le dimensioni della qualità fornisce ai nostri operatori indicazioni importanti per dare ai documenti di servizio quelle impronte ulteriori che servono a definire, oltre a chi fa cosa e quando, il senso delle procedure stesse, aprendo terreni di lavoro difficili - tra cui quello di una pratica basata sulle evidenze, condivisa dagli esposti e valutabile nell’impatto e negli esiti - ma allo stesso tempo non eludibili anche per il nostro mondo;
- lo sforzo teso a fornire una prima base di definizione alla nomenclatura delle attività proprie del Dipartimento di Prevenzione, base imprescindibile per confrontare le attività tra diverse articolazioni aziendali e con altre aziende regionali e nazionali e che richiede un lavoro di confronto e condivisione al quale pure la SITI regionale intende dare il proprio contributo;
- la tensione ad introdurre nella operatività del DIP dispositivi di inclusione e condivisione di esposti, produttori di rischio e operatori, nella consapevolezza che l’esasperazione dei ruoli tecnici può rappresentare oltre che un elemento intrinseco di debolezza, un fattore che favorisce la minore visibilità dei servizi di prevenzione rispetto a quelli di diagnosi e cura.

La SITI regionale umbra pertanto, nel promuovere la diffusione di questo Manuale auspica che la versione 0 ben presto evolva, anche grazie al contributo ed ai confronti che contribuirà a promuovere in successive versioni ancora più ricche e metodologicamente stimolanti.

Il Presidente SItI Umbria
Guido Guarnieri

A) Introduzione all'uso del Manuale

Questo "Manuale" nasce dalla esigenza di individuare dimensioni e metodi per il miglioramento della qualità che siano adatti alle specificità del Dipartimento di Prevenzione (DIP) della AUSL 2 di Perugia.

Sia la natura professionale[2] dell'organizzazione "Dipartimento di Prevenzione", che la sua caratteristica di strumento operativo con natura intrinsecamente pubblica, che la centralità assunta dagli interventi della Sanità pubblica nell'attuale contesto epidemiologico segnato dal prevalere dei determinanti globali di salute[3], hanno fatto si che le pur interessanti proposte elaborate in passato dall'interno dei servizi di prevenzione[4] o quelle calibrate sulle esigenze del privato e sulle auspicate capacità auto regolatrici del libero mercato, fossero qui sottoposte ad una profonda riscrittura e rivisitazione.
Ne emerge un manuale che nella sua versione 0 contiene ancora molte asimmetrie, incongruenze, imprecisioni e parzialità ma che pure fornisce alcune indicazioni preziose per dare al Dipartimento di Prevenzione un ruolo forte in quella restituzione dei fini (vedi figura in prima di copertina) che l'OMS chiede oggi ai servizi sanitari.

L'approccio del percorso di MCQ qui proposto da **centralità alla line organizzativa** *(servizi del Dipartimento di Prevenzione)* **nel migliorare la qualità,** *grazie:*
- al senso che direzione aziendale e direzione di dipartimento costruiscono e comunicano intorno al miglioramento di qualità;
- ai supporti ed alle connessioni fornite dallo staff qualità che comunque non può vicariare ne svolgere per conto terzi attività di MCQ ;
- alla forte capacità che i dispostivi di condivisione con gli esposti hanno di garantire dalla sostituzione o dalla inversione dei fini.

Le caratteristiche concettuali di base della proposta consistono in:

- **programmazione** come *metodo ordinario di lavoro*;
- **dinamica a *spirale* dell'attività programmatica**, che innesta sulla *valutazione complessiva* di quanto fatto nella precedente unità temporale di riferimento, la individuazione di eventuali *nuove priorità*;
- centralità dei **problemi di salute e di intervento** e della connessa capacità di ordinarli in termini di **priorità** come *contributo dei dispositivi di condivisione inclusione di espostie professionisti*;
- centralità di **appropriate valutazioni preliminari** nella proposta di **nuovi interventi** come *contributo peculiare della dirigenza nella attivazione di nuovi interventi*
- **condivisione** con professionisti ed esposti come chiave per la *trasparenza* delle scelte, la *manutenzione del clima* organizzativo, la creazione di *reti cognitive tra operatori* e l'*effettiva* realizzazione delle *previsioni programmatiche*;
- **valorizzazione** dei ruoli e delle competenze *professionali*;

---

[2] Per questo aspetto che richiede una adeguata trattazione, vedi allegato a fine testo ""Metaorganizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro" che sintetizza le riflessioni emerse dal Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle Strategie del SSR (DVSS).
[3] Sulla dimensione globale dei determinanti sociali di salute vedi CDSH 2008 "Closing the gap" e WHO 2008: " The world health report 2008: primary health care now more than ever"; WHO 2008 "Protecting health from climate change".
[4] Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità pubblica Sezione Marche (1986): "Valutazione della qualità dei servizi di igiene e sanità pubblica" A cura di G Renga, F Di Stanislao, C. Maffei, Ancona ; Regione Marche (1999): "DGR 171/1999: requisiti per la garanzia ed il miglioramento continuo della qualità dei dipartimenti di prevenzione".

- **complementarietà con i processi di budget**, *arricchiti prima* della negoziazione dalla riflessione sulla qualità di quanto fatto e sulla attenta individuazione di nuove priorità ed interventi *e, dopo* la negoziazione, dalla *qualificazione degli obiettivi* tramite la messa a punto di *progetti applicativi* che tengono conto di *specifiche dimensioni della qualità*;
- **adattabilità** alle *condizioni operative specifiche* di ciascun servizio, data la natura ***auto valutativa*** di gran parte degli strumenti qui proposti;
- **sperimentalità** degli strumenti, la cui validazione appare ancora estremamente circoscritta ad alcuni contesti applicativi e da affinare;
- **verificabilità** sia tramite *percorsi di autovalutazione* che sulla base della *documentazione prodotta;*

Uno dei **limiti** principali di questo Manuale consiste nella *mancanza*, allo stato attuale, di *benchmark prodotti da altri DIP*, il che individua una precisa direzione di lavoro.

Quanto ai contenuti di questa versione 0 del Manuale:

- il capitolo *B) Note di metodo: Le dimensioni della qualità degli interventi nel Dipartimento di Prevenzione e loro operazionalizzazione,* socializza il dibattito avvenuto nel Dipartimento di Prevenzione nel 2008, centrato sulla individuazione delle dimensioni della qualità specifiche per la missione e le competenze del DIP. L'operazionalizzazione che ne è scaturita era pensata soprattutto per dare qualità ai nuovi interventi introdotti dal DIP tramite procedure o altri documenti di servizio, ma ha rivelato un suo valore metodologico ed euristico generale come strumento di riflessione sul senso di quanto ogni servizio fa.
- Il capitolo *C) Strumenti per il miglioramento condiviso della qualità nel Dipartimento di Prevenzione* rappresenta la parte applicativa del Manuale e si divide in un assunto fondamentale e in corollari applicativi:
    - *C1) Percorso metodologico per il miglioramento condiviso della qualità (MCQ)* fa da perno a tutta l'impalcatura qui proposta in quanto applica ed adatta, tramite un percorso di condivisione con i servizi, le indicazioni emerse nel Documento di valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del SSR[5] per il miglioramento condiviso di qualità, alle specificità del ciclo programmatico del Dipartimento di Prevenzione e di gran parte dei servizi che lo compongono;
    - *C2) Procedura dipartimentale sul sistema informativo relativo alle attività dei servizi e relativa griglia per valutare l'adesione ai requisiti di qualità* affronta il problema della definizione condivisa di standard minimi e di riferimento per i servizi del Dipartimento di Prevenzione nella raccolta delle informazioni di attività e si completa di un glossario in cui sono "nomenclate" le principali entità utilizzate per i dati di contesto e per quelli di attività dei diversi servizi, attivando, tra le varie ricadute, un processo di condivisione di codici e nomenclatori, la cui assenza rappresenta uno principali ostacoli al confronto dei dati di attività intra e interaziendali per i dipartimenti di prevenzione;
    - *C3) Schema "Relazione sulla qualità dell'attività svolta"* rappresenta uno strumento che integra il classico rendiconto annuale sul raggiungimento degli obiettivi di budget con alcune dimensioni della qualità effettivamente prodotta dai servizi e la cui descrizione non emergerebbe dal mero confronto tra osservato e atteso ove espresso in termini di mero output;
    - *C4) Indicazioni per la scelta delle priorità in sanità pubblica* propone la traduzione in gran parte integrale della metodologia adottata dalla sanità pubblica del Minnesota

[5] A pag 25-26 del volume B del DVSS "Valutazione degli esiti dell'assistenza socio sanitaria in Umbria" sono esposti i passaggi metodologici di riferimento per rendere il processo di budget appropriato con il miglioramento della qualità assistenziale, secondo indicazioni emerse dai percorsi formativi svolti alla Scuola regionale di Sanità negli anni 2005 e 2006 e che avevano coinvolto gran parte dei dirigenti apicali del SSR Umbro. L'approccio risentiva della prevalenza della componente clinica su quella igieni stico-organizzativa e andava pertanto adattato alle specificità del DIP.

negli ani 2004-2007, un approccio che cerca di rendere sostenibile un percorso di inclusione e condivisione dei cittadini / esposti nel processo di selezione e scelta delle priorità, in modo da evitare il rischio di autoreferenzialità o di scarsa tendenza all'innovazione dei programmi di prevenzione quando la scelta delle priorità sia affidata al solo momento tecnico amministrativo;

- *C5) Procedura madre revisionata e griglia per valutare la qualità delle procedure e degli altri documenti di servizio nel DIP:* nel lessico dipartimentale la procedura madre indica la prima procedura definita nel 2003 per uniformare il processo di redazione delle procedure tecnico specifiche, gestionali e relazionali. Il valore aggiunto di tale contributo sta nell'integrare quanto già definito con la operazionalizzazione delle dimensioni della qualità importanti per le attività del DIP di cui si è parlato nel capitolo B, aggiungendo pertanto alle specifiche necessarie per definire correttamente cosa deve essere fatto, come, quando e da chi, anche quelle utili ad auto valutare la nuova procedura proposta sul piano della qualità;
- *C6) Metodologia per la revisione condivisa delle procedure adottate dai servizi* contiene finalità, passaggi metodologici e avvertenze da rispettare nei processi di revisione delle procedure, tutti riferiti all'approccio meta organizzativo necessario per creare nei professionisti il senso necessario a sostenere modifiche nelle loro pratiche professionali abituali, cambiamenti altrimenti difficili da riscontrare;
- *C7) Griglia per valutare la qualità delle valutazioni di esito condotte nei servizi:* è forse la parte più avveniristica del Manuale, perché codifica e operazionalizza in uno strumento di agevole auto applicazione, i requisiti che dovrebbe avere il processo di valutazione degli esiti in un servizio del Dipartimento di Prevenzione; una attività tanto dovuta in termini di qualità quanto svolta solo in termini sporadici d esplorativi da pochi temerari, perché paradossalmente non richiesta e non supportata da una specifica e solida azione organizzativa, come per esempio avviene per il necessario controllo di gestione;
- *C8) Comunicare la qualità del DIP:* rappresenta l'ultimo degli strumenti messi in campo e mira, nel momento in cui si avviano, tramite gli audit, controlli sulla qualità delle unità produttive che, a vario titolo hanno rapporti con i servizi del DIP, a definire, esplicitare e socializzare i criteri di qualità che regolano l'attività del DIP stesso, elencando anche le procedure e i documenti di servizio prodotti a metà 2009;
- *C9) Glossario:* contiene sia una serie di definizioni di carattere generale usate nel manuale, sia i glossari di servizio di cui si è parlato nello strumento C2;
- *L'allegato" Innovare meta organizzando"* sintetizza il retroterra sociologico su cui si basa la ricerca di una via originale al miglioramento della qualità nel Dipartimento di Prevenzione, proponendo accanto ad una sintesi dei pensatori che più hanno contribuito a definire il profilo delle organizzazioni professionali, anche spunti sugli *approcci meta organizzativi* ormai ovunque adottati a fronte del fracasso degli approcci organizzativi classici o fordisti.

Ci siamo pertanto assunti l'onere di sottoporre a tutt@ la parzialità delle nostre proposte, confidando però che anche in questo caso avvenga quanto già avviene in ogni opera di costruzione del "comune" e di uso della conoscenza come bene comune[6] (vedi Wikipedia), e cioè che *creazione di senso, condivisione e inclusione producano* affinamento e qualificazione.

Dr Carlo Romagnoli
Staff Qualità Dipartimento di Prevenzione AUSL 2

[6] C. Hess e E. Olstrom (2009) "La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica" Bruno Mondadori ed, Torino.

B) Le dimensioni della qualità nel DIP e la loro operazionalizzazione

Un prerequisito della qualità è sicuramente la pertinenza delle definizioni, che a sua volta può dipendere dalla effettiva contestualizzazione di concetti generali alle situazioni applicative, nella prospettiva di una loro operazionalizzazione che consenta misurazioni, confronti e studi.

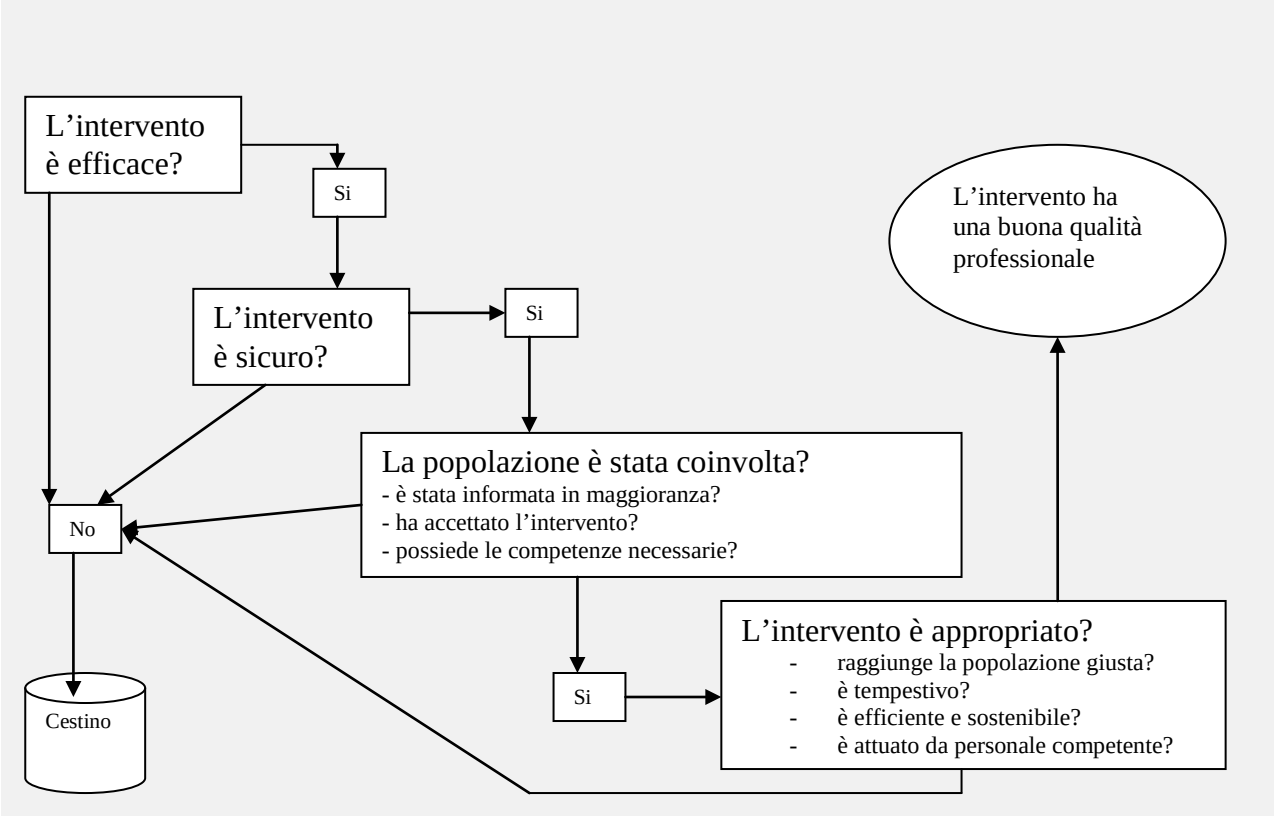
Per la qualità professionale degli interventi del Dipartimento di Prevenzione si sviluppa l'accezione fornita dal PSR 2003-2005, integrando tra di loro le diverse dimensioni[7] in riferimento al senso che esse possono assumere nell'operatività del Dipartimento di Prevenzione, che si basa per la prevenzione collettiva, lo ricordiamo, su *interventi applicativi di* ***procedure normate*** *o* ***scelte*** *discrezionalmente nell'ambito di funzioni o attribuzioni aventi forza di legge.*

In questo contesto le dimensioni costitutive della qualità potrebbero essere valutate:

a.1) separatamente l'una dalle altre. E' l'approccio che si rifiuta in quanto annullerebbe sia la gerarchia che di fatto esiste tra le varie dimensioni, che le relazioni che le legano dato che alcune di esse, vedi in particolare l'appropriatezza, sono a loro volta sia condizionate che multidimensionali in quanto dipendono da alcune categorie e ne includono altre (Fig. 1);

a.2) come concatenate. In un approccio ottimale applicabile in primo luogo a ***nuovi interventi*** (vedi punto 4 della tabella 5) da attivare senza che siano previsti da procedure

Fig. 1: concatenazione tra le dimensioni della qualità nell'attivazione di un intervento.



normate, la decisione di erogarli dovrebbe essere condizionata dalla sussistenza di requisiti tra di loro subordinati. In questo caso, efficacia attesa, sicurezza e

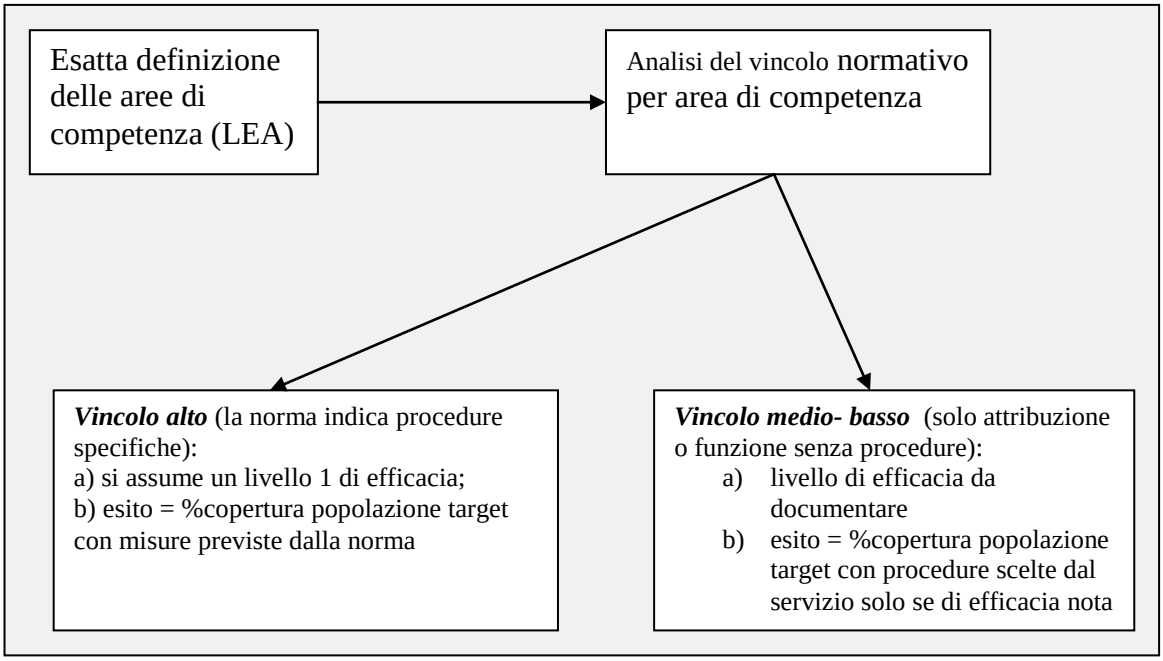
[7] In letteratura si assume che le dimensioni della qualità dell'assistenza siano rappresentate da: accessibilità, appropriatezza, competenza, continuità, efficacia attesa, efficacia pratica, efficienza, equità, sicurezza, tempestività, umanizzazione/accettabilità (Focarile (1998): "Indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria" Centro scientifico editore).

coinvolgimento della "popolazione" sarebbero tre dimensioni base, solo la cui sussistenza darebbe senso al valutare l'appropriatezza professionale; questa infatti si fonda sulle tre precedenti e si sostanzia a sua volta nelle restanti dimensioni (equità, tempestività, accessibilità, efficienza/sostenibilità, competenza);*a.3) trasversalmente*, al fine di valutare per ogni (o per definite) aree di competenza di ogni servizio, la qualità dei ***dispositivi professionali attivati sulla base di una scelta discrezionale del servizio stesso***, in quanto non espressamente indicati dalle norme;
a.4) settorialmente, al fine di valutare per ogni area di competenza di ogni servizio la qualità dei ***dispositivi professionali normati*** attivati sulla base delle indicazioni contenute nelle leggi regionali, nazionali o comunitarie e per i quali quindi ha non ha senso entrare nel merito di valutazioni di efficacia, la sicurezza va almeno sorvegliata e il coinvolgimento dei cittadini ricercato, mentre è doveroso verificare tutte le dimensioni contenute nell'appropriatezza.

Ciò premesso, al fine di misurare nelle diverse prospettive sopra richiamate, la qualità professionale tanto di procedure normate che discrezionalmente scelte per nuovi interventi o già in atto, ogni dimensione della qualità di cui alla figura 1 deve essere definita in relazione alle particolarità operative del Dipartimento di Prevenzione.

1)Efficacia: consiste nella *capacità di produrre l'abbattimento di un fattore di rischio o la adozione/ messa in pratica di un fattore di benessere) atteso*[8] *come conseguenza dell'applicazione di un intervento o di un programma preventivo (o promozionale)*; il concetto di efficacia è denso di implicazioni e richiede pertanto alcune specificazioni.

Fig. 2: Contestualizzazione della dimensione efficacia nel ciclo MCQ del DIP



Se si tratta di un intervento basato su una ***procedura scelta dal servizio***, corre l'obbligo di documentare il livello di evidenza disponibile; data la complessità insita nella valutazione della efficacia teorica, ai servizi del DIP spetta "solo" di dichiarare il livello

[8] Qui si preferisce fare riferimento alla sola efficacia teorica, perché: a) si tratta di una misura più facilmente disponibile; b) non dipende come la efficacia pratica da condizioni applicative che potrebbero non avere riscontro nelle condizioni in cui opera il DIP; c) per non rendere troppo complesso questo primo approccio operativo alla misurazione della qualità dei servizi del DIP.

di evidenza riportato in letteratura da fonti indipendenti (banche dati accreditate dall'Ufficio qualità della ASL 2, che ne mette a disposizione alcune; qui ci si riferisce ai criteri utilizzati dalla banca dati Dynamed) secondo la griglia:
livello 1: evidenza di efficacia documentata
livello 2: evidenza di efficacia documentata parzialmente;
livello 3: evidenza di efficacia mancante.

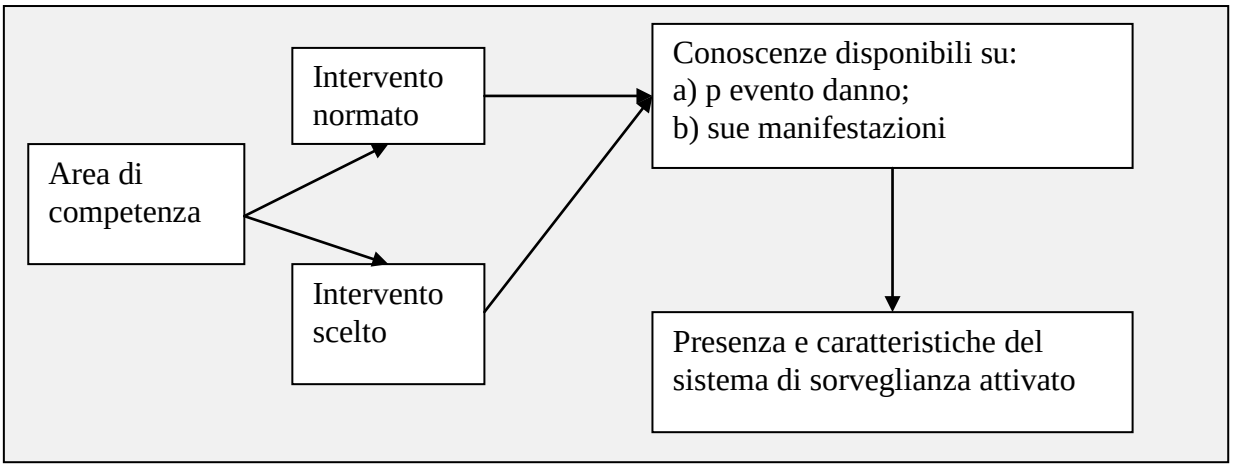
Se invece si tratta di un intervento per il quale la ***procedura da seguire è normata*** si può assumere in prima battuta l'avvenuta valutazione a monte dell'efficacia teorica (es.: vaccinazioni, piani di profilassi) da parte del livello istituzionale che emana la normativa e, stanti i vincoli e le responsabilità da questa prefigurati, l'attenzione del servizio va riservata al coinvolgimento della popolazione ed alla qualità dell'appropriatezza.

Inoltre le relazioni tra qualunque procedura ad efficacia nota e l'esito che ha per la salute dei cittadini sono mediate da molte altre variabili organizzative - di cui alcune sono analizzate di seguito - e di contesto (le misure, anche di impatto opposto a quello necessario per tutelare la salute, che sono assunte dalla società). Dal nostro punto di vista è necessario che ogni servizio faccia quanto di meglio per controllare le variabili che rientrano nelle proprie legittime competenze. Misurare l'esito come grado di copertura della popolazione bersaglio con le procedure previste dalla norma (di cui vanno comunque valutate alcune dimensioni qualitative) o con quelle scelte dal servizio (oggetto di valutazioni di qualità più globali), risponde ad un approccio razionale.

2) sicurezza: una volta chiarito che la documentazione dell'efficacia rappresenta la pietra angolare di ogni intervento, ha senso prendere in considerazione la sicurezza del dispositivo professionale. Questa *consiste nella capacità di abbattere – o di ottenere la massima riduzione possibile - dei danni alla salute dei cittadini attesi dall'applicazione dell'intervento di prevenzione prescritto dalla normativa o scelto dal servizio*. In questo caso il servizio cui è attribuita la competenza:

a) deve conoscere la probabilità attesa di danno e le sue modalità di manifestazione (organo bersaglio e gravità) sia in caso di una procedura dettata dalla norma che in quello di una procedura a efficacia nota scelta dal servizio stesso;
b) deve essere collegato ad un sistema di sorveglianza appropriato a depistare gli eventuali danni creati dall'intervento stesso.

Fig. 3: contestualizzazione della dimensione sicurezza nel MCQ del DIP



Nel caso della sicurezza ove la procedura sia normata si dispone (quasi) sempre delle informazioni sui danni e in genere esiste un sistema di sorveglianza passivo cui si può ricorrere, mentre molto più complesso è il caso in cui la procedura debba essere scelta dal servizio, in quanto:

- le conoscenze disponibili sono molte di meno rispetto alla efficacia teorica e quindi potrebbe non essere disponibile una qualche stima della probabilità di danno (es.: Numero di soggetti da trattare per avere un danno -NNH);
- occorrerebbe assumersi l'onere di decidere che il danno è così piccolo rispetto al beneficio da rendere accettabile l'intervento;
- occorrerebbe farsi carico in qualche modo della sorveglianza sui danni

Le ultime due condizioni non sono di norma sostenibili da un servizio operativo.

In termini pratici questo significa che il livello di sicurezza sarà quantificabile in
Livello 1: evidenza di sicurezza e vantaggio dei benefici rispetto ai danni documentati (se procedura normata o se procedura scelta sulla base di specifica documentazione scientifica di fonte indipendente) + danni osservati nei limiti dell'atteso;
Livello 2: evidenza di sicurezza parzialmente documentata o vantaggio dei benefici rispetto ai danni accertato soggettivamente dal servizio e danni osservati nel limiti dell'atteso;
Livello 3: evidenza di sicurezza non documentata o danni osservati superiori all'atteso o assenza di sistema di sorveglianza;

3) ***coinvolgimento della popolazione***[9]: definito come la "*capacità di includere la popolazione esposta ad un rischio negli interventi volti ad abbatterlo o a limitare gli esiti negativi sulla sua salute*". E' la terza dimensione base della qualità professionale in ambito di prevenzione collettiva, che contiene a sua volta:

- una sottodimensione "*informazione*" dove sono rilevanti sia la qualità *dell'informazione* fornita rispetto al problema che la quantità di persone effettivamente informate rispetto alla popolazione da coinvolgere;
- la effettiva *partecipazione* della maggioranza della popolazione alla scelta di fondo: *accettare* o meno l'intervento proposto;
- la conseguenza del passaggio precedente, che comporta la conoscenza delle *competenze effettivamente possedute dalla popolazione* e necessarie per la riuscita dell'intervento (è difficile che si attivino delle competenze per un intervento che non è accettato!), essendo rara la condizione di un intervento di prevenzione collettiva in cui essa svolga un ruolo totalmente passivo ed essendo necessario implementare le competenze dei cittadini.

Questo configura a sua volta del livelli di evidenza nel coinvolgimento dei cittadini:

Livello 1: più della metà della popolazione è stata informata correttamente, accetta l'intervento esplicitamente e possiede le competenze richieste per la sua riuscita;
Livello 2: informazione corretta, accettazione dell'intervento, possesso delle competenze riguardano la metà della popolazione almeno per una delle tre condizioni previste;
Livello 3: meno della metà della popolazione è stata informata correttamente, accetta l'intervento esplicitamente e possiede le competenze richieste per la sua riuscita.

[9] Il concetto di popolazione in sanità pubblica è molto ampio e può riguardare esposti a rischio o costruttori di rischio, siano essi persone, aziende, allevamenti, animali, ecc. In questa sede la popolazione da coinvolgere cui si fa riferimento è quella degli *esposti a rischio*. Più avanti, parlando della appropriatezza, ci si riferirà alla popolazione target dell'intervento, il che rimanda alla necessità di considerarla nella sua accezione più ampia.

2) ***appropriatezza***: consiste nel "*garantire interventi efficaci, sicuri e condivisi alla popolazione target giusta, nei tempi giusti, da parte di un livello operativo giusto in cui lavorino competenze professionali giuste (garantendo la continuità*[10] *assistenziale) "*. Il concetto di appropriatezza è denso di implicazioni in quanto:
   a) nel settore della prevenzione assume che già si sia fatta chiarezza sulla *efficacia* pratica, la *sicurezza ed il coinvolgimento della popolazione esposta;*
   b) chiede garanzie sulla copertura della popolazione di produttori di rischio[11] cui è rivolto l'intervento; tale popolazione, per fare salvi i principi di equità ed eguaglianza[12], deve essere: a) definita operativamente; b) nota; c) raggiungibile, prefigurando così tre livelli di evidenza*:*
      i. *livello 1: popolazione bersaglio definita operativamente, nota e raggiungibile*;
      ii. livello 2: *popolazione bersaglio definita operativamente, ma non nota o non raggiungibile*;
      iii. *livello 3*: *popolazione bersaglio non definita operativamente, né nota, nè raggiungibile*;
   c) chiede garanzie sulla ***tempestività applicativa***[13] con cui tutta la popolazione bersaglio viene raggiunta dall'intervento/ programma rispetto al tempo 0 in cui se ne inizia l'applicazione; questo prefigura tre livelli di evidenza di tempestività:
      i. *livello 1*: il 100% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma (che può variare in base alla natura del programma e che di norma può essere riferito ad un anno di tempo);
      ii. *livello 2:* meno del 50% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma;
      iii. *livello 3*: meno del 25% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma;
   d) chiede garanzie sulla ***adeguatezza del livello organizzativo***[14] (*livello operativo giusto)* implicato nella realizzazione dell'intervento. Questa dimensione nel settore dell'assistenza allude alla inappropriatezza generata dal erogare una prestazione in regime di degenza quando può essere fatta ambulatorialmente o dal concentrare tutta la casistica in un unico servizio superspecialistico di una azienda ospedaliera o dal far svolgere a dei medici compiti che possono essere svolti da personale infermieristico (es.: educazione terapeutica del paziente diabetico non complicato). Nel caso della prevenzione collettiva il Dipartimento di Prevenzione, organizzato per UOC, UOS e professional, ha una potenzialità di decentramento limitata, che potrebbe comportare inappropriatezza sul versante della inefficienza o insostenibilità almeno in due casi: a) il mancato coinvolgimento dei livelli operativi dei distretti (cds) e degli mmg (equipe territoriali) nell'attuazione di interventi di prevenzione

---

[10] Il concetto di "***continuità assistenziale"*** ha oggi un grande valore nella assistenza, mentre nella prevenzione collettiva diviene importante quando singoli interventi promozionali o preventivi che riguardano una data popolazione sono tra di loro coerenti e integrati. In questa sede si è deciso di non considerarlo per non appesantite troppo la trattazione.

[11] *"Capacità di raggiungere selettivamente i produttori di rischio"*

[12] ***L'equità rispetto ai bisogni*** va perseguita quando si sia in presenza di una stratificazione del rischio tale per cui di una popolazione sia nota la quota cui è opportuno rivolgersi in via prioritaria in quanto più a rischio; questo implica la completa conoscenza ed attribuibilità delle variabili di rischio in una popolazione data, nota e raggiungibile; nel caso non si posseggano conoscenze sulla stratificazione del rischio entra in gioco la dimensione dell'uguaglianza per cui ha senso dare a tutti l'accesso ad una intervento in quanto tutti sono ugualmente esposti al rischio.

[13] *"Capacità di raggiungere una popolazione definita in tempi utili alla prevenzione di rischi e danni per la salute degli esposti"*

[14] *"Capacità di decentrare la messa in pratica di un intervento sanitario, garantendo competenza professionale e massima diffusione dell'offerta in modo da ottimizzare l'uso delle risorse disponibili"*

collettiva; b) a meno che non lo preveda la norma, l'avocazione a sé da parte della dirigenza medica di attività proceduralizzate a livello di servizio, quando potrebbero essere ben svolte dal comparto o dalla sua dirigenza; Questo prefigura ***tre livelli di evidenza di corretta operatività***

i. *Livello 1*: a meno che non lo preveda la norma tutte le attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, se prevedono un ruolo dell'assistenza distrettuale, ne coinvolgono i livelli operativi;
ii. *Livello 2*: pur non prevedendolo la norma non tutte le attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, pur prevedendo un ruolo dell'assistenza distrettuale, non coinvolgono sempre i livelli operativi;
iii. *Livello 3*: pur non prevedendolo la norma, meno di un terzo delle attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, pur prevedendo un ruolo dell'assistenza distrettuale, non coinvolgono che in un terzo dei casi i livelli operativi;

e) chiede garanzie sulla ***competenza professionale***[15] del *personale* chiamato all'operatività. La competenza clinica è forse il requisito interno più rilevante della appropriatezza nel settore assistenziale in quanto è il mix di formazione di base, aggiornamento teorico in servizio ed esperienza derivante dalla casistica assistita che decide gran parte della effettiva appropriatezza nella erogazione di un intervento sulla carta efficace e sicuro. Nel caso della prevenzione collettiva questi criteri possono essere conservati, anche se non hanno la stessa cogenza che per l'emodinamista, dando luogo ai seguenti tre livelli di evidenza per la competenza preventiva:

i. *Livello 1*: tutto il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base ed ha svolto almeno un corso di aggiornamento ECM nell'ultimo anno sul tema e, a meno di interventi di nuova introduzione, almeno due terzi di esso ha già maturato esperienza nell'intervento specifico;
ii. *Livello 2*: tutto il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base, ma solo una percentuale tra il 50% ed il 90% di esso ha svolto almeno un corso di aggiornamento ECM nell'ultimo anno sul tema e, a meno di interventi di nuova introduzione, più di un terzo di esso ha maturato esperienza nell'intervento specifico;
iii. *Livello 3*: non tutto il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base o meno del 50% ha svolto almeno un corso ECM di aggiornamento nell'ultimo anno sul tema o, a meno di interventi di nuova introduzione, meno di un terzo di esso ha maturato esperienza nell'intervento specifico.

Attraverso le consistenti semplificazioni proposte è quindi possibile sia quantificare, a partire dall'esatto riscontro delle aree di competenza previste dalla normativa, il livello di evidenza che fonda la qualità dei dispositivi professionali attivati o scelti dal ciascun servizio, sia fornire a fruitori ed esposti la prima informazione basilare su quanto il servizio fa.

Tutto questo comporta, in una visione d'insieme, la possibilità di operazionalizzare e rendere discrete le valutazioni sulle diverse dimensioni qualitative degli interventi del DIP, come esemplificato nella tabella allegata, utilizzata poi in alcuni degli strumenti di lavoro di cui si compone questa versione 0 del Manuale per la qualità nel DIP.

---

[15] *"Capacità di garantire la messa in pratica di un intervento sanitario grazie alle conoscenze, attitudini e capacità operative acquisite in base alla formazione professionale ed alla esperienza applicativa".*

Tabella 1: Operazionalizzazione delle dimensioni della qualità importanti nele due principali tipologie di interventi attivati dal DIP

Tipologia interventi	***Dimensioni della qualità professionale***						
	Efficacia	*Sicurezza*	*Coinvolgimento*	*Appropriatezza*			
				Popolazione	*Tempestività*	*Livello operat.*	*Competenza*
Intervento normato	***Assunta a priori***	***Assunta a priori.*** *STOP se L 3*	***OK L 1*** *Se L 2 o 3 programma di rientro*	***Ok se L 1 (ogni sotto dimensione ha livello 1)*** *Programma di rientro se L 2 (Popolazione L 1 + altre L 2)* *STOP se L 3 (Popolazione L 2 o 3 + altre L 2 o 3)*			
Intervento discrezionalmente scelto dal Servizio	*OK L 1* *Rientro L 2* *STOP L3*	*OK L 1* *Rientro L2* *STOP L3*	***OK L 1*** *Se L 2 o 3 programma di rientro*	***Ok se L 1 (ogni sotto dimensione ha livello 1)*** *Programma di rientro se L 2 (Popolazione L 1 + altre L 2)* *STOP se L 3 (Popolazione L 2 o 3 + altre L 2 o 3)*			

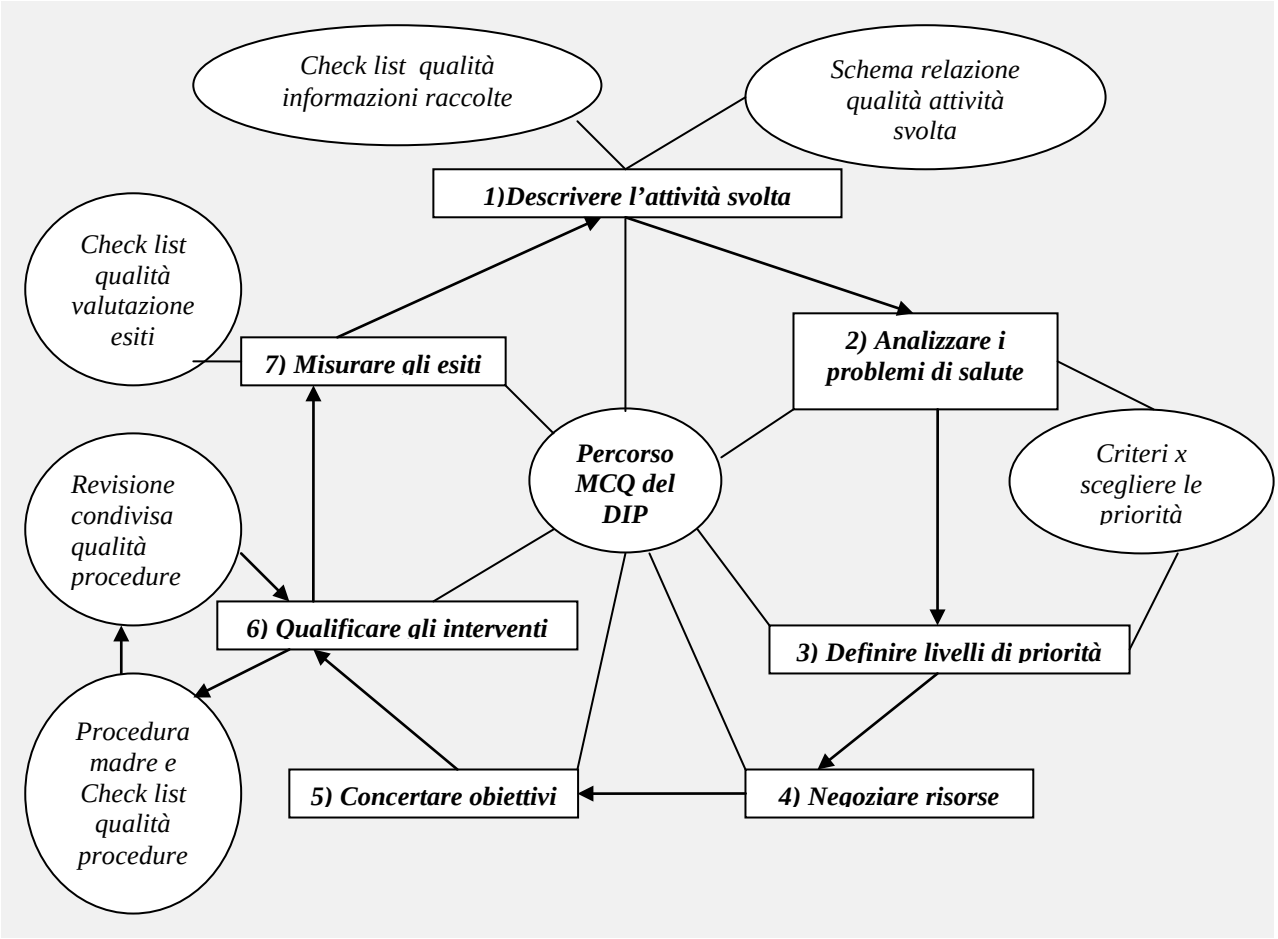
Dipartimento di prevenzione

Staff Qualità

Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione versione 0

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.1) Percorso per il Miglioramento Condiviso della Qualità (MCQ).



1) *La proposta base del percorso di Miglioramento Condiviso della Qualità (MCQ) rappresenta le fondamenta della politica per la qualità del Dipartimento di Prevenzione della AUSL 2.*

Tale proposta a sua volta si basa su quanto previsto:

- nel volume B del Documento di Valutazione dei determinanti di salute e delle Strategie del SSR pubblicato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbro[16] e nella connessa griglia per la metodologia della programmazione delle attività in strutture complesse, dipartimenti ed equipe territoriali;
- nella azione b dell'obiettivo operativo "Definizione, condivisione e sperimentazione di un ciclo complessivo di MCQ del Dipartimento di Prevenzione" del piano qualità 2008.

2) Lo scopo che si vuole raggiungere proponendone la validazione e l'adozione sperimentale da parte sia del Dipartimento che di ciascuno dei suoi servizio è quello di ***"definire un riferimento esplicito per la promozione della qualità nel DIP che integri e migliori quanto fatto fino ad oggi".***

3) L'approccio del percorso di MCQ qui proposto da **centralità alla line organizzativa** *(servizi del Dipartimento di Prevenzione)* **nel migliorare la qualità,** *grazie:*

- al senso che direzione aziendale e direzione di dipartimento costruiscono e comunicano intorno al miglioramento di qualità;

- ai supporti ed alle connessioni fornite dallo staff qualità che comunque non può vicariare ne svolgere per conto terzi attività di MCQ .

4) Le caratteristiche concettuali di base della proposta consistono in:

- **programmazione** come *metodo ordinario di lavoro*;
- **dinamica a *spirale* dell'attività programmatica**, che innesta sulla *valutazione complessiva* di quanto fatto nella precedente unità temporale di riferimento, la individuazione di eventuali *nuove priorità*;
- centralità dei **problemi di salute e di intervento** e della connessa capacità di ordinarli in termini di **priorità** come *contributo peculiare della dirigenza nella formulazione dei programmi di lavoro*;
- centralità di **appropriate valutazioni preliminari** nella proposta di **nuovi interventi** come *contributo peculiare della dirigenza nella attivazione di nuovi interventi*;
- **condivisione** con professionisti ed esposti come chiave per la *trasparenza* delle scelte, la *manutenzione del clima* organizzativo, la creazione di *reti cognitive tra operatori* e l'*effettiva* realizzazione delle *previsioni programmatiche*;
- **valorizzazione** dei ruoli e delle competenze *professionali*;
- **complementarietà con i processi di budget**, *arricchiti prima* della negoziazione dalla riflessione sulla qualità di quanto fatto e sulla attenta individuazione di nuove priorità ed interventi *e, dopo* la negoziazione, dalla *qualificazione degli obiettivi* tramite la messa a punto di *progetti applicativi* che tengono conto di *specifiche dimensioni della qualità*;

[16] Vedi Tab. 5 pag 25-26 su http://sanita.regione.umbria.it/Resources/Risorse/Volume_B.pdf.

Relazioni tra percorso di MCQ proposto e budget aziendale

1) Analisi preliminari alla negoziazione:

a) Attività svolte in relazione a

- risorse assegnate
- qualità sistemi operativi
- esiti raggiunti;

b) Definizione:

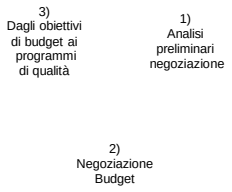
- bacini di utenza e popolazioni target;
- ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute;
- Procedure di qualità necessarie ad affrontarli

2) Negoziazione budget

su procedure aziendali:

a) Attenta analisi preliminare e valorizzazione professionalità operatori

b) Assegnazione obiettivi più razionale



3) Dagli obiettivi di budget ai programmi di buona qualità:

a) requisiti di qualità espliciti e verificabili per ogni programma o sistema operativo;

b) realizzazione programma/applicazione sistema operativo di buona qualità

c) valutazione esiti

d) redazione relazione di servizio sui punti 1a)

- **adattabilità** alle *condizioni operative specifiche* di ciascun servizio;
- **sperimentalità** della proposta che deve essere validata dopo un anno di sperimentazione e *affinata* nei *passaggi successivi*;
- **verificabilità** sia tramite *percorsi di autovalutazione* che sulla base della *documentazione prodotta;*

5) Uno dei **limiti** principali della proposta consiste nella *mancanza*, allo stato attuale, di *benchmark esterni*, il che individua una direzione di lavoro da proporre ad altri Dipartimento di Prevenzione umbri e/o di altre regioni.

6.1) Metodologia adottata in via sperimentale dal Dipartimento di Prevenzione della AUSL 2 di Perugia

Passaggi metodologici	Responsabile della realizzazione
Fase A) Formulazione del programma di attività del Dipartimento	
1) Descrivere, rispetto alle aree di competenza, l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Dipartimento (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile dipartimento con supporto staff
2) Analizzare i principali problemi di salute presenti nel bacino di utenza potenziale del Dipartimento e pertinenti con le sue aree di competenza	Responsabile dipartimento su proposta responsabili servizio; supporto staff; validazione da parte del Comitato di Dipartimento e Direzione sanitaria;
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile dipartimento con direttore sanitario e supporto staff
4) Almeno per le nuove priorità, descrivere gli interventi proposti per risolvere i relativi problemi di salute documentando: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi; eventuali azioni intersettoriali.	Responsabile dipartimento valida proposte dei responsabili servizio con supporto staff
5) Negoziare le risorse con la direzione aziendale	Responsabile dipartimento e direzione aziendale.
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile dipartimento con direzione aziendale e supporto staff
7)Redigere progetti di attività per ciascun obiettivo concertato formalizzando: - la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie per raggiungere gli obiettivi; - specifici riferimenti alle aree di miglioramento della qualità professionale previste nel piano qualità 2008: efficacia, sicurezza, competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio, garanzie di copertura della popolazione ; appropriatezza del livello di presa in carico; bisogni formativi; azioni intersettoriali (event.)	Responsabile dipartimento valida i progetti dei servizi con supporto staff
Fase B) Realizzazione del programma di attività del Dipartimento	
1) Socializzare appropriatamente il programma nella SC e nel dipartimento	Responsabile dipartimento con supporto staff aziendali e coinvolgimento direttore sanitario e comitato dipartimento
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile dipartimento
3) Attivare appropriati sistemi di controllo sia esterni che "interni"	Responsabile dipartimento con supporto staff
4) Valutare gli esiti	Responsabile dipartimento con supporto staff
5) Redigere una relazione di sintesi (punto A.1)	Responsabile dipartimento con supporto staff

6.2) Metodologia adottata in via sperimentale dal servizio Sanità animale

Passaggi metodologici	Responsabile della realizzazione
Fase A) Formulazione del programma di attività del Servizio di Sanità Animale	
1) Descrivere, rispetto alle aree di competenza, l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Servizio (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile dipartimento con supporto staff e gdl
2) Analizzare i principali problemi di salute presenti nel bacino di utenza potenziale del Servizio e pertinenti con le sue aree di competenza	Responsabile servizio,supporto staff e gdl
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile servizio con direttore dipartimento
4) Almeno per le nuove priorità, descrivere gli interventi proposti per risolvere i relativi problemi di salute documentando: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi; eventuali azioni intersettoriali.	Responsabile servizio valida proposte del gdl
5) Negoziare le risorse con la direzione aziendale	Responsabile servizio, responsabile dipartimento e direzione aziendale.
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile servizio, dipartimento con direzione aziendale e supporto staff
7) Redigere progetti di attività per ciascun obiettivo concertato formalizzando: - la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie per raggiungere gli obiettivi; - specifici riferimenti alle aree di miglioramento della qualità professionale previste nel piano qualità 2008: efficacia, sicurezza, competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio, garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; bisogni formativi; azioni intersettoriali (event.)	Responsabile servizio con supporto staff e gdl
Fase B) Realizzazione del programma di attività del Servizio di Sanità Animale	
1) Socializzare appropriatamente il programma nel servizio	Responsabile servizio con supporto staff aziendali, gdl ed eventuale coinvolgimento del dipartimento
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile servizio e gdl
3) Attivare appropriati sistemi di controllo sia esterni che "interni"	Responsabile servizio con supporto staff e gdl
4) Valutare gli esiti	Responsabile servizio con supporto staff e gdl
5) Redigere una relazione di sintesi (punto A.1)	Responsabile servizio con supporto staff e gdl

6.3) Metodologia adottata in via sperimentale dal Servizio *IAOA*

Passaggi metodologici	**Attore organizzativo responsabile della realizzazione del passaggio metodologico**
Fase A) Formulazione programma	
1) Descrivere appropriatamente rispetto alle aree di competenza l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Servizio (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile Servizio con eventuale supporto staff aziendali e dipartimentali
2) Analizzare i principali problemi di salute e di intervento presenti nel bacino di utenza potenziale nelle aree di competenza del SC	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute e di intervento sulla base di criteri espliciti	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
4) Elencare, almeno per le nuove priorità individuate, gli interventi funzionali a risolvere i problemi di salute e di intervento prioritari documentando per ognuno: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
5) Negoziare le risorse con la direzione del dipartimento	Responsabile Servizio
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile Servizio / Responsabile dipartimento valida
7)Redigere i progetti applicativi per ciascun obiettivo assegnato: - formalizzando la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie; - specificando i livelli di qualità per le dimensioni efficacia, sicurezza, coinvolgimento della popolazione, appropriatezza dell'intervento così come proposti nel Piano qualità 2008 del DIP.	Responsabile Servizio
Fase B) Realizzazione del programma	
1) Socializzare appropriatamente il programma nella SC e, se necessario, nel dipartimento	Responsabile Servizio
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile Servizio
3) Attivare il sistema di controllo in relazione ad ambiti e strumenti appropriati tanto per i controlli esterni che per quelli interni"	Responsabile Servizio
4) Valutare gli esiti	Responsabile Servizio SCC con supporto staff aziendali e dipartimentali
5) Redigere una relazione di sintesi al termine del programma	Responsabile Servizio SCC con supporto staff aziendali e dipartimentali

6.4) Metodologia adottata in via sperimentale dal servizio ISP

Passaggi metodologici	**Attore organizzativo responsabile della realizzazione del passaggio metodologico**
Fase A) Formulazione programma	
1) Descrivere appropriatamente rispetto alle aree di competenza l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Servizio (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile Servizio con eventuale supporto staff aziendali e dipartimentali
2) Analizzare i principali problemi di salute e di intervento presenti nel bacino di utenza potenziale nelle aree di competenza del SC	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute e di intervento sulla base di criteri espliciti	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
4) Elencare, almeno per le nuove priorità individuate, gli interventi funzionali a risolvere i problemi di salute e di intervento prioritari documentando per ognuno: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
5) Negoziare le risorse con la direzione del dipartimento	Responsabile Servizio
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile Servizio / Responsabile dipartimento valida
7)Redigere i progetti applicativi per ciascun obiettivo assegnato: - formalizzando la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie; - specificando i livelli di qualità per le dimensioni efficacia, sicurezza, coinvolgimento della popolazione, appropriatezza dell'intervento così come proposti nel Piano qualità 2008 del DIP.	Responsabile Servizio
Fase B) Realizzazione del programma	
1) Socializzare appropriatamente il programma nella SC e, se necessario, nel dipartimento	Responsabile Servizio
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile Servizio
3) Attivare il sistema di controllo in relazione ad ambiti e strumenti appropriati tanto per i controlli esterni che per quelli interni"	Responsabile Servizio
4) Valutare gli esiti	Responsabile Servizio SCC con supporto staff aziendali e dipartimentali
5) Redigere una relazione di sintesi al termine del programma	Responsabile Servizio SCC con supporto staff aziendali e dipartimentali

6.5) Metodologia adottata in via sperimentale dal servizio PSAL

Passaggi metodologici	Responsabile della realizzazione
Fase A) Formulazione del programma di attività del Dipartimento	
1) Descrivere, rispetto alle aree di competenza, l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Servizio (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile servizio con supporto staff
2) Analizzare i principali problemi di salute presenti nel bacino di utenza potenziale del Servizio e pertinenti con le sue aree di competenza	Responsabile servizio con supporto staff e validazione da parte del Direttore di Dipartimento;
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile servizio con supporto staff
4) Almeno per le nuove priorità, descrivere gli interventi proposti per risolvere i relativi problemi di salute documentando: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi; eventuali azioni intersettoriali necessarie	Responsabile servizio con supporto staff
5) Negoziare le risorse con la direzione aziendale / dipartimentale	Attori citati
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile servizio e responsabile dipartimento con direzione aziendale e supporto staff
7)Redigere progetti di attività per ciascun obiettivo concertato formalizzando: - la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie per raggiungere gli obiettivi; - specifici riferimenti alle aree di miglioramento della qualità professionale previste nel piano qualità 2008: efficacia, sicurezza, competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio, garanzie di copertura della popolazione ; appropriatezza del livello di presa in carico; bisogni formativi; azioni intersettoriali (event.)	Responsabile servizio con supporto staff
Fase B) Realizzazione del programma di attività del Dipartimento	
1) Socializzare appropriatamente il programma nel servizio	Responsabile servizio
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile servizio
3) Attivare appropriati sistemi di controllo sia esterni che "interni"	Responsabile servizio con supporto staff
4) Valutare gli esiti	Responsabile servizio con supporto staff
5) Redigere una relazione di sintesi (punto A.1)	Responsabile servizio con supporto staff

6.6) Metodologia adottata in via sperimentale dal Servizio IAN

Passaggi metodologici	**Attore organizzativo responsabile della realizzazione del passaggio metodologico**
Fase A) Formulazione programma	
1) Descrivere, rispetto alle aree di competenza, l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dal Servizio (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile Servizio con eventuale supporto staff aziendali e dipartimentali
2) Definire il bacino di utenza potenziale ed analizzarne i principali problemi di salute pertinenti con le aree di attività disciplinare del Servizio	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
4) Elencare gli interventi funzionali a risolvere i problemi di salute e di intervento prioritari documentando per ognuno: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi	Responsabile Servizio con supporto staff dipartimentali e aziendali / Responsabile dipartimento valida
5) Negoziare le risorse con la direzione del dipartimento	Responsabile Servizio
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile Servizio / Responsabile dipartimento valida
7) Redigere i progetti applicativi per ciascun obiettivo concertato formalizzando: - la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie per raggiungere gli obbiettivi; - specificando i livelli di qualità per le dimensioni efficacia, sicurezza, coinvolgimento della popolazione, appropriatezza dell'intervento così come proposti nel Piano qualità 2008 del DIP.	Responsabile Servizio
Fase B) Realizzazione del programma	
1) Socializzare appropriatamente il programma nel Servizio e, se necessario, nel dipartimento	Responsabile Servizio
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile Servizio
3) Attivare il sistema di controllo in relazione ad ambiti e strumenti appropriati tanto per i controlli esterni che per quelli interni"	Responsabile Servizio
4) Valutare gli esiti	Responsabile Servizio con supporto staff aziendali e dipartimentali
5) Redigere una relazione di sintesi al termine del programma	Responsabile Servizio con supporto staff aziendali e dipartimentali

6.7) Ciclo MCQ – adattamento alla UOSD Epidemiologia

Come prima fase del coinvolgimento della UOSD Epidemiologia nel ciclo MCQ del Dipartimento viene ripercorsa la descrizione delle principali caratteristiche concettuali alla luce del caso specifico dell'Epidemiologia, intesa genericamente come attività di supporto (servizio principalmente rivolto ad utenti interni che produce informazioni epidemiologiche per la programmazione e la valutazione) e concretamente come struttura che presenta in questo momento un determinato assetto organizzativo (UOSD del Dipartimento di Prevenzione.

Nella tabella che segue vengono quindi illustrate alcune criticità e opportunità che emergono nella applicazione del principi del ciclo alla situazione particolare dell'epidemiologia.

programmazione come *metodo ordinario di lavoro*	*tempi ed input della programmazione in epidemiologia (dalla mortalità al rapporto urgente)* Alcune produzioni epidemiologiche prevedono una programmazione che trascende il periodismo usuale della programmazione sanitaria (annuale, triennale, quinquennale), a causa dei tempi di rilevazione vincolati al prodursi dei fenomeni da osservare, e a causa della necessità di costruire serie temporali a fini valutativi. Nel caso specifico di queste produzioni a lungo termine, al fine di rispondere alle più frequenti esigenze programmatorie, possono essere indicate quali siano le fasi del processo epidemiologico che si intendono attuare in un determinato periodo. Di contro, alcune esigenze conoscitive possono derivare da emergenze. Vanno in questi casi definiti: - le modalità di "accettazione", - le ricadute di queste emergenze sulla ri-programmazione, - i tempi e i modi per costruire una disponibilità di informazioni e strumenti atti a rispondere a tali emergenze. Si parla quindi sia di programmazione della produzione (di informazioni) sia di programmazione dei modellamenti organizzativi necessari a rispondere alle mutevoli esigenze dell'Azienda.
dinamica a *spirale* dell'attività programmatica, che innesta sulla *valutazione complessiva* di quanto fatto nella precedente unità temporale di riferimento, la individuazione di eventuali *nuove priorità*	*quali prodotti e quali risultati dell'epidemiologia sono valutabili e secondo quali parametri?* La responsabilità diretta dell'epidemiologia è quella di fornire informazioni capaci di determinare giudizi e scelte rilevanti sul piano della salute. Il mancato utilizzo delle informazioni o la carente rilevanza dei giudizi e delle scelte derivanti dalle informazioni non sono responsabilità esclusiva dell'epidemiologia, ma devono

	determinare una verifica delle priorità. A maggior ragione, se le informazioni prodotte venissero giudicate inadeguate a sostenere i giudizi e le scelte per le quali erano state richieste, avremmo un "esito" negativo di cui tener conto.
centralità dei **problemi di salute e di intervento** e della connessa capacità di ordinarli in termini di **priorità** come *contributo peculiare della dirigenza nella formulazione dei programmi di lavoro*	*quali bisogni informativi assumono maggior rilievo nel modificare interventi e di conseguenza outcome di salute?* Bisogna premettere che l'attività epidemiologica dovrebbe avere un ruolo importante nell'indicare i problemi di salute prioritari, ma va anche detto che spesso essi sono definiti e ordinati grazie a processi conoscitivi precedenti o attuati su scala più ampia di quella aziendale. Dal canto suo l'attività epidemiologica dovrebbe essere orientata a sostenere scelte: - a forte impatto sulla salute, - ma anche definibili come critiche (quindi bisognose di informazioni) - e fattibili (quindi sensibili alle informazioni fornite). Questi criteri dovrebbero sostenere la individuazione di una scala di priorità per le attività di epidemiologia.
centralità di **appropriate valutazioni preliminari** nella proposta di **nuovi interventi** come *contributo peculiare della dirigenza nella attivazione di nuovi interventi*	*fattibilità delle indagini, risultati attesi e loro potere discriminante, rilevanza delle scelte da adottare e loro sensibilità alle informazioni epidemiologiche* Accanto a quanto detto nei punti precedenti, va forse ulteriormente sottolineata l'importanza di un atteggiamento critico volto ad evitare le "indagini evitabili". La chiarezza nel contratto di committenza dovrebbe per lo meno prevedere la esplicitazione del processo decisionale derivante dalle informazioni richieste e l'analisi formale della capacità del tipo di indagine proposta di discriminare tra loro i risultati a favore o contro l'ipotesi formulata.
condivisione con professionisti ed esposti come chiave per la *trasparenza* delle scelte, la *manutenzione del clima* organizzativo, la creazione di *reti cognitive tra operatori* e l'*effettiva* realizzazione delle *previsioni programmatiche*	*pressoché fisiologica la condivisione con i committenti interni (quali filoni di lavoro senza committenza?), ma carente il confronto con la committenza esterna* Nel rispetto del concetto di Azienda Sanitaria, chi dialoga con gli esposti anche per orientare l'attività epidemiologica? Quali spazi di autonomia vanno garantiti all'epidemiologia rispetto al dialogo con gli esposti? Quali professioni, sanitarie e non, vanno di volta in volta

	coinvolte per garantire la corretta pianificazione e interpretazione dello studio? Si propone che questi quesiti debbano essere affrontati di volta in volta, nella fase di programmazione delle specifiche attività epidemiologiche.
valorizzazione dei ruoli e delle competenze *professionali*	*specializzazione vs intercambiabilità e confronto* L'epidemiologia di USL è un'epidemiologia generalista, ma pur sempre espressione di professionalità specialistiche. I curricula formativi e professionali minimi e gli standard tecnologici dovrebbero essere definiti come per qualsiasi altro servizio specialistico, seppur dimensionando le esigenze al concreto livello di sviluppo necessario ad una epidemiologia di azienda sanitaria locale.
complementarietà con i processi di budget, *arricchiti prima* della negoziazione dalla riflessione sulla qualità di quanto fatto e sulla attenta individuazione di nuove priorità ed interventi *e, dopo* la negoziazione, dalla *qualificazione degli obiettivi* tramite la messa a punto di *progetti applicativi* che tengono conto di *specifiche dimensioni della qualità*	*autoreferenzialità e competenze del committente* Problemi di autoreferenzialità possono sorgere a causa di committenti non esperti o non motivati (il dato epidemiologico è da poco tempo preso in considerazione nei processi programmatori), ma anche per un deficitario sforzo dell'epidemiologia di rendere conto della qualità e della utilità di quanto prodotto. Il budget viene adottato su proposta degli epidemiologi con scarse possibilità di utilizzare i risultati del passato e le esigenze future come base per la negoziazione. L'applicazione dei principi descritti nei punti precedenti potrebbe aiutare sbloccare questa situazione.
adattabilità alle *condizioni operative specifiche* di ciascun servizio	*una sfida ineludibile* Ammettere una non adattabilità del ciclo MCQ alla epidemiologia porrebbe questa materia fuori dal campo della valutabilità. Di contro è necessario un impegno particolare per guardare alla epidemiologia come ad una delle tante tecnologie sanitarie, dotata di processi e procedure e tenuta a raggiungere risultati misurabili e rilevanti rispetto agli obiettivi di salute.
sperimentalità della proposta che deve essere validata dopo un anno di sperimentazione e *affinata* nei *passaggi successivi*	*la qualità della programmazione e della produzione* Il primo passo della sperimentazione può essere visto nella applicazione dei principi del ciclo MCQ alla negoziazione del budget 2008.

	Si tratterà di esplicitare i criteri che hanno condotto alla scelta degli obiettivi di budget 2009 e alla attivazione di indagini ad hoc sulla base di emergenze.
verificabilità sia tramite *percorsi di autovalutazione* che sulla base della *documentazione prodotta*	*formalizzazione e documentazione della autovalutazione* Il raffronto tra i criteri esplicitati, i risultati ottenuti e i principi del ciclo MCQ può costituire la base per una autovalutazione non del tutto autoreferenziale.

Nella prossima tabella viene affrontato il tema della metodologia della programmazione, come terreno concreto su cui applicare i criteri discussi nella tabella precedente.

Passaggi metodologici	**Responsabile della realizzazione**
Fase A) Formulazione del programma di attività della UO	
1) Descrivere, rispetto alle aree di competenza, l'attività di offerta garantita nell'anno precedente dalla UOSD Epidemiologia (attività svolte in relazione a risorse assegnate, sistemi operativi attivati, esiti raggiunti)	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto Responsabili UO committenti o coinvolte nelle indagini
2) Analizzare i principali problemi di salute presenti nel bacino di utenza potenziale dell'Azienda	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto; validazione da parte del Comitato di Dipartimento e Direzione sanitaria;
3) Definire l'ordine di priorità con cui affrontare i problemi di salute sulla base di criteri espliciti	Responsabile UOSD con Responsabile Dipartimento e con Direttore sanitario e supporto staff
4) Almeno per le nuove priorità, descrivere gli interventi proposti per migliorare le conoscenze documentando: costo efficacia; condizioni di sicurezza; garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di rilevazione e analisi; competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio; bisogni formativi; eventuali azioni intersettoriali.	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto
5) Negoziare le risorse con la direzione aziendale	Responsabile UOSD con Responsabile Dipartimento e con Direttore Sanitario e supporto staff
6) Concertare gli obiettivi	Responsabile Dipartimento con Direzione Aziendale e supporto staff
7)Redigere progetti di attività per ciascun obiettivo concertato formalizzando: - la concatenazione logica e temporale delle attività necessarie per raggiungere gli obiettivi; - specifici riferimenti alle aree di miglioramento della qualità professionale previste nel piano qualità 2008: efficacia, sicurezza, competenze dei cittadini esposti o dei produttori di rischio, garanzie di copertura della popolazione; appropriatezza del livello di presa in carico; bisogni formativi; azioni intersettoriali (event.)	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto

Fase B) Realizzazione del programma di attività dell'UO	
1) Socializzare appropriatamente il programma nella UOSD nel Dipartimento e nell'Azienda	Responsabile UOSD con Responsabile Dipartimento con supporto staff aziendali e coinvolgimento Direttore Sanitario e Comitato Dipartimento
2) Concertare campi di autorità, delegare responsabilità, presidiare le aree di interazione	Responsabile UOSD
3) Attivare appropriati sistemi di controllo sia esterni che "interni"	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto Responsabili UO committenti o coinvolte nelle indagini
4) Valutare gli esiti	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto Responsabili UO committenti o coinvolte nelle indagini
5) Redigere una relazione di sintesi (punto A.1)	Responsabile UOSD con supporto Dirigenti afferenti alla UOSD e collaboratori a contratto Responsabili UO committenti o coinvolte nelle indagini

Quanto riportato nelle tabelle precedenti costituisce quindi nel suo insieme l'ipotesi di adattamento del ciclo MCQ alla UOSD Epidemiologia.

Si ritiene con ciò assunta l'adattabilità del ciclo MCQ e descritte le forme con cui sperimentare tale ciclo.

Dipartimento di prevenzione
Staff Qualità
Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione versione 0

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.2) Procedura per la raccolta, validazione e utilizzo dei dati sulle attività dei servizi.

Versione approvata nel Consiglio di Dipartimento del 13/01/2009 corredata dei contributi alla legenda (definizioni) prodotti fino al 31/10/2009

Indice

1) Problematiche affrontate

2) Finalità e campo di applicazione

3) Cosa deve essere fatto e come: definizione operativa delle fasi con relativi criteri e standard di riferimento per la auto valutazione di qualità

4) Tempi e responsabilità per ciascuna fasi

5) Controlli e registrazioni sulla applicazione della procedura

Allegato 1: glossario delle entità cui devono riferirsi le registrazioni dei dati di attività in ciascun servizio (vedi glossario a fine testo)

Allegato 2: responsabili della registrazione dei dati per servizio e area territoriale

Allegato 3: griglia per il monitoraggio trimestrale degli standard di qualità nella raccolta dei dati di attività

1) Problematiche affrontate

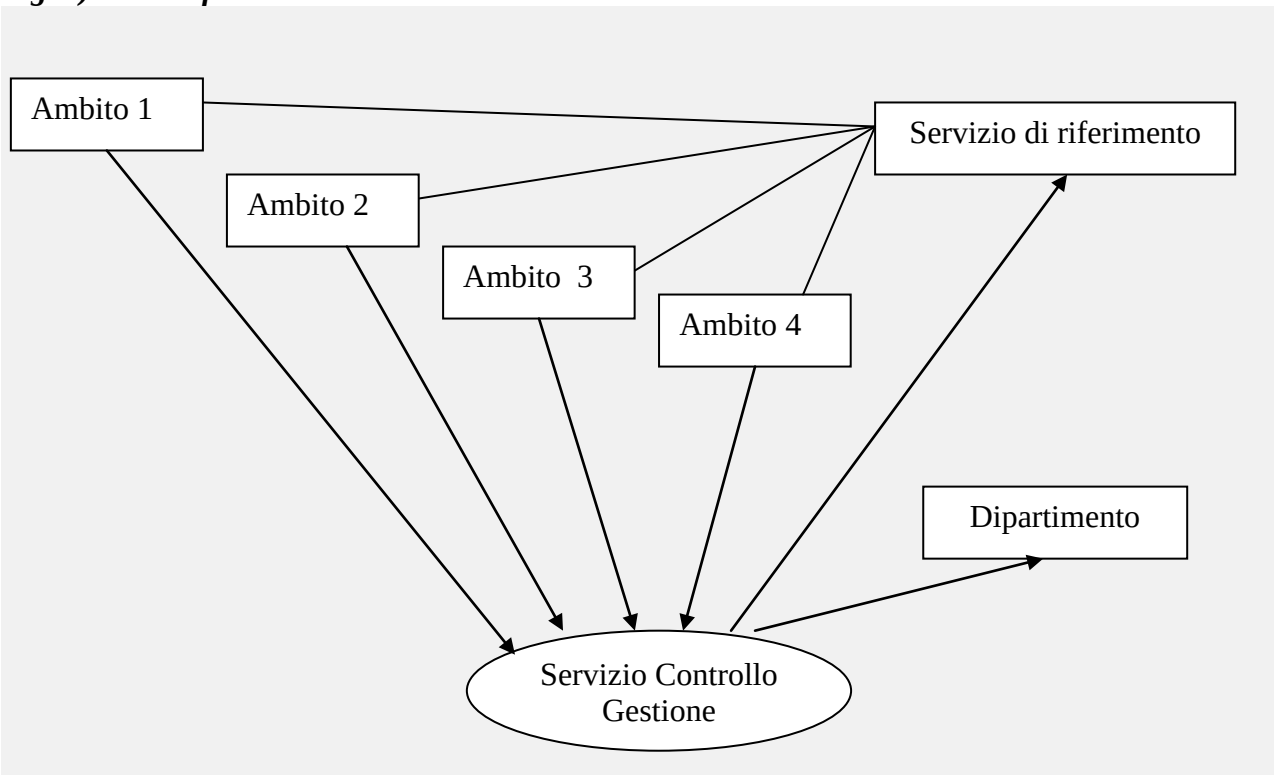
L'analisi dei dati relativi ai servizi del Dipartimento di Prevenzione e contenuti nelle relazioni aziendali e nei report trimestrali evidenzia, in alcuni servizi e per alcune attività, problemi nella qualità dei dati, per la cui soluzione è necessario coinvolgere tali servizi:

- nella definizione delle fasi che riguardano la raccolta e la utilizzazione delle informazioni;
- nella definizione degli standard di qualità basilari e aggiuntivi cui uniformare la raccolta di informazioni.

Le tipologie di problematiche che possono portare ad una cattiva qualità dei dati ed alla loro parziale utilizzazione possono riguardare:

1. Problemi nella scelta delle entità da documentare
2. Problemi nella definizione, registrazione, descrizione e validazione delle entità scelte
3. Problemi nel monitoraggio (quali confronti) e valorizzazione (cosa dicono) dei dati raccolti
4. Problemi nell'utilizzo:
    a. per i fini del Servizio aziendale di controllo di gestione;
    b. per la programmazione e valutazione nel dipartimento e nei servizi stessi;
    c. per la rappresentazione ufficiale delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione

Fig. 1) Attuale flusso dei dati



Partendo da questo ultimo aspetto (problemi nell'utilizzo per la rappresentazione ufficiale delle attività svolte dai servizi del Dipartimento di Prevenzione), dall'analisi di quanto pubblicato nella relazione aziendale per l'anno 2007, la qualità dei dati è stata analizzata a partire da:

1. presenza e qualità dei numeratori (cosa si è fatto);
2. presenza e qualità dei denominatori (che dimensioni ha la "popolazione" su cui si interviene);
3. presenza e qualità di misure che permettano di rapportare in modo sensato attività svolte e popolazione di riferimento (tassi, rapporti, quozienti e percentuali di distribuzione)
4. presenza di trend temporali e andamenti spaziali;

5. presenza dei valori nelle tabelle, con riferimento specifico ai valori mancanti: uno spazio bianco può significare molte cose e non consentire al lettore la corretta interpretazione dei dati.

Le tabb.1, 2 e 3 sintetizzano, sulla base della lettura di quanto riportato nella relazione annuale 2007 della Asl 2, la qualità dei dati che documentano le varie attività del dipartimento:

Tab. 1: qualità delle informazioni per i servizi attivi nella "Tutela igienico sanitaria degli alimenti"

	SA		***IAOA***		***IAPZ***	***IAN***
	Profilassi	*Vigilanza*	*Ispezione*	*Vigilanza*		
Numeratori	+	+	+	+	+-	+
Denominatori	-	-	-+	+	+-	+
N/D	-	-	-+	+-	+-	+
Trend temporali	-	-	-	-	-	+
Confronti spaziali	+	+	+	+	-	+
Valori sempre indicati	+-	+	-	+-	+	+
Sintesi qualità informazioni	***(4-)(3+)***	***(3+)(3-)***	***(4-) (4+)***	***(5+)(3-)***	***(4+)(5-)***	***(5+)***

Tab. 2: qualità delle informazioni nelle sezioni dedicate a ISP, PSAL e NIP

	ISP				***PSAL***			***NIP***
	Vaccini	*Acque consumo umano*	*Controllo piscine*	*Disinf. disinfest. derattizz.*	*Vigilanza attività produtt.*	*Attività anti infort.*	*Verifica collaudo impianti*	
Numeratori	+	+-	+	+	+	+	+	+
Denominatori	+	+	+	-	-+	-	+	-
N/D	+	+-	+-	-	-	-	-	-
Trend temporali	-	-	+	+	-	-	-	-
Confronti spaziali	+	+	+	+	+	+-	-	+
Valori sempre indicati	+	-	-	+	-+	-	+-	+
Sintesi qualità informazioni	***4+;1-***	***4+;4-***	***5+;2-***	***4+;2-***	***4+;4-***	***5-;2+***	***5-;2+***	***3+;3-***

Tab. 3: qualità delle informazioni nelle sezioni dedicate a screening e attività di promozione e educazione alla salute

	Screening			***Informazione, promozione ed educazione alla salute e***		
	Cervice	*Mammella*	*Colon retto*	*Progetti educativi*	*Incontri informativi*	*Formazione*
Numeratori	+	(-)	(-)	+	+	+
Denominatori	+	(-)	(-)	-	-	-
N/D	+	+	+	-	-	-
Trend temporali	+	+	(-)	-	-	-
Confronti spaziali	+	+	+	+	+	+
Valori sempre indicati	+	+	+	+	+	+
Sintesi qualità informazioni	***6+***	***4+***	***3+***	***3+;3-***	***3+;3-***	***3+;3-***

In sintesi la qualità dell'informazione pubblicata è:

- buona per gli screening (soprattutto cervice), le vaccinazioni e le attività dello IAN;
- da migliorare in tutti gli altri casi.

In particolare è diffusa tanto la disaffezione a illustrare l'attività svolta in relazione ai cosiddetti "dati di contesto" o, meglio, a denominatori relativi alle "popolazioni" su cui si interviene, quanto il vezzo di lasciare nelle tabelle spazi bianchi per indicare allo stesso modo assenza di eventi e dati non rilevati. Infine, raramente vengono forniti trend spazio temporali che illustrino chiaramente la relazione tra attività e popolazioni di intervento nei diversi ambiti distrettuali e nel tempo;

L'esperienza inoltre dimostra che la raccolta dei dati viene vissuta dai professionisti:

- come collegata alla attivazione dei meccanismi di incentivazione più che alla utilizzazione a fini di verifica della qualità delle attività svolte dal servizio stesso;
- come un compito noioso e, se possibile, da evitare o procrastinare nel tempo;
- talora come una perdita di tempo in un contesto in cui ci sarebbero cose molto più importanti da fare;
- comunque come un compito meno importante della attività professionale in sè che difficilmente può essere adeguatamente rappresentata sintetizzando in un dato le mille accortezze tenute presenti nelle diverse situazioni operative;
- infine vi è sfiducia sulla capacità di interpretazione dei dati raccolti da parte di professionisti o amministratori estranei al contesto lavorativo sinteticamente rappresentato.

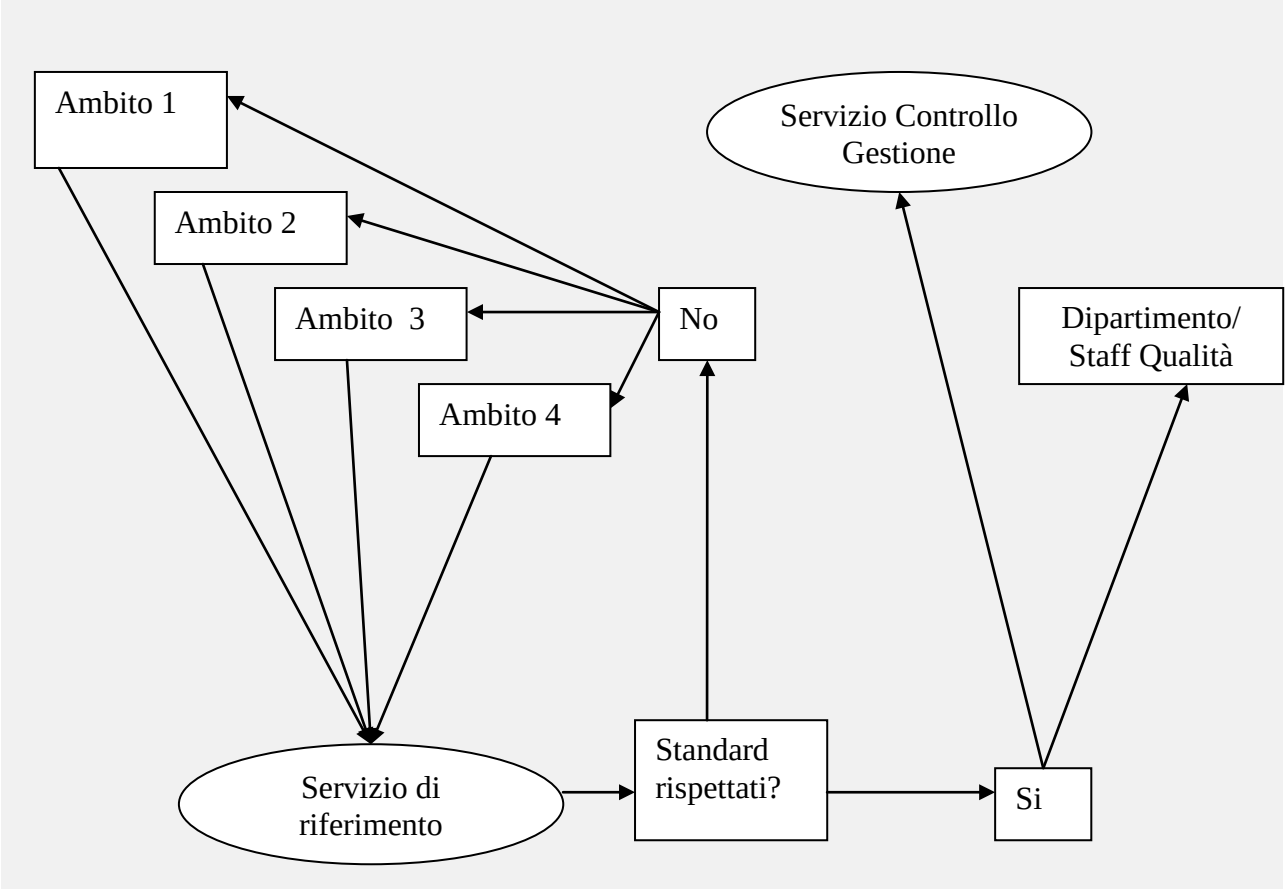
In tale cornice una procedura che voglia specificare compiti, tempi, responsabilità e criteri di qualità nella raccolta di dati di attività di tutto il dipartimento ha pochissime probabilità di essere applicata ove non siano rispettati i criteri di fondo che ispirano il lavoro gestionale negli ambienti professionali: creare senso, coinvolgere nelle scelte ed essere inclusivi, creare le condizioni per far lavorare bene i professionisti.

2) Finalità e campo di applicazione

La presente procedura ha il fine di definire:

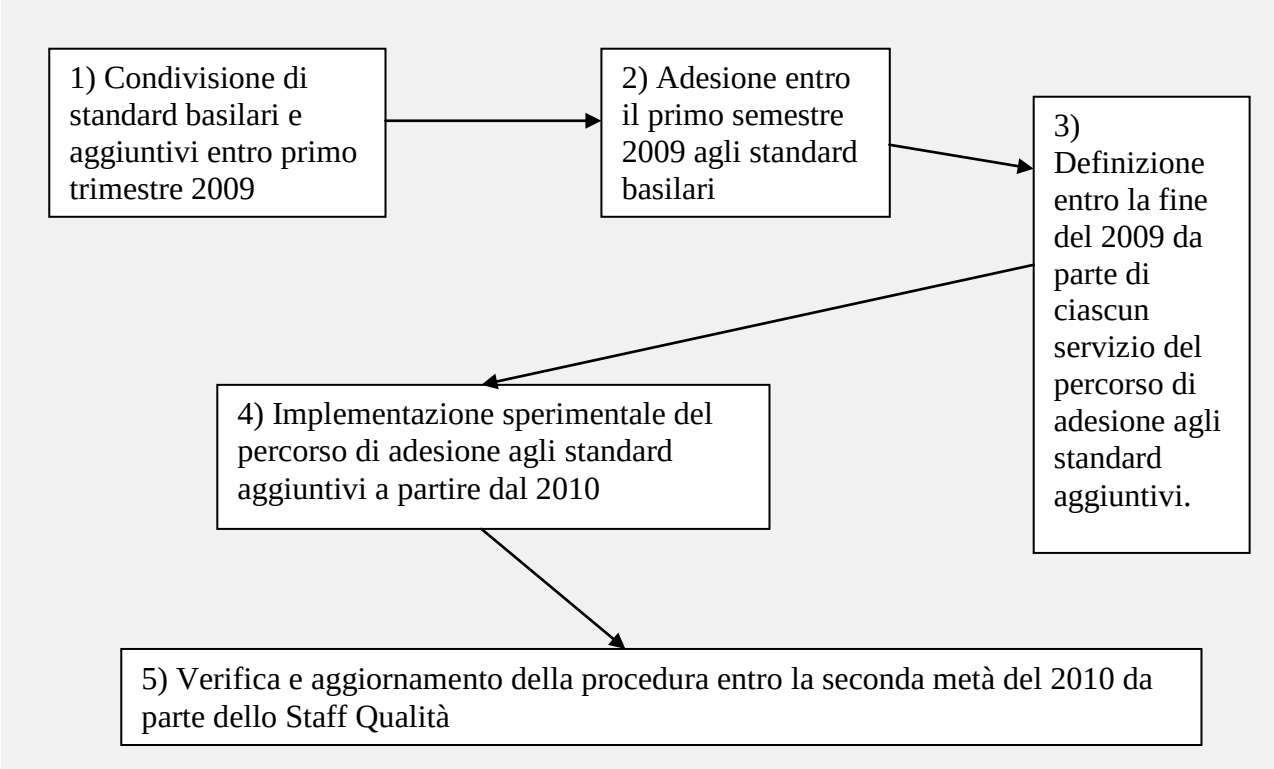
a) la direzione dei flussi informativi e la individuazione dei nodi del sistema informativo secondo quanto indicato nella figura 2);

Fig. 2) Flusso dei dati nel Dipartimento di Prevenzione



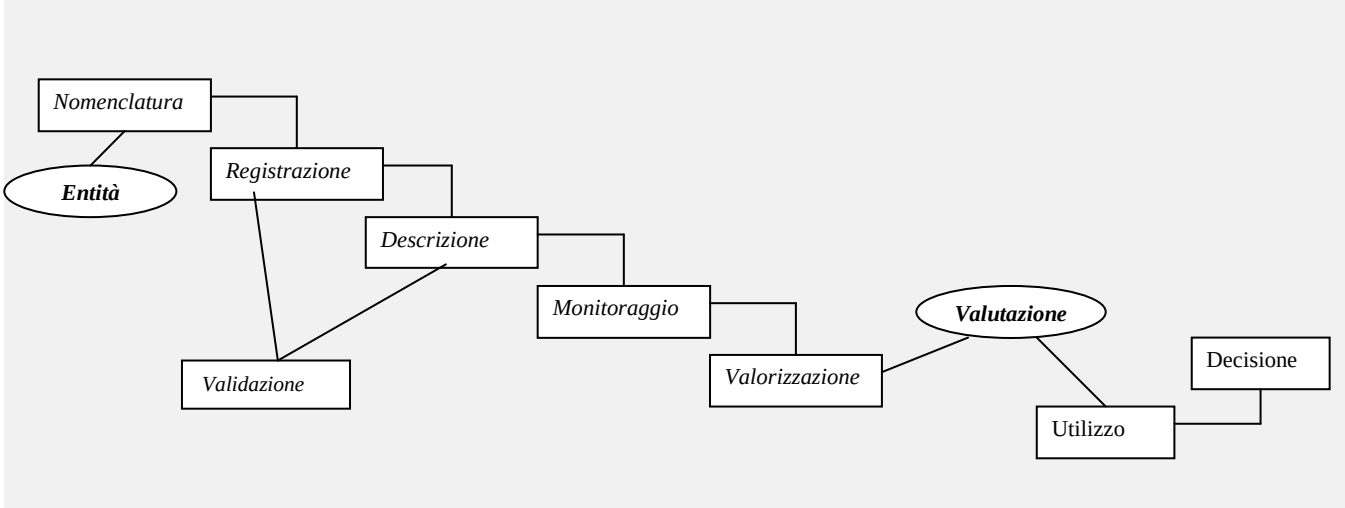
b) il percorso di miglioramento condiviso di qualità da parte di ciascun servizio crescente nel tempo, sulla base di programmi di avvicinamento agli standard basilari e aggiuntivi di seguito definiti.

Fig. 3) percorso di miglioramento condiviso della qualità nelle attività di rilevazione nel Dipartimento.



Il ***campo di applicazione*** della presente procedura riguarda le fasi in cui è opportuno dividere un percorso di registrazione di informazioni a scopi sanitari, come schematizzato nella figura 4.

Fig. 4: fasi della raccolta e utilizzazione delle informazioni in sanità



Di conseguenza, la presente procedura definisce compiti, tempi, responsabilità e criteri di qualità per la raccolta e la utilizzazione delle informazioni del Dipartimento di Prevenzione, in merito a:

1. la scelta delle entità da registrare;
2. la definizione, registrazione, descrizione, monitoraggio e validazione delle entità scelte
3. la valorizzazione (che valore danno – positivo o negativo - a quanto fa il Servizio) dei dati raccolti;
4. l'utilizzo dei dati raccolti :
    a. per la programmazione e valutazione nel dipartimento e nei servizi stessi;
    b. per la rappresentazione ufficiale delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
    c. per i fini del Servizio aziendale di controllo di gestione.

3) Cosa deve essere fatto e come: definizione operativa delle fasi e relativi criteri e standard di riferimento per la auto valutazione di qualità

1)* <u>scelta delle entità da registrare</u>*: consiste nella parcellizzazione di una entità complessa (es.: il servizio "Sanità animale") in alcune sue dimensioni elementari che <u>possono</u> riguardare:

1. attività importanti da svolgere;
2. popolazioni cui vanno riferite tali attività
3. esiti attesi di tali attività

Criteri <u>basilari</u> di qualità:
1.a) aggiornamento periodico della lista sulla base delle evoluzioni della normativa, della situazione epidemiologica e degli obiettivi di budget.
S*td = lista aggiornata almeno una volta nel corso di un anno solare;*

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
1.b) condivisione della lista delle entità importanti da registrare.
Std: almeno il 50% del personale ha condiviso nell'ultimo anno la scelta delle entità da documentare.
1.c) Compresenza nella scelta delle entità dei criteri di:
- frequenza;
std = distribuzione delle attività (e/o popolazioni e/o esiti) su una scala di frequenza discendente e selezione condivisa delle prime cinque (attività – popolazioni o esiti) – o altro valore numerico motivabile e condiviso;
- urgenza;
std = le prime cinque attività (e/o popolazioni e/o esiti) per non differibilità)
- rilevanza rispetto all'assorbimento di risorse;
std = prime cinque attività(e/o popolazioni e/o esiti) che impegnano ogni settimana almeno il 50% del personale.

2) **<u>definizione delle entità da registrare</u>*****: consiste nella assegnazione alle dimensioni elementari scelte di un codice di riferimento, solitamente un "nome", qualora rispondano ad una definizione condivisa***

Criteri <u>basilari</u> di qualità
2.a) presenza di definizioni chiare.
Std = 100% delle entità (attività e/o popolazioni e/o esiti) da rilevare devono essere chiaramente definite a livello aziendale e condivise da chi opera a livello distrettuale.

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
2.b) uso di definizioni basate su codici e nomenclatori che permettano confronti sovra aziendali;
S*td:*
->=50% di definizioni basate su nomenclatori internazionali =ottimale;
->=50% di definizioni basate su nomenclatori nazionali = buono;
->= 50% di definizioni basate su nomenclatori regionali = sufficiente;
2.c) Chiara definizione dell'autorità di riferimento che regola l'aggiornamento delle definizioni
Std =: autorità definita

3) **<u>Registrazione:</u>** ***consiste nella assegnazione di una modalità specifica, qualitativa o quantitativa, ad una entità definita***

Criteri <u>basilari</u> di qualità
3.a) Effettivo svolgimento della registrazione e invio dei dati per posta elettronica.
S*td = entro il 15 del mese successivo ad ogni trimestre.*

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
3.b) Elevata probabilità che chiunque ripeta l'operazione di registrazione la compia registrando la stessa modalità specifica.
Std = k tra due codificatori indipendenti => 0,4 per almeno una delle attività che nell'ultimo anno hanno evidenziato scostamenti tra diversi ambiti distrettuali non giustificabili.

4) **<u>descrizione</u>:** ***consiste nell'arricchimento della registrazione con opportuni denotatori o connotatori (denominatori) capaci di riferire la stessa a un insieme di appartenenza*** o ***"popolazione di riferimento"***[17]. (ad esempio i sopralluoghi nelle aziende rispetto a tutte le aziende o a definite classi di rischio omogeneo delle stesse)

Criteri <u>basilari</u> di qualità
4.a) Popolazioni di riferimento definite e note.
Std: per almeno il 75% delle entità registrate vi è una popolazione di riferimento definita e nota.

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
4.b) indicatori e relativi metodi di calcolo definiti in modo tale da poter confrontare le misure a livello aziendale e per periodi pluriennali .
Std: >=50% degli indicatori usati
4.c) correzione per differenze di strutture demografiche (risk adjustement) necessaria per una giusta interpretazione dei valori degli indicatori.
Std = di almeno il 50% delle popolazioni cui sono rivolte le attività dovrebbe essere nota la stratificazione del rischio.
4.d) Set di indicatori e relativi metodi di calcolo definiti in modo tale da poter confrontare le misure a livello sovra aziendale.
Standard:
- >=50% di indicatori conformi a std internazionali =ottimale;
- >=50% di indicatori conformi a std nazional i= buono;
- >= 50% di indicatori conformi a std regionali = sufficiente;

5) <u>validazione:</u> consiste nella attestazione della veridicità e sufficiente qualità dei dati rilasciata dopo attenta verifica del corretto svolgimento delle fasi di registrazione e di descrizione, da parte del responsabile del servizio.

Criteri <u>basilari</u> di qualità
5.a) effettiva validazione dei dati registrati negli ambiti distrettuali dal responsabile del servizio o da un suo delegato prima della trasmissione a terzi (controllo di gestione, dipartimento, altro).
Std = entro cinque giorni dalla trasmissione da parte degli ambiti distrettuali

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
3.b) Elevata probabilità che chiunque ripeta l'operazione di registrazione la compia registrando la stessa modalità specifica.
Std = k tra due codificatori indipendenti => 0,4 per almeno una delle attività che nell'ultimo anno hanno evidenziato scostamenti tra diversi ambiti distrettuali non giustificabili.

[17] Una **"popolazione di riferimento**" è il complesso delle entità (cittadini, aziende, lavoratori, allevamenti zootecnici, discariche, sorgenti, ecc) cui, nel bacino territoriale di competenza del servizio, può riferirsi l'attività; è **definita** quando può essere descritta operativamente e quantificata; è **nota** quando esiste una fonte informativa accessibile che permette di identificarne ciascuna unità costitutiva; è **raggiungibile** quando il servizio ha le informazioni necessarie per intervenire presso ciascuna delle sue unità costitutive.

6) <u>monitoraggio</u>: consiste nel continuo riferimento di una descrizione ad un predefinito insieme, per coglierne l'omogeneità o la distanza da questo.

Criteri <u>basilari</u> di qualità:
6.a) esistenza di standard di riferimento per gli indicatori misurati.
Std: almeno un terzo degli indicatori misurati viene confrontato con uno standard di riferimento sovra aziendale

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
6.b) priorità agli standard disponibili a livello sovranazionale e nazionale.
Std
- >=50% di std internazionali =ottimale;
- >=50% di std nazionali = buono;
- >= 50% di std regionali = sufficiente;
- >= 50% di std aziendali = insufficiente;
- >=50% di std distrettuali:= insostenibile;
6.c) Standard adottati consensualmente tra cittadini, professionisti e amministratori.
Std = 1 audit semestrale di servizio ed un audit civico annuale

7) <u>valorizzazione</u> : consiste nella assegnazione di un valore all'eventuale scostamento di una descrizione dal suo riferimento.

Criteri <u>basilari</u> di qualità:
7.a) periodica e costante valorizzazione delle misure riguardanti il servizio da parte del dirigente responsabile.
S*td = invio al direttore del dipartimento entro 15 gg dalla validazione dei risultati della valorizzazione effettuata dal responsabile di servizio in merito agli eventuali scostamenti osservati.*

Criteri <u>aggiuntivi</u> di qualità
7.b) Effettiva inclusione degli operatori nella valorizzazione.
Std: almeno un audit semestrale sulla valorizzazione dei dati di attività che coinvolga almeno il 50% degli operatori del servizio
7.c) Effettiva inclusione di esposti e produttori di rischio, seppur con ruoli differenziati, nella valorizzazione dei dati di attività.
Std = un audit civico annuale

8) <u>utilizzo</u>: consiste nelle finalità cui sono destinate misure e valorizzazioni

Criteri <u>basilari</u> di qualità
8a) utilizzo dei dati ai fini del miglioramento condiviso della qualità assistenziale.
S*td = a due scostamenti successivi di una descrizione dal suo riferimento fa seguito la ridefinizione degli obiettivi di attività/ budget del servizio entro il semestre successivo.*
8.b) utilizzo dei dati ai fini del controllo della corretta utilizzazione delle risorse assegnate al servizio.
Std = tempo di consegna effettiva dei dati al SICOGE al'interno dei tempi stabiliti almeno per il 75% delle consegne dovute

4) Tempi e responsabilità per ciascuna fasi

Tab. 4): responsabilità e tempi per le diverse fasi della raccolta di dati

Fasi	***Tempi***	***Responsabilità***			
		Ambito distrettuale	*Servizio aziendale*	*Dipartimento*	*Staff qualità*
1)Revisione/ scelta delle entità da registrare	Entro il 30 novembre di ogni anno	Partecipa	Attiva l'aggiornamento	Valida	Supporta
2) Definizione delle entità da registrare	Entro il 15 dicembre di ogni anno[18]	Partecipa	Attiva l'aggiornamento	Valida	Supporta
3)Registrazione.	Entro il 15 del mese successivo alla scadenza del trimestre	Effettua le registrazioni	Coordina o supplisce se del caso	Verifica	ndr
4)Descrizione:	entro 5 gg successivi alla registrazione ed invio	Partecipa	Realizza	Valida	Supporta se richiesto
5)Monitoraggio	entro 5 gg successivi alla registrazione ed invio	Partecipa	Realizza	Valida	Supporta se richiesto
6)Validazione	entro 5 gg successivi alla registrazione ed invio	Partecipa	Realizza	Conferma	Supporta se richiesto
7)Valorizzazione	Entro 15 gg dalla validazione dei dati	Partecipa	Realizza	Valida	Supporta se richiesto
8)Utilizzo: ***a) revisione qualità attività***	Ogni semestre o almeno annualmente	Partecipa	Realizza	Valida	Supporta se richiesto
b) invio Sicoge	Entro 5 gg dalla validazione	Ndr	Ndr	Effettua	Supporta se richiesto

[18] E comunque non oltre 15 giorni dall'approvazione degli obiettivi di budget da parte della Direzione Aziendale

5) Controlli e registrazioni sulla applicazione della procedura

La procedura proposta è conforme al criterio in base al quale, nelle attività lavorative che richiedono l'esecuzione di compiti complessi occorre investire le poche risorse disponibili nel creare le condizioni per far lavorare bene i professionisti.

Il sistema proposto prevede che, in presenza di una documentabile adesione agli standard basilari, siano i servizi ad essere responsabili tanto della qualità dei registrazioni quanto della loro piena utilizzazione, senza prevedere controlli formali, contando sul fatto che, se i dati pubblicati nella relazione annuale di qualità non documentano bene le attività del Servizio, questo è proprio il primo a non avere interesse a che ciò avvenga

Il Dipartimento, al di là delle note sulle valorizzazioni operate dai servizi in seguito a scostamenti delle descrizioni dagli standard di riferimento, può attivare interventi ad hoc laddove si sia in presenza di mancata adesione agli standard basilari, coinvolgendo sia lo staff qualità che, al bisogno, altri servizi aziendali.

Lo Staff Qualità può, su richiesta dei servizi, supportarne le attività di validazione o fornire analisi della qualità delle registrazioni effettuate.

L'azienda, da parte sua, può osservare la qualità delle registrazioni grazie all'analisi di quanto pubblicato sulla relazione annuale, assumendo come base line la situazione descritta nelle tabelle 1, 2 e 3.

Allegato1: glossario delle definizioni in uso ai fini della registrazione in ciascun servizio di specifiche attività (vedi sezione del Manuale dedicata al Glossario delle definizioni usate dai servizi del Dipartimento di Prevenzione)

Allegato 2: responsabili della registrazione dei dati per servizio e ambito territoriale[19]

Servizi e funzioni dipartimentali	***RESPONSABILITA'*** [20]		
	Sistema informativo del Servizio	*Registrazioni in area aziendale o in più ambiti territoriali*	*Registrazioni in singoli ambiti territoriali*
Sanità animale			
IAOA			
IAPZ			
ISP			
PSAL			
IAN			
Medicina Sport			
Sportello Unico IP			

[19] I nominativi contenuti nella presente tabelle rappresentano incarichi organizzativi e deleghe funzionali relativi alla situazione organizzativa del DIP al 13/1/2008. Ove intervengano nuovi e diversi incarichi si procederà alla modifica e/o alla integrazione dell responsabilità qui definite

[20] Salvo diverse indicazioni le competenze assegnate ai responsabili di servizio e di area territoriale sono quelle definite nella tabella 4 del presente documento

Allegato 3) Griglia per il monitoraggio degli standard da raggiungere nella raccolta dei dati di contesto e di attività nei diversi servizi del DIP

Servizi	***Standard basilari di qualità previsti dalla procedura dipartimentale***							
	Aggiornamento entità	*Definizione entità*	*Data registraz.*	*Almeno 75% di denominatori*	*Validazione nei tempi previsti*	*Almeno 1/3 di std sovraziendali.*	*Valorizzazione nei tempi previsti*	*Responsabili Validazione dati*
ISP								
DDD								
IAN								
PSAL								
Med Sport								
San.Animale								
IAOA								
IAPZ								
NIP Perugino								
Assisano								
MVT								
Trasimeno								

Lettura (esempio):

- Il III trimestre del 2009 vede l'adesione di tutti i servizi del DIP, ai seguenti standard basilari di qualità approvati in sede dipartimentale:
  - ***aggiornamento*** e ***definizione delle entità*** da rilevare;
  - ***disponibilità di denominatori***, con importanti passi avanti in questo campo dello PSAL e l'apertura di un cantiere di lavoro per censire la popolazione che svolge attività sportiva;
  - ***trasmissione entro la data stabilita***
- Sui due standard basilari ancora non rispettati dalla maggioranza dei servizi:
  - *Standard sovra aziendali:* finché non apriamo un confronto regionale non possiamo disporre di tali standard;
  - *Valorizzazione nei tempi previsti:* lo svolgimento di questa funzione va nuovamente discusso a livello dipartimentale.

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.3) "Relazione sulla qualità dell'attività"

Schema tipo

Indice

A) Sintesi sulla qualità dell'attività svolta e proposte per l'anno venturo

B) Allegati

B.1) Grado di realizzazione degli obiettivi di budget nell'ultimo anno di attività.

B.2) Evoluzione delle aree di competenza del servizio in base al Regolamento di Organizzazione
B.1.1) Articolato originario
B.1.2) Documentazione legislativa su eventuali nuove competenze
B.1.3) Proposta di aggiornamento del Regolamento di organizzazione per la parte riguardante le aree di competenza di ciascun servizio

B.3) Valutazioni sulla proporzionalità alle aree di competenza del servizio con gli obiettivi di budget nell'ultimo anno di attività

B.4) Valutazioni sulla qualità dell'ultimo anno di attività
B.4.1) Valutazioni sulle *attività documentabili* per *area di competenza* del servizio:
B.4.1.1) Attività documentate nel rendiconto sul budget
B.4.1.2) Altre informazioni raccolte dal sistema Proxi
B.4.2) Valutazioni sulle *attività svolte* con le *risorse assegnate* per area di competenza B.4.3) Valutazioni su qualità dei sistemi operativi attivati per area di competenza
B.4.4) Valutazioni su esiti raggiunti per area di competenza

B.5) Priorità per la negoziazione di budget per l'anno venturo
B.5.1) Popolazioni di riferimento e principali problemi di salute per area di competenza
B.5.2) Priorità 2009

Dipartimento di Prevenzione

Servizio ……..

A) Sintesi sulla qualità dell'attività svolta nell'ultimo anno di attività e priorità per l'anno venturo

Perugia, gg/mm/aa

A.1) La qualità dell'attività svolta nell'ultimo anno di attività

A.1.1) Sintesi sul grado di realizzazione degli obiettivi di budget *(max 20 righe)*

(Es.: Per l'ultimo anno di attività sono stati negoziati n. x obiettivi, il cui grado di realizzazione è documentato con il dettaglio richiesto nell'allegato B.1.
Gli obiettivi prefissati:

- *sono stati raggiunti completamente in x obiettivi*
- *sono stati raggiunti parzialmente in x obiettivi, principalmente a causa dei seguenti motivi……*
- *non sono stati raggiunti in x obiettivi principalmente a causa dei seguenti motivi……)*

A.1.2) Principali evoluzioni nelle aree di competenza del servizio (RO[21] 2004)
(max 15 righe)

(Es.: Rispetto alle aree di competenza del servizio declinate nel Regolamento di Organizzazione approvato dalla AUSL 2 nel 2004, le evoluzioni nella normativa di settore permettono di affermare che:

- *sono state introdotte le seguenti nuove aree di competenza: ……*
- *sono state ampliate le attività da svolgere all'interno delle aree di competenza già prefigurate nel RO 2004:……*
- *sono state abrogate (o assegnate ad altro servizio) le seguenti aree di attività:……..*
- *le aree di competenza e le relative attività sono sostanzialmente rimaste invariate.*

Per i dettagli vedi l'allegato B. 2).

[21] RO = Regolamento di Organizzazione del 2004 per la AUSL 2 di Perugia

A.1.3) Proporzionalità[22] tra obiettivi di budget per l'ultimo anno di attività e aree di competenza del servizio *(max 15 righe)*

(Es.: Il confronto tra i contenuti al centro degli obiettivi di budget dell'ultimo anno di attività e le aree di competenza cui si riferiscono, permette in sintesi di osservare:

- *che almeno per ogni area di competenza vi era un obiettivo di budget che conteneva almeno 2/3 delle attività previste dalla normativa e svolte dal servizio;*
- *che almeno per ogni area di competenza vi era un obiettivo di budget ma che per x aree, questo non conteneva almeno 2/3 delle attività previste dalla normativa e svolte dal servizio;*
- *che per le seguenti aree di competenza in cui il servizio svolge attività non vi era un corrispondente obiettivo di budget.*

L'analisi dettagliata di questo aspetto è riportata nell'allegato B.3)

A.1.4) Sintesi delle valutazioni sulla qualità dell'attività svolta nell'ultimo anno di attività

(max 20 righe)

a.1.4.1) Qualità delle informazioni raccolte nelle aree di competenza

(Es.: dal confronto tra le attività previste dalla normativa per ogni area di competenza con le informazioni raccolte nell'ultimo anno di attività e per il sistema Proxi (allegato B.4.1), emerge che:

- *le informazioni disponibili documentano in modo sufficiente le attività svolte;*
- *le informazioni disponibili non documentano in modo sufficiente le attività svolte;*
- *vi è la necessità di raccogliere nuove informazioni;*
- *vi è la necessità di rendere meno pesante l'attuale sistema informativo).*

a.1.4.2) Qualità delle attività svolte con le risorse assegnate per area di competenza

(Es.: dal confronto tra le attività svolte con le risorse assegnate in ciascuna area di competenza (allegato B.4.2) emerge che:

- *vi è una sufficiente distribuzione di risorse tra le diverse aree di competenza;*
- *la distribuzione di risorse è sbilanciata a favore di alcune aree di attività per i seguenti motivi: ……;*
- *vi sono aree di competenza dove le attività svolte sono sostanzialmente inferiori a quelle dovute, per carenza di risorse).*

a.1.4.3) Qualità dei sistemi operativi attivati per area di competenza

(Es.: dall'analisi della qualità dei sistemi operativi attivati per area di competenza (allegato B.4.3), emerge che:

- *rispondono allo standard definito dallo staff qualità e sono quindi definibili di buona qualità x sistemi operativi sugli y adottati;*
- *si individuano come priorità per il miglioramento della qualità nell'anno venturo i seguenti sistemi operativi: …….).*

a.1.4.4.) Esiti raggiunti per area di competenza

(Es.: Dall'analisi sugli esiti di salute prodotti dall'attività svolta(allegato B.4.4), emerge che:

[22] La proporzionalità agli obiettivi si esprime in forma di percentuale: "fatte pari a 100 le attività previste dalla normativa nell'area di competenza, è rappresentata dalla % delle stesse contenute nell'obiettivo messo a budget".

- *nel x % delle aree di attività vengono misurati indicatori di esito;*
- *gli esiti misurati depongono per un efficace/ parzialmente efficace/ inefficace intervento del servizio nelle seguenti aree di competenza: …….).*

A.2) Priorità per l'anno venturo

(Es.: Sulla base:

- *di quanto emerso dalle analisi sopra sintetizzate;*
- *delle conoscenze di cui il Servizio dispone*
    - *sulla consistenza delle popolazioni di riferimento;*
    - *sui principali problemi di salute nelle proprie area di competenza;*
- *delle indicazioni per la scelta delle priorità in sanità pubblica proposte dallo Staff qualità del Dipartimento di Prevenzione,*

emergono le seguenti priorità per il budget dell'anno venturo:

1) ……..
2) ……..
3) ……..
4) ……..
n) ……)

B)Allegati

B.1) Stato di raggiungimento degli obiettivi di budget.

(Es: Prima pagina della Scheda di valutazione andamento obiettivi di Budget 1° Semestre 2008

U.O.C Sanità Animale

Obiettivo	Indicatore	Negoziato	0%	100%	Peso	Consuntivo	Stima	%Rag.	% Pesata
Attuare i piani di controllo e sorveglianza delle malattie infettive diffusive degli animali destinati alla riproduzione	1) N. campioni su animali riproduttori segnalati da centri genetici, centro di fecondazione artificiale, stazioni di monta	1.450,0	1.160,0	1.450,0	10,00	1.115,00	sa	100,00	10,00
			Peso obiettivo:		**10,0**	**% raggiung. OBT pesata:**			**10,00**
Attuare i piani di sorveglianza per la malattia vescicolare dei suini e della peste suina classica attraverso una attività di controllo come previsto dalla normativa specifica	1) N. allevamenti suini controllati	70,0	65,0	70,0	10,00	45,00	sa	100,00	10,00
			Peso obiettivo:		**10,0**	**% raggiung. OBT pesata:**			**10,00**
Attuare il piano di monitoraggio sierologico nei confronti della Anemia Infettiva degli equini	1) N. capi equini da controllare	1.100,0	990,0	1.100,0	10,00	1.012,00	sa	100,00	10,00
			Peso obiettivo:		**10,0**	**% raggiung. OBT pesata:**			**10,00**

B.2) Evoluzione delle aree di competenza del servizio in base al Regolamento di Organizzazione 2004

Articolato originario aree di competenza previste nel RO 2004	**Documentazione legislativa su eventuali nuove competenze**			**Nuova formulazione proposta per aggiornare il Regolamento di organizzazione per la parte riguardante le aree di competenza del Servizio**
	Normativa che ha ampliato le attività da svolgere all'interno delle aree di competenza già prefigurate nel RO 2004	*Normativa che ha abrogato (o assegnato ad altro servizio) le seguenti aree di attività*	*Normativa che ha introdotto le seguenti nuove aree di competenza*	

B.3) Obiettivi di budget 2008 e giudizio sulla proporzionalità[23] alle aree di competenza del servizio

Area di competenza RO 2008	**Giudizio sulla proporzionalità tra obiettivo di budget e attività dovute**		
	L'obiettivo di budget conteneva almeno 2/3 delle attività previste dalla normativa e svolte dal servizio;	***L'obiettivo di budget non conteneva almeno 2/3 delle attività previste dalla normativa e svolte dal servizio***	***Non vi era un corrispondente obiettivo di budget***
Totale			

[23] [23] La proporzionalità agli obiettivi si esprime in forma di percentuale: "fatte pari a 100 le attività previste dalla normativa nell'area di competenza, la proporzionalità agli obiettivi è data dalla % delle stesse contenute nell'obiettivo messo a budget

B.4) Valutazioni sulla qualità dell'attività 2008

B.4.1) Qualità delle informazioni raccolte nelle aree di competenza

Aree di competenza ridefinite	**Attività documentate**		**Proporzionalità delle attività documentate rispetto a quelle dovute nell'area di competenza**	**Eventuali priorità o ridondanze nelle informazioni raccolte**
	Budget 2008	**Proxi**		

B.4.2) Valutazioni sulle attività svolte con le risorse assegnate per area di competenza

Aree competenza ridefinite	**Attività documentabili**		**Risorse assegnate (personale)**	**Giudizio sulla relazione tra risorse e attività documentabili**		
	Previste dal budget	**Non a budget ma previste da normativa**		*vi è una sufficiente assegnazione di risorse all'area di competenza (indicare: si; in parte; no)*	*la distribuzione di risorse è sbilanciata a favore della specifica area di attività per i seguenti motivi;*	*nell'area di competenza le attività svolte sono inferiori a quelle dovute(indicare: si; in parte; no)*
Totale						

B.4.3) Valutazioni su qualità dei sistemi operativi attivati per area di competenza

Area di competenza ridefinite	**Sistemi operativi formalizzati**		**Qualità del sistema operativo in base agli standard definiti nel Piano Qualità DIP 2008**[24]	**Sistemi operativi di cui è prioritario verificare la qualità**
	Contenuti in norme e/o disposizioni vigenti	**Elaborati dal servizio**		
Totale			*N. e % di sistemi operativi che rispondono agli standard definiti*	

[24] Vedi tabella pagina successiva

Tabella: sintesi dei percorsi e dei criteri di valutazione[25] della qualità professionale proposti nel Piano qualità 2008

Tipologia interventi	***Dimensioni della qualità professionale***						
	Efficacia	*Sicurezza*	*Coinvolgimento*	*Appropriatezza*			
				Popolazione	*Tempestività*	*Livello operat.*	*Competenza*
Intervento normato	***Assunta a priori***	***Assunta a priori.*** *STOP se L 3*	***OK L 1*** *Se L 2 o 3 programma di rientro*	***Ok se L 1 (ogni sotto dimensione ha livello 1)*** *Programma di rientro se L 2 (Popolazione L 1 + altre L 2)* *STOP se L 3 (Popolazione L 2 o 3 + altre L 2 o 3)*			
Intervento discrezionalmente scelto dal Servizio	*OK L 1* *Rientro L 2* *STOP L3*	*OK L 1* *Rientro L2* *STOP L3*	***OK L 1*** *Se L 2 o 3 programma di rientro*	***Ok se L 1 (ogni sotto dimensione ha livello 1)*** *Programma di rientro se L 2 (Popolazione L 1 + altre L 2)* *STOP se L 3 (Popolazione L 2 o 3 + altre L 2 o 3)*			

[25] L*ivello 1*: evidenza documentata per la specifica dimensione considerata; *livello 2:* evidenza documentata parzialmente per la specifica dimensione considerata; *livello 3*: evidenza mancante per la specifica dimensione considerata. Per una più puntuale definizione dei livelli in relazione alle specifiche dimensioni vedi pp 6-11 del Piano qualità del Dipartimento (http://www.ausl2.umbria.it/resources/OPERATORI/qualita/allegato%20Piano%20MCQ%20DP%202008.pdf).

B.4.4) Valutazioni su esiti raggiunti per area di competenza

Area di competenza ridefinite	**Esiti rilevati e relative valutazioni**		
	Indicatori di esito rilevati	**Proporzionalità alle aree di competenza**	**Giudizio sull'efficacia dell'attività svolta**
Totale:	**(% di aree di competenza in cui vengono rilevati indicatori di esito)**	**(% di aree di competenza in cui gli indicatori di esito riguardano almeno 2/3 delle attività dovute)**	**(% di aree di competenza in cui il mix [esito rilevato + proporzionalità con l'area di competenza] viene valutato positivamente)**

B.5.1) Popolazioni di riferimento e principali problemi di salute per area di competenza al momento attuale

Area di competenza ridefinite	Popolazione di riferimento[26]			Problemi di salute principali ed eventuali priorità epidemiologiche[27] (in neretto)
	Definita	Nota	Raggiungibile	

[26] Una **"popolazione di riferimento**" è il complesso delle entità (cittadini, aziende, lavoratori, allevamenti zootecnici, discariche, sorgenti, ecc) cui, nel bacino territoriale di competenza del servizio, può riferirsi l'attività; è **definita** quando può essere descritta operativamente e quantificata; è **nota** quando esiste una fonte informativa accessibile che permette di identificarne ciascuna unità costitutiva; è **raggiungibile** quando il servizio ha le informazioni necessarie per intervenire presso ciascuna delle sue unità costitutive.

[27] Una **priorità epidemiologica** è un problema di salute che, sulla base di criteri espliciti e riproducibili, assume maggiore rilevanza rispetto ad altri pure documentabili nella popolazione di riferimento del bacino territoriale in cui opera il servizio.

Modulo A – Importanza del problema
Qual è l'importanza di questo problema per la nostra comunità?

Categoria:_____

Problema:_____

Item	***Alta*** ***3 punti***	***Media*** ***2 punti***	***Bassa*** ***1 punti***
1)Stima delle persone a rischio di essere potenzialmente affette dal problema: n. _____ % _____ (di tutta la popolazione del bacino di utenza)			
2) Stima delle persone affette oggi dal problema: n:_____ %:_____ (di tutta la popolazione del bacino di utenza)			
3) Anni di vita potenziale perduta a causa del problema			
4) Severità ("Livello fino al quale il problema limita la capacità personale di vivere come vorrebbe")			
5) Attuale o potenziale onere economico per la nostra comunità			
6)Livello di 'interesse pubblico' ("Minaccia percepita per la comunità")			
7) Capacità della sanità pubblica di prevenire il problema prima della sua insorgenza			
8) Ampiezza del gap tra le risorse attualmente destinate dalla comunità alla soluzione del problema e l'esigenza di intervenire			
9) Criterio locale (specificare:_____			
10) Criterio locale (specificare: _____			
Subtotale			
Totale generale:_____			

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.4) Indicazioni tecniche per scegliere le priorità[28].

Indice

Il processo di scelta della priorità

Fase 1: adottare un definito processo

Fase 2. Selezionare i criteri e definirli

Fase 3: Ponderare e classificare i problemi

Fase 4. Creare la lista delle priorità.

[28] Questo documento è tratto, salvo alcuni adattamenti minori introdotti per le specificità del nostro contesto lavorativo dal Manuale di pianificazione 2004-2007 del Servizio di Sanità pubblica del Minnesota, consultabile sul sito del Minnesota Department of Health http://www.health.state.mn.us/divs/chs/pdf/gdlineprioritize.pdf

Il processo di prioritarizzazione permette di collegare le valutazioni emerse (nella collettività e nel servizio) con il ciclo programmatico; per avere successo, deve essere sistematico, sostenibile ed esplicito. In altre parole, alla fine del processo, i partecipanti devono avere una chiara comprensione:

1. di come l'elenco delle priorità di sanità pubblica è stato sviluppato;
2. del perché ogni problema segnalato è stato incluso o escluso dalla lista finale.

Il processo di scelta della priorità

E' molto probabile che, dopo avere considerato sia il piano tecnico che le indicazioni degli esposti e/o della collettività, l'elenco di problemi di salute che ne risulta risultante sia più lungo delle cose che si possono fare in un solo ciclo programmatico.
Prioritarizzando questo elenco di problemi si può:

- individuare i settori in cui le attività dovrebbero essere concentrate, almeno inizialmente;
- avere conferma della fondatezza delle scelte operate in passato;
- dare forza e trasparenza alla richiesta di risorse aggiuntive;
- mettere a frutto la grande opportunità di coinvolgere esposti, membri della collettività ed operatori del servizio, offerta dalla discussione su quali siano i problemi più critici; nella misura in cui questo avviene, tanto l'accordo sui temi scelti che la comprensione di come si è arrivati a fare queste scelte saranno più solidi.

Fasi da seguire nell' attribuzione delle priorità

1. Adottare un definito processo

2. Selezionare i criteri da utilizzare e definirli

3. Ponderare e classificare i problemi

4. Creare la lista di priorità

Fase 1: adottare un definito processo

Un ben definito approccio alla definizione delle priorità è il primo passaggio importante da fare perché quanto emerge dal processo stesso possa rappresentare una solida base per la fase successiva di pianificazione e di valutazione.

Il primo passo consiste proprio nello stabilire il metodo da usare nel classificare in una scala di priorità un elenco di problemi di salute e o di intervento, emersi nella valutazione della collettività o da analisi interne al Servizio.

Chi dovrebbe essere coinvolto?
E' indispensabile che membri della collettività e delle sue organizzazioni siano coinvolti nel processo di definizione delle priorità e questo non sia basato solo su valutazioni interne al servizio.
Questo offrirà opportunità di cooperazione, esperienze di co-apprendimento e di riflessione critica in cui trarre vantaggio dalla saggezza presente nella collettività: la partecipazione alla discussione di una vasta gamma di membri della collettività contribuirà a far sì che le decisioni siano culturalmente accettabili e più strettamente mirate a soddisfare esigenze specifiche.
E' bene quindi far partecipare sia individui o gruppi che sono esposti direttamente agli effetti determinati dai problemi considerati, sia membri di organizzazioni che lavorano su problemi di salute pubblica, oltre a coloro che hanno eventualmente preso parte alla fase di definizione delle liste di problemi da prioritarizzare, se possibile.
Tale sforzo contribuirà a mantenere la continuità tra le diverse fasi del processo stesso.

Tempo richiesto.
Il tempo necessario per il completamento del processo di definizione delle priorità varia in base al tipo di coinvolgimento scelto, alla completezza delle informazioni disponibili ed alla specificità dei dati raccolti. I partecipanti devono conoscere fin dall'inizio il tempo che verosimilmente dovranno dedicare alla discussione delle priorità. Alcuni tempi possono essere ridotti attraverso una attenta preparazione preliminare del personale che supporta la discussione, delle ricerche sui temi da discutere e dei calcoli richiesti dai criteri oggettivi.

Retroterra dei partecipanti
E' importante essere consapevoli che i partecipanti possono avere diversi livelli di preparazione e di coinvolgimento. Chiedersi se i partecipanti hanno già familiarità con le questioni di sanità pubblica o se questa è la loro prima esperienza può portare alla decisione di dedicare un po' di tempo per omogeneizzare, per quanto possibile, le conoscenze, prima che la discussione sulle priorità cominci.
Forse offrire una sessione ad hoc su "concetti di base in sanità pubblica' potrebbe essere utile se la conoscenza a livello di partecipanti varia notevolmente.

Definire priorità comporta l'uso di alcune classificazioni (di tipo quantitativo o relative alla attribuzione a gruppi/ categorie omogenee del tipo "alto, medio, basso" valore/rischio), che a loro volta comportano processo decisionali di gruppo. Il metodo di classificazione può essere scelto dallo staff del servizio o sviluppato come parte delle attività del gruppo che definisce le priorità. Indipendentemente dal metodo scelto, può essere necessario difendere la scelta e il modo in cui è stata fatta.
Le procedure di selezione ed i criteri dovrebbero essere documentati. Ad esempio, il gruppo potrebbe decidere in che modo le decisioni saranno prese (voto palese, voto segreto, consenso, maggioranza, ecc), o si potrebbe portare una proposta sul metodo da usare per il processo decisionale al tavolo prima che il processo cominci. Formalizzare il processo è particolarmente importante nei casi in cui criteri soggettivi possono influenzare la scelta molto più dei criteri oggettivi.

Fase 2. Selezionare i criteri e definirli

I criteri per prioritarizzare i problemi di sanità pubblica dovrebbe riflettere sia le conoscenze proprie della sanità pubblica che le specificità della collettività. Inoltre i criteri da usare per la classificazione devono essere approvati dai partecipanti e occorre tenere presente che ogni partecipante può dare valori diversi a ciò che è importante.

Criteri oggettivi.
Sono quelli basati su fatti, non su pareri o emozioni. I criteri oggettivi devono essere chiari a tutti e non soggetti a interpretazione individuale. Per esempio, la dichiarazione, 'Il numero di persone effettivamente interessate dal problema,' è obiettivo in quanto può essere osservato, quantificato e verificato.

Criteri soggettivi
I criteri soggettivi riflettono giudizi, esperienze, opinioni, e in alcuni casi, emozioni. I criteri soggettivi sono importanti quanto quelli oggettivi, ma sono più difficili da quantificare e classificare. Anche se tutti sono d'accordo sulle informazioni raccolte, la loro interpretazione potrebbe essere diversa a causa della loro particolare situazione. Ad esempio la frase "la misura in cui il problema limita la capacità della gente di vivere nel modo in cui vuole" è soggettiva perché si basa sulla percezione e sul giudizio piuttosto che su una qualche misura.

Criteri locali.
Riflettono le caratteristiche specifiche della collettività o dei partecipanti al processo di definizione delle priorità. I criteri locali possono essere sia oggettivi che soggettivi. Ad esempio, "Su questo problema c'è un interessamento omogeneo della collettività in tutto il territorio di competenza del servizio?" Il sostegno assegnato e le sfide sostenute per l'informazione rivelano gli standard della collettività e la volontà di impegnare risorse a un particolare problema.

Criteri legati a collaborazioni intersettoriali.
Oltre all'elenco di priorità prodotto su problemi di sanità pubblica che possono essere affrontati all'interno del Servizio, vi è la necessità di individuare uno o due problemi di sanità pubblica ad alta priorità sui quali si vogliono attivare azioni intersettoriali. Oggi, promuovere collaborazioni intersettoriali, partnership e alleanze è più importante che mai per affrontare il crescente numero di complesse questioni di sanità pubblica che si ripercuotono anche all'interno di specifiche competenze settoriali del servizio. Spesso queste priorità possono coinvolgere anche organizzazioni non profit.
I criteri legati a collaborazioni intersettoriali possono essere oggettivi, soggettivi o legati a specificità locali. I relativi criteri potrebbero includere quesiti del tipo: 'Questo problema potrebbe beneficiare della collaborazione tra il nostro servizio ed altri servizi del DIP o con altri soggetti esterni alla sanità? Affrontare questo problema contribuisce a creare volontà positive e buone relazioni con soggetti esterni al servizio la cui collaborazione è particolarmente importante?"

I criteri utilizzati nell'esperienza del Minnesota sono i seguenti:

1. **Stima del numero di persone a rischio in quanto potenzialmente interessate dal problema ('persone a rischio')**

Questo passaggio stima il numero dei membri della collettività che sono a rischio per il problema.
'A rischio' significa che una combinazione di fattori comportamentali, ereditari o ambientali aumenta la probabilità che essi finiranno per fare esperienza del problema.

Questa è solo una stima (vale a dire, non avete bisogno di numeri reali), ma dovrebbe essere basata sulla vostra conoscenza della collettività, dei dati sanitari, dell'epidemiologia e del problema.
Può essere utile pensare in termini di gruppi che sono a rischio e che dimensioni possono raggiungere. Questo ultimo approccio è più concreto e potrebbe portare ad una stima migliore.

2. Stima del numero di persone che sono effettivamente interessate dal problema

Con questo passaggio ci chiediamo quante delle persone potenzialmente a rischio (considerate nel passaggio precedente) sono in questo momento effettivamente interessate dal problema. Il numero stimato sarà probabilmente più piccolo rispetto a quello stimato nel passaggio precedente perché molte persone possono essere a rischio, ma in realtà non soffrono ora effettivamente il problema di salute.
Per esempio: tutte le donne sono a rischio per il tumore della mammella, ma una su nove in questo momento ha la diagnosi di malattia.
Ancora una volta, il processo di rating è una stima, ma deve essere basato su dati di salute e sulla conoscenza di questo problema che hanno sia i tecnici che la collettività. Questo è un modo di porre il problema anche in prospettiva di un futuro lavoro.

3. Morte prematura (potenziali anni di vita perduti, o YPLL)

La morte prematura (di norma definita come la morte prima di 65 anni) è una misura chiave dell'onere sociale ed economico che un problema di salute comporta per la società. Gli Anni di vita potenziale perduti (YPLL) sono la misura che viene usata abitualmente per la morte prematura.
Dato che i tassi di mortalità sono molto più elevati per gli anziani che per i giovani, guardare ai soli dati di mortalità generale può presentare un quadro distorto dei problemi, enfatizzando quei problemi che colpiscono soprattutto gli anziani. L'uso degli "Anni di vita potenziale perduta" bilancia questa distorsione, mettendo in evidenza l'impatto che hanno le morti premature.
Più alto è questo valore, maggiore è l'onere e la perdita economica per la famiglia e la società.

4. Gravità

Un'altra misura che mette in evidenza l'impatto di un problema è la misura in cui il problema limita le capacità delle persone di vivere la vita nel modo che desiderano (vale a dire, 'qualità di vita').
Il problema può richiedere assistenza domiciliare infermieristica, causare disabilità fisiche, impedire alle persone di bere l'acqua dei loro pozzi, o di garantire loro quelle misure preventive senza le quali saranno necessarie cure d'emergenza o mediche.

5. Effettivo o potenziale onere economico per la collettività

Stimare la perdita economica per la collettività e la società può essere un potente argomento per affrontare un problema. Nel valutare gli oneri economici che ne derivano, è bene prendere in considerazione i costi monetari che la collettività dovrà affrontare se il problema non è prevenuto, come ad esempio la perdita di produttività a causa delle morti premature, i costi di assistenza sanitaria, i costi connessi con la fornitura di altri servizi, ecc.

6. **Livello di attenzione pubblica sul problema**

Dato che è il pubblico che, in ultima analisi, finanzia la sanità pubblica, le opinioni della collettività sui problemi di salute devono essere sollecitate e prese in considerazione. D'altro canto, le opinioni del pubblico non devono necessariamente invertire i risultati di un sistematico e razionale processo di pianificazione. Ma la percezione pubblica della gravità del problema non può essere ignorata e deve essere valutata come un criterio per definire la priorità di un problema di salute

7. **Capacità della sanità pubblica di prevenire il problema prima che si verifichi (prevenzione primaria)**

Un problema è evitabile se ha:
- un agente o causa identificabile (biologica, stile di vita, fisica, sociale, ambientale);
- un ospite identificabili (una persona o un gruppo di persone che ne sono infette o portatrici);

mezzi efficaci per spezzare il legame tra la causa e l'ospite.
La prevenzione primaria delle malattie e disabilità è quello che caratterizza la sanità pubblica e la distingue dall'assistenza sanitaria. In termini di scelta delle priorità:
- problemi che possono essere prevenuti dovrebbero avere la priorità rispetto a quelli che non possono essere evitati;
- problemi che possono essere prevenuti attraverso strategie basate su interventi sistemici o rivolti alla comunità dovrebbero avere la priorità rispetto a quelli basati su interventi rivolti all'individuo.

Per affrontare adeguatamente il problema della prevenibilità può essere utile valutare le strategie di sanità pubblica disponibili per affrontare il problema, concentrandosi sulla domanda: *'Che cosa può fare la sanità pubblica per affrontare questo problema?'* e prendendo in considerazione le strategie di sanità pubblica disponibili che possono prevenire o ridurre i problemi emersi dalla valutazione comunitaria.
Lo scopo è quello di determinare la gamma di opzioni disponibili per ridurre o eliminare il problema[29] [30].
Un foglio di lavoro come quello qui sotto presentato può aiutare ad offrire un 'colpo d'occhio' panoramico sul numero e sul tipo delle strategie disponibili per affrontare un problema particolare, esaminando esamina le strategie in relazione sia ai tre livelli di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, sia ai tre livelli di intervento:
- singoli;
- collettività;
- sistemico.

[29] Una risorsa per questa fase è il documento "Le strategie di sanità pubblica: un compendio di idee, esperienze e ricerca proposte dai professionisti in Sanità pubblica del Minnesota". Questo documento fornisce descrizioni su strategie disponibili in diverse aree di intervento della sanità pubblica, documenta e valida le attuali prove di efficacia delle strategie, e, nella misura del possibile, individua i principali partner per azioni intersettoriali nel raggiungimento di obiettivi di salute pubblica. Le informazioni sono organizzate per categoria, con notizie sulle esperienze del passato, risorse su temi pertinenti, e un glossario di termini per ciascuna categoria. Utilizzare il presente documento nel corso di questa fase contribuirà alla qualità del processo di definizione delle priorità.
[30] La nostra AUSL mette disposizione la banca dati Dynamed dove sono aggiornate le evidenze di efficacia per un numero molto grande di tematiche, tra cui alcune relative alla prevenzione. Sono inoltre attivabili tramite il sito aziendale molti link con le più prestigiose banche dati.

Foglio di lavoro ***Strategie di sanità pubblica: Cosa possiamo fare per risolvere questo problema?***			
Categoria: _____			
Problema: _____			
	Prevenzione primaria	***Prevenzione secondaria***	***Prevenzione terziaria***
Strategie basate su interventi rivolti all'individuo			
Strategie basate su interventi di collettività			
Strategie basate su interventi sistemici			

Questo foglio di lavoro è prezioso in quanto:
- prova che la completa gamma di possibilità messe a disposizione dalla sanità pubblica è stata considerata;
- garantisce che nel nostro dipartimento l'accento sia posto sulla prevenzione primaria tramite strategie comunitarie.

Le seguenti domande vanno tenute in considerazione per una sua corretta utilizzazione [31]:

1. Vi sono strategie di sanità pubblica disponibili per affrontare il problema?
Avere molte strategie a disposizione aumenta la possibilità per l'identificazione di una strategia idonea a soddisfare le esigenze ed i punti di forza della vostra collettività.

2. Le strategie danno risalto alla prevenzione del problema?

[31] La strategia collega le informazioni emerse nella vostra valutazione all'obiettivo su cui stai lavorando?
Si tratta di un passo logico verso l'obiettivo che si desidera raggiungere?
Avete le risorse (personale, tempo, capacità, interessi, ecc) per attuare questa strategia?
C'è qualcun altro nella collettività che già sta lavorando su questo?
Che cosa rappresenterebbe il maggior successo per la vostra agenzia: attuarla da soli, essere il leader / coordinatore di questa strategia o stimolare l'azione / leadership nella collettività?
Quale è la probabilità che la strategia potrebbe essere attuata senza la vostra azione?
La vostra collettività é pronta per questa strategia?
Se si tratta di un proseguimento della strategia, si sono valutati i risultati ottenuti fino ad ora?
Questa strategia sottolinea il ruolo della prevenzione primaria e di dispositivi per il coinvolgimento della collettività?

Le strategie di prevenzione si focalizzano sulla prevenzione della malattia prima che si verifichi per fermare la causa del problema.

3. Vi sono strategie disponibili per interventi rivolti al singolo individuo, alla collettività ed al livello sistemico?
Strategie che intervengono a diversi livelli di solito comportano un maggiore e più duraturo cambiamento.

4. C'è una qualche evidenza che le strategie siano efficaci?
Se una strategia ha successo, ciò dipende dal fatto che è stata capace di produrre i risultati auspicati. Dati sulla efficacia di una strategia, basati sulla ricerca, sono presentati nel documento già citato 'Strategie per la sanità pubblica'

8. La dimensione del divario esistente tra le risorse comunitarie attualmente dedicate ad affrontare il problema e le necessità reali.

Nel definire il problema, voi avete già identificato le risorse della collettività che stanno lavorando per affrontare ogni problema in qualche modo. Guardate questa lista e considerare se ci sono ancora degli aspetti del problema che non sono state affrontati, e quanto sono significativi. È possibile scoprire, ad esempio, che le barriere alle cure sanitarie (ad esempio, trasporto) sono state affrontate da organizzazioni non-profit comunitarie. O potreste scoprire che mentre un certo numero di gruppi stanno lavorando per fare fronte alle violenze domestiche, nessuno sta lavorando sulla riduzione dei comportamenti violenti nelle scuole.

9 e 10. Criteri locali e legati alla intersettorialità

Ulteriori criteri sono inclusi qui per consentire a ciascun componente del gruppo di lavoro di tenere conto di criteri di valutazione specifici per le loro collettività.

Fase 3: Ponderare e classificare i problemi

Per "ponderare e classificare i problemi" è bene specificare la metodologia attraverso cui realizzare i due passaggi di cui si compone questa fase:

3.1) Assegnare un valore quantitativo o qualitativo a ciascun criterio
3.2) *Fare il totale dei punteggi*

I passaggio (della fase 3): come assegnare un valore a ciascun criterio con cui viene valutato ciascuno dei problemi presenti nella nostra lista iniziale?

Per iniziare a definire le priorità è quindi necessario, per ciascuno dei 10 criteri sopra individuati dare una valutazione quantitativa (punteggio) o qualitativa (in termini di priorità alta, media e bassa) del loro peso quando applicati ad un problema specifico di cui si è deciso di definire il livello di priorità.

Questo significa avere precise indicazioni metodologiche per attribuire valutazioni qualitative o quantitative più univoche possibile[32].

La metodologia di valutazione riportata di seguito è solo una delle opzioni possibili. In teoria ognuno può sviluppare il proprio sistema o metodo per definire le priorità, basta che sia bilanciato, esplicito e condiviso.
I seguenti sono quindi solo dei suggerimenti per realizzare nel modo più corretto possibile questo delicato passaggio.

Per il criterio 1 (potenziale popolazione interessata):

- Se il numero di persone potenzialmente a rischio coincide con gran parte della vostra popolazione totale, segnare 'ALTA ' o inserire un '3' nella medesima colonna[33]
- Se il numero di persone potenzialmente a rischio è una parte modesta della popolazione totale, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna
- Se il numero di persone potenzialmente a rischio coincide con una piccola parte del totale della popolazione, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: Qual è il numero di persone a rischio di malattie dentali? I problemi di salute dentale sono tra i più diffusi problemi di salute in Italia. Tutti gli italiani sono a rischio di malattie dentali, ma problemi specifici tendono a variare all'interno dei diversi gruppi di popolazione. Ad esempio, la carie nella prima infanzia è una condizione che interessa alcuni neonati e bambini, così come la carie nei denti permanenti è un problema che riguarda alcuni bambini ed adolescenti, mentre carie dentali e malattie periodontali sono le due più diffuse condizioni cliniche nella popolazione adulta e moltissimi anziani devono affrontare questioni legate all'uso di protesi di qualità.

---

[32] Anche se qui vengono fornite indicazioni per dare un punteggio e creare graduatorie dei problemi di salute, occorre tenere presente che si tratta di una attività che è, per la maggior parte, arte e non scienza.
Durante l'assegnazione dei punteggi –e anche dopo – occorre mantenere attive le funzioni cognitive e la capacità di critica.
Se qualcosa non ha senso, assumete un altro punto di vista!
Potrebbe essere necessario modificare i criteri per arrivare ad una maggiore adesione con la realtà in cui si opera. Ad esempio, se la quasi totalità delle persone a rischio per un problema particolare è colpita da esso, ma solo un paio di persone sono a rischio, questo dovrà essere classificato con una priorità "alta" nella vostra collettività?

[33] Le scale di valutazione non vanno mescolate tra di loro: utilizzare ALTA, MEDIA o BASSA o utilizzare 3, 2, 1, in modo coerente. Se mischiate le scale non sarà possibile calcolare il totale alla fine!

Per il criterio 2 (popolazione effettivamente interessata):

- Se la quasi totalità delle persone a rischio è effettivamente interessata da questo problema, segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella relativa colonna.
- Se circa la metà delle persone a rischio sono effettivamente interessate, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella relativa colonna.
- Se relativamente poche delle persone a rischio sono effettivamente interessate, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella relativa colonna.

Esempio: Qual è il numero di persone a rischio di malattie dentali che sono effettivamente interessate dal problema? Carie dentale è forse la più diffusa malattia conosciuta. Mentre i dati relativi all'incidenza ed alla prevalenza di malattie dentali nella popolazione possono mancare, sono disponibili dati sulla percentuale di adulti con almeno una visita annuale dal dentista e sugli impianti di ortodonzia nei bambini, finanziati con i LEA. Può essere possibile raccogliere informazioni sulla prevalenza della malattia dentale dai dentisti e da altri operatori del settore.

Per il criterio 3 (YPLL):

- Se il problema porta a molte morti premature nella vostra collettività, segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella medesima colonna.
- Se si crea un modesto numero di morti premature, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna.
- Se si determinano poche o nessuna morte prematura, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: Quanti anni di vita potenziale è perduta a causa di malattie dentali? Raramente malattie dentali causano morte prematura, ma predispongono allo sviluppo di alcune malattie cronico degenerative.

Per il criterio 4 (gravità):

- Se il problema limita severamente le scelte di vita, segnare 'ALTA' o inserire un '3 ' nella medesima colonna.
- Se il problema limita moderatamente le scelte di vita, segnare 'MEDIA' o inserire un '2 ' nella medesima colonna.
- Se il problema limita leggermente o non limita le scelte di vita, segnare “BASSA” o inserire un “1” nella medesima colonna.

Es.: Che contributo danno le malattie dentali nel limitare la qualità della vita? Le malattia dentali colpiscono in maniera significativa la qualità della vita, in particolare per quelle persone che non hanno accesso ai servizi dentali. In aggiunta al dolore associato a malattie dentali non trattate, esse possono influenzare la capacità di masticare e mangiare e, in ultima analisi, incidono sullo stato nutrizionale, che può contribuire ad aggravare condizioni di salute già esistenti; casi gravi possono influenzare la capacità di parlare, ma possono influenzare l’aspetto di una persona al punto da creare un problema psicosociale.

Per il criterio 5 (onere economico):

- Se l'onere economico comportato da questo problema è elevato (ad esempio comporta spese che assorbono gran parte della reddito medio o causa assenteismo lavorativo o scolastico frequente), segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella medesima colonna
- Se l'onere economico è moderato (ad esempio comporta spese che assorbono una parte non trascurabile del reddito medio o causa occasionalmente assenteismo lavorativo o scolastico) segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna.
- Se l'onere economico è basso (ad esempio comporta spese che assorbono una parte comunque piccola del reddito medio o causa assenteismo lavorativo o scolastico raramente), segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: Qual è l'onere economico per la collettività? Malattie dentali non trattate causano perdita di giorni di lavoro e di scuola, così come causa spese mediche più elevate la mancata applicazione di misure preventive. La totale o parziale mancanza di denti può richiedere complessi e costosi trattamenti medici, particolarmente negli anziani.

Per il criterio 6 (interessamento del pubblico al problema):

- Se le rilevazioni[34] sul livello di interesse del pubblico per il problema indicano che questo è valutato come grave e richiedente un'azione immediata, segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella medesima colonna.
- Se le rilevazioni indicano che la preoccupazione del pubblico è moderata e non si ritiene urgente un intervento, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna.
- Se le rilevazioni indicano che la preoccupazione del pubblico è ad un basso livello con poco o nessun senso di urgenza, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: Quanto è coinvolta/ interessata la collettività su questo problema? Questo, ovviamente, varia da collettività a collettività. Una carenza di dentisti e un accesso limitato ai servizi odontoiatrici in una collettività può causare interesse pubblico.

Per il criterio 7 (prevenibilità):

- Se il problema può essere prevenuto prima che si verifichi attraverso strategie sistemiche o rivolte alla collettività, segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella medesima colonna.
- Se il problema può essere prevenuto attraverso interventi su singoli o non può essere prevenuto ma rilevato precocemente e fermato, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna.
- Se il problema non può essere prevenuto né può essere rilevato prima che causi un danno alla salute, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: il problema è prevenibile? Alcune tra le più efficaci strategie di prevenzione primaria in materia di sanità pubblica sono quelle che prevengono le malattie dentali. Questo è molto importante perché la carie dentali sono irreversibili e cumulative. Coloro che si limitano solamente a curarle non vanno molto lontano. Fluorizzazione delle acque di acquedotti pubblici, uso di servizi di prevenzione e appropriata igiene orale, si sono dimostrate efficaci strategie.

Per il criterio 8 (divario nell'assegnazione di risorse comunitarie):

- Se nessuna o poche altre risorse comunitarie stanno affrontando questo problema e di conseguenza il 'divario' è grande, segnare 'ALTA' o inserire un '3' nella medesima colonna.
- Se alcune risorse comunitarie stanno affrontando questo problema in una certa misura (ma non completamente), o se vi sono altri gruppi di destinatari che non sono coperti dagli attuali sforzi, segnare 'MEDIA' o inserire un '2' nella medesima colonna.
- Se il problema viene affrontato da molte altre risorse comunitarie, in modo che il 'divario' è piccolo, segnare 'BASSA' o inserire un '1' nella medesima colonna.

Esempio: Esiste un divario tra le risorse comunitarie attualmente destinate per affrontare il problema e le effettive necessità? Gli elevati costi di cure odontoiatriche, la mancanza di copertura da parte degli attuali livelli essenziali di assistenza sono solo alcuni dei fattori che contribuiscono al divario esistente tra la necessità e le risorse disponibili per le malattie dentali in molte collettività.

Per criteri 9 e 10 (criteri basati su fattori locali):

---

[34] Di norma le rilevazioni di cui si parla possono consistere in interviste a testimoni chiave, gruppi di ascolto o indagini campionarie. Su questi aspetti vedi il testo "North Carolina Public Assessment Process" edito da: Office of Healthy Carolinians/Health Education and the State Center for Health Statistics North Carolina Department of Health and Human Services, February 2002, consultabile su. www.healthycarolinians.org; www.schs.state.nc.us;

Si deve sviluppare un proprio protocollo per assegnare una valore / voto ai fattori locali.

Foglio di lavoro su cui realizzare la fase 3

Può essere utile disporre di uno strumento[35] (Foglio di lavoro su "Importanza del problema) finalizzato a pesare l'importanza di uno specifico problema, in cui trovano sintesi:

- il percorso suggerito per attribuire un valore ad un dato problema di salute e di intervento per rispondere alla domanda: "Qual è l'importanza di questo problema per la nostra collettività?";
- ciascuno dei criteri di sostegno alla decisione, che viene ordinato secondo la scala "alto, medio o basso" in modo che ciascuna determinazione corrisponda ad un punteggio assegnato, concorrendo così a determinare il punteggio totale e la priorità assegnata a quel particolare problema.

I punteggi o voti contribuiscono a stabilire le priorità a partire dalla lista di problemi / questioni, che è a sua volta la base per lo sviluppo di un programma di attività inserito in un percorso di MCQ.
Ciascun criterio è correlato ad un punteggio e l'intero foglio di lavoro produce una somma che quantifica l'importanza del problema considerato.

Questo foglio di lavoro fornisce una grande opportunità per lavorare con gruppi di consultazione ottenendo un accordo su importanti problemi presenti nella collettività.

Tuttavia, gli staff dipartimentali o aziendali dovrebbero fare il lavoro di preparazione di questo processo, come ad esempio preparare stime, calcolare i potenziali anni di vita persi o il potenziale onere economico, riassumere le preoccupazioni della collettività così come l'elenco delle risorse di cui questa dispone (tutti aspetti che sono parte più generale del processo di valutazione ma che qui assumono un valore specifico).

Sulla base di questo lavoro preparatorio, il gruppo di lavoro viene messo in grado di concentrare i propri sforzi sulla valutazione e classificazione del livello di priorità.

[35] Non è strettamente necessario che questo modulo sia proprio quello da usare. Altri formati sono accettabili, purché diano risposta alle tipologia di domande qui ritenute fondamentali e comprendano informazioni di analoga tipologia e qualità. Si potrebbe, ad esempio, classificare ogni problema esaminato come di alta, media o bassa importanza sulla base di una panoramica dei criteri. Tuttavia, mentre assegnare punteggi ad ogni problema sulla base di criteri espliciti può sembrare noioso, risulta essere non di meno il metodo migliore per cercare di restare su un livello il più possibile oggettivo, perché altri approcci al processo di definizione delle priorità potrebbero portare a giudizi più soggettivi.

Foglio di lavoro su: Importanza del problema
Qual è l'importanza di questo problema per la nostra collettività?

Categoria:_____

Problema:_____

Item	***Alta*** ***3 punti***	***Media*** ***2 punti***	***Bassa*** ***1 punti***
1) Stima delle persone a rischio di essere potenzialmente affette dal problema: n. _____ % _____ (di tutta la popolazione del bacino di utenza)			
2) Stima delle persone affette oggi dal problema: n:_____ %:_____ (di tutta la popolazione del bacino di utenza)			
3) Anni di vita potenziale perduta a causa del problema			
4) Severità (misura di qualità della vita:"Livello fino al quale il problema limita la capacità personale di vivere come si vuole")			
5) Attuale o potenziale onere economico per la nostra collettività			
6) Livello di 'interesse pubblico' (minaccia percepita per la collettività)			
7) Capacità della sanità pubblica di prevenire il problema prima della sua insorgenza			
8) Ampiezza del gap tra le risorse attualmente destinate dalla collettività alla soluzione del problema e l'esigenza di intervenire			
9) Criterio locale (specificare:_____			
10) Criterio locale (specificare: _____			
Subtotale			
Totale generale:_____			

II passaggio (della fase 3): "Fare il totale dei punteggi"

Ogni criterio di valutazione dovrebbe ora disporre di un punteggio, sia esso espresso tramite un voto tipo 'ALTA', 'MEDIA' o 'BASSA' priorità o un valore numerico pari ad 1, 2, o 3.
Fare la somma di quante volte la priorità 'ALTA' o il valore '3' è stato assegnato nella colonna "ALTA" e immettere il totale su 'Totale parziale' nella parte inferiore della medesima colonna.
Ripetere la medesima operazione per le colonne MEDIA e BASSA.
Elencare quindi i problemi che hanno più punteggi di ALTA priorità, quelli che ne hanno più di MEDIA priorità e infine quelli che ne hanno più di BASSA priorità.
Infine è necessario confrontare e discutere ogni gruppo di problemi ad alto, medio e basso punteggio per determinare l'importanza relativa di ogni problema.

Per i calcoli numerici, aggiungere tutti e tre i totali parziali e fare la somma nella casella 'Indice di importanza totale del problema'.
Avete così ottenuto un punteggio per ciascuno dei problemi individuati nella vostra valutazione comunitaria.
Ora si tratta di confrontare e discutere ogni problema, a cominciare da quelli con il più alto punteggio.

Attenzione! La classifica numerica così ottenuta è un punto di partenza per la discussione. Questa non è una scienza esatta, per cui non può essere assunto che un problema con un punteggio di 30 è due volte più importante di un problema con un punteggio di 15!

Fase 4. Creare la lista delle priorità.

E' importante avere 'qualcosa da mostrare' per il personale che partecipa ai lavori di definizione delle priorità.
Quelle che seguono sono due opzioni per documentare i risultati del processo di definizione delle priorità.
Qualsiasi opzione scegliate, assicuratevi di indicare anche quali sono i problemi (è bene che non siano più di uno e due in tutto) che si sono identificati come priorità per le azioni intersettoriali.

a) Lista con punteggio/graduatoria dei problemi.

Il più semplice prodotto di questo processo è un elenco, in ordine di priorità, di tutti i pubblici problemi di salute identificati nella valutazione condivisa, con i più importanti problemi elencati per primi.
Ricordate di indicare che uno o due problemi sono di alta priorità per motivi di collaborazione intersettoriale.

Vantaggi: E' bello poter dire che 'questi sono i cinque grandi problemi di salute pubblica' presenti nella collettività.

Svantaggi: è possibile che si sia scelto di non classificare i problemi in modo tale da attribuire loro una classifica precisa. Inoltre, elencare tutti i problemi individuati potrebbe, dato che alcuni sono stati classificati a bassa priorità, far rimettere in discussione la lista.

b) Lista per gruppi di problemi

L'elenco indica la priorità, ma invece di una classificazione numerica, i problemi sono raggruppati in base ai livelli di priorità 'alto, medio, e basso'.
Ad esempio, si possono avere tre problemi nel gruppo ad 'alta priorità', due in quello a media priorità e sei nella 'bassa priorità'.
Se si sceglie questo metodo, anche in questo caso assicurarsi di includere uno o due ulteriori problemi per le azioni intersettoriali nel gruppo ad alta priorità.

Vantaggi: Permette di evitare la difficoltà di determinare quale sia la reale differenza tra la priorità è una scala di classificazione (ad esempio, come tra la classifica di 24 e un 23.)

Svantaggi: Il 'cluster' è un approccio più concettuale che non può soddisfare completamente quei responsabili politici che vogliono sapere quale problema è 'della massima priorità.'

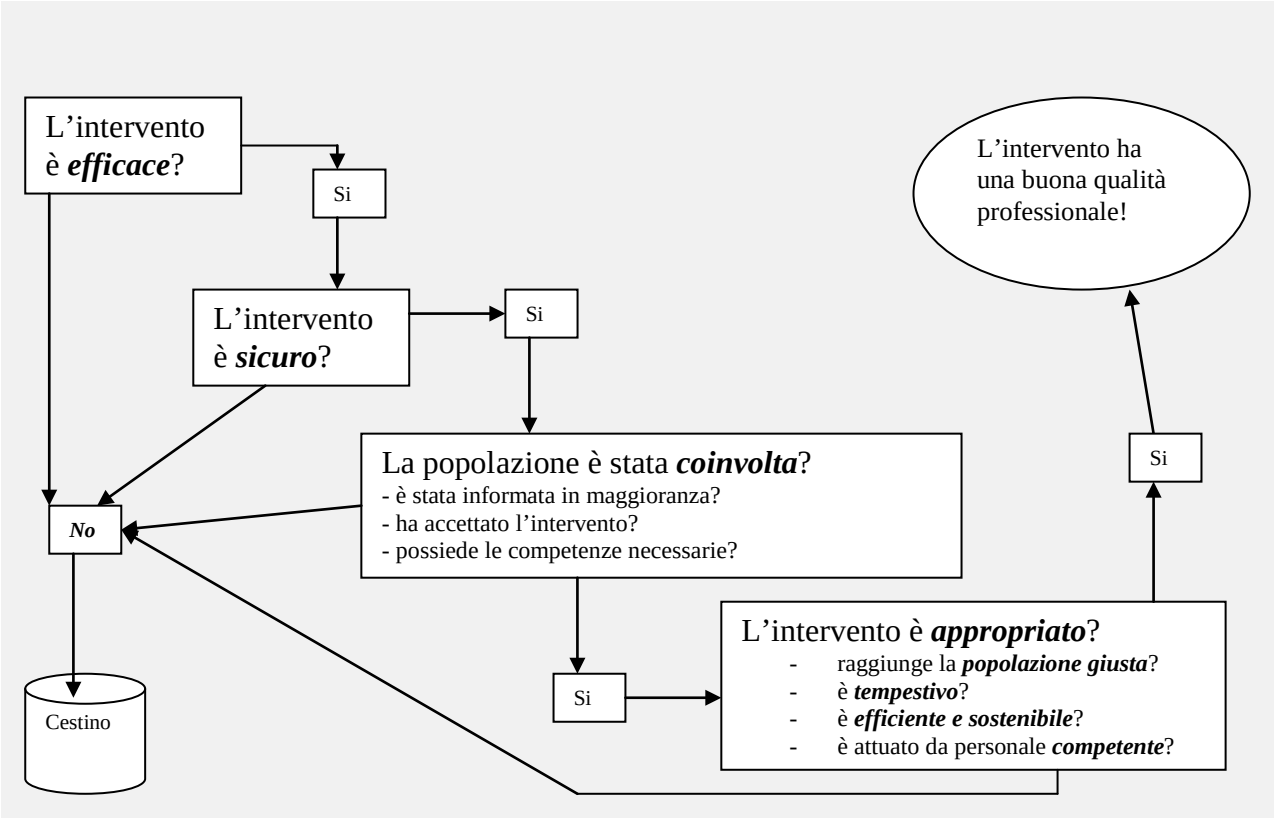
E' meglio pertanto allegare un breve commento alla presentazione delle liste di priorità, per mettere in chiaro che l'elenco di priorità illustra come verranno utilizzate queste liste di problemi prioritari (ad esempio, se verranno utilizzate per finanziare interventi o semplicemente per accrescere la consapevolezza tra i partner comunitari).

Dipartimento di prevenzione
Staff Qualità
Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione versione 0

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.5) Procedura per il controllo della qualità dei documenti di procedura e di altri documenti di servizio

(Procedura madre)



1. Scopo

La presente procedura stabilisce le modalità necessarie per:
a) redigere i documenti di procedura *garantendone la conformità:*
a.1) a requisiti logico - formali;
a.2) a standard di qualità per le dimensioni importanti nell'ottica della sanità pubblica.
b) approvare i documenti di procedura prima della loro emissione
c) riesaminare, aggiornare (quando necessario) e riapprovare i documenti stessi
d) assicurare che siano identificabili la configurazione e lo stato di revisione corrente dei documenti di procedura
e) assicurare che i documenti di procedura abbiano una distribuzione controllata e siano disponibili sui luoghi di utilizzazione
f) approvare, riesaminare e aggiornare documenti con caratteristiche diverse da quelle delle procedure (e successivamente descritte al punto 4.1), qui denominati "documenti di servizio"; assicurare che la configurazione e lo stato di revisione degli stessi sia identificabile, che abbiano una distribuzione controllata e siano disponibili sui luoghi di utilizzazione.

2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutti i documenti di procedura del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione e ad altra tipologia di documenti relativi allo svolgimento delle attività del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione (es: linee guida, protocolli, istruzioni operative'...).

3. Riferimenti e definizioni

3.1) Riferimenti

In relazione a quanto definito nel punto 1.a "Scopo", costituiscono riferimenti di questa procedura:

3.1.1) per quanto riguarda la conformità ai requisiti logico - formali;
a) UNI EN ISO 9001:2000 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti".
- punto 4.2.3 "Tenuta sotto controllo dei documenti"

b) UNI EN ISO 9000 :2000 "Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia"
- punto 3.4.5 ***PROCEDURA***: modo specificato per svolgere un'attività o un processo[36][37]

c) II° MANUALE ACCREDITAMENTO del DIPARTIMENTO e dei SERVIZI DI PREVENZIONE; 2" Sezione - Area 5. Procedure.
A cura di : F. Di Stanislao e G. Renga ; Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Torino, settembre 1996 (All.a)

d) L. R. 17/7/96,n.26 - REQUISITI PER LA GARANZIA ED IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE. Regione Marche .

[36] Le procedure possono essere documentate, oppure no.
[37] Quando una procedura è documentata, si adotta spesso l'espressione "procedura scritta" o "procedura documentata". Il documento che contiene una procedura può essere chiamato **"documento di procedura"**

Deliberazione della Giunta Regionale n.17L MA/SAN de|01,10217999. Bollettino ufficiale della Regione Marche del 26/02/1999 (All.b)

3.1.2) Per quanto riguarda la qualità dal punto di vista della sanità pubblica il Piano qualità 2009 del Dipartimento di Prevenzione, consultabile su:
http://www.ausl2.umbria.it/resources/OPERATORI/qualita/allegato%20Piano%20MCQ%20DIP%202008.pdf.

3.2) Definizioni

"Documenti di Servizio" . Vengono qui convenzionalmente indicati come Documenti di Servizio tutti gli elaborati del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione che, come le procedure, specificano un modo per svolgere attività o gestire processi ma che per la loro natura (linee guida, liste di controllo, protocolli, istruzioni operative, interpretazioni applicative di norme...) non possiedono le caratteristiche di cui al punto 4.1.

"Efficacia"*: capacità di produrre l'abbattimento di un fattore di rischio o la adozione/ messa in pratica di un fattore di benessere)*[38] *come conseguenza dell'applicazione di un intervento o di un programma preventivo (o promozionale).*
"Sicurezza": *la capacità di abbattere - o di ottenere la massima riduzione possibile - dei danni alla salute dei cittadini causati dall'applicazione di un intervento di prevenzione.*
"Coinvolgimento esposti a rischio*": capacità di includere la popolazione esposta ad un rischio negli interventi volti ad abbatterlo o a limitarne gli e siti negativi sulla sua salute*
"Appropriatezza della procedura": *la capacità di garantire l'applicazione di interventi preventivi efficaci, sicuri e condivisi alla popolazione, raggiungendo i produttori di rischio tempestivamente, tramite livelli operativi decentrati e competenti*. Si tratta di una dimensione complessa che si articola a sua volta in almeno quattro ambiti:

- ***a) Copertura dei produttori di rischio:*** *capacità di raggiungere selettivamente i produttori di rischio o loro strati omogenei.*
- *b)* ***"Tempestività applicativa":*** *capacità di attuare un intervento sanitario in tempi utili per la ottimale prevenzione di rischi e danni.*
- *c)* ***"Adeguatezza del livello organizzativo che applica la procedura****": capacità di decentrare la messa in pratica dell'intervento, garantendo competenza professionale e massima diffusione dell'offerta in modo da ottimizzare l'uso delle risorse disponibili*
- d) ***"Competenze professionali per la corretta applicazione****" capacità di garantire la messa in pratica di un intervento sanitario grazie alle conoscenze, attitudini e capacità operative acquisite in base alla formazione professionale ed alla esperienza applicativa.*

4. Attività

4.1. Redazione

Ogni documento di procedura dovrà contenere:

a) lo scopo e il campo di applicazione

b) i riferimenti e le eventuali definizioni

[38] Qui si preferisce fare riferimento alla sola efficacia teorica, perché: a) si tratta di una misura più facilmente disponibile; b) non dipende come la efficacia pratica da condizioni applicative che potrebbero non avere riscontro nelle condizioni in cui opera il DIP; c) per non rendere troppo complesso questo primo approccio operativo alla misurazione della qualità dei servizi del DIP.

c) la descrizione delle attività:

- che cosa deve essere fatto e da chi
- quando, dove e come deve essere fatto
- quali materiali apparecchiature e documenti devono essere utilizzati
- come ciò deve essete tenuto sotto controllo e registrato.

d) il livello di conformità con gli standard di qualità in tema di efficacia, sicurezza, coinvolgimento degli esposti a rischio ed appropriatezza della procedura, così come definite nel paragrafo 3.2 della presente procedura.
L'Allegato E contiene la check list per la valutazione di conformità agli standard previsti per ciascuna dimensione della qualità, unitamente alle definizioni .

La redazione delle procedure sarà curata da Responsabili di Servizio e/o da operatori individuati dal Direttore del Dipartimento e/o dai Responsabili di Servizio sulla base di criteri riferibili alla coerenza della qualifica professionale, della competenza e dell' esperienza, rispetto allo scopo e al campo di applicazione della specifica procedura.

La redazione dovrà riguardare:

- le procedure generali (di supporto) e specifiche (tecniche) previste dai requisiti per la garanzia ed il miglioramento continuo della qualità dei dipartimenti di prevenzione.
- le procedure che - pur non previste dai requisiti per la garanzia ed il miglioramento continuo della qualità dei dipartimenti di prevenzione - siano state individuate dal Consiglio di Dipartimento per I'importanza dello scopo e per la complessità delle attività cui sono riferite, purché risultino pertinenti ai compiti istituzionali e/o ad obiettivi di servizio formalizzati, nonché compatibili con le risorse disponibili
- le procedure documentate previste dalla norma UNI EN ISO 9001:2000

4.2) Approvazione ed emissione

Il Consiglio di Dipartimento è responsabile dell'approvazione di tutte le procedure documentate: quelle generali, nonché quelle specifiche relative ad attività del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione. E' altresì responsabile dell'approvazione degli altri Documenti di Servizio.

Per essere sottoposte all'approvazione del Consiglio di Dipartimento, le procedure dovranno essere corredate del parere dei Responsabili di Servizio interessati per il merito tecnico cui si riferiscono, inclusivi della valutazione di conformità ai requisiti di qualità, espressa sulla base della check list di cui all'allegato E della presente procedura.

L'acquisizione del parere sarà curata dal Direttore del Dipartimento.
Per l'approvazione, i documenti di procedura dovranno essere valutati sulla base di quanto indicato al punto :4.I) redazione.
Il Direttore del Dipartimento dovrà firmare e timbrare il documento di procedura e degli altri Documenti di Servizio per comprovarne 1'avvenuta approvazione e dovrà curarne l'emissione entro e non oltre 15 giorni dalla data di approvazione inviandolo ai Responsabili dei Servizi.
La data di emissione rappresenterà la data di applicabilità della procedura o degli altri Documenti di Servizio.

4.3 Riesame

Si procede al riesame delle procedure documentate già approvate nel caso in cui si siamo verificati cambiamenti riferibili a:

1) scopo della procedura
2) campo di applicazione
3) praticabilità
4) standard di qualità
5) riferimenti (es: normativi, istituzionali, tecnologici ....)

In tali evenienze la richiesta di riesame, che potrà essere avanzala da tutte le parti interessate, unitamente alle motivazioni e alla proposta di modifica, dovrà pervenire al Direttore del Dipartimento attraverso i Responsabili di Servizio o i membri del Consiglio di Dipartimento.
La richiesta di riesame può riguardare anche la soppressione della procedura stessa La richiesta di riesame, con la relativa proposta di modifica, sarà soggetta alle modalità di approvazione sopra indicate al punto 4.2).
In assenza di richieste di riesame, tutti i documenti di dovranno comunque essere sottoposte a riesame con periodicità triennale
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

4.4 Identificazione

Ogni procedura documentata dovrà riportare i seguenti elementi identificativi

a) Titolo.
Il titolo di Documenti di Servizio diversi dalle procedure dovrà specificare la natura degli stessi, ad esempio: "Linee guida 1 ...", "Protocollo: ...", "Istruzioni operative: ..." etc.

b) Livello di applicazione
Dovrà essere indicato il livello di applicazione distinguendo:
- procedure applicate a livello di Direzione del Dipartimento da identificare con la sigla DIR
- procedure applicate sia nei Servizi che a livello di Direzione del Dipartimento di Prevenzione da identificare con la sigla ASL
- procedure applicate nei singoli Servizi del Dipartimento di Prevenzione da identificare con la sigla del Servizio interessato (All. c). Nel caso di procedura applicata solo in un’area territoriale del Servizio indicato, alla sigla del Servizio dovrà seguire quella dell'area in questione, da identificare come segue:
- PG per identificare l'area del Perugino
- TS per identificare I'area del Lago Trasimeno
- MVT: per identificare l'area della Media Valle del Tevere
- AS per identificare l'area dell'Assisano
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

c) Tipologia
Verranno considerate due tipologie di procedure:
- procedure specifiche (tecniche) da identificare con la sigla PT
- procedure generali (di supporto) da identificare con la sigla PS
Gli elaborati con caratteristiche diverse da quelle previste per le procedure verranno considerati come un,unica tipologia di documenti: Documenti di Servizio, da identificare con la sigla DS.

d) Numerazione
Dovrà essere sempre indicato il numero progressivo dei documenti di procedura approvati, attraverso un numero a tre cifre seguito dalla sigla Dipartimento di Prevenzione; il primo documento approvato dovrà pertanto riportare I'indicazione 001 DP.
Nel caso di riesame di documenti e relativa nuova approvazione, dovrà essere mantenuta la numerazione originaria degli stessi e dovrà essere solo cambiato il no della versione del documento.
La numerazione dovrà essere curata dalla Direzione del Dipartimento.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio'

e) Versione
Dovrà essere indicata la numerazione delle versioni del documento ad iniziare dalla prima versione, da indicare con: 01.
Per le versioni successive alla prima, in apposito modulo allegato al documento di procedura e indicato al successivo punto l), dovranno trovare riscontro date e modifiche apportate, con relativi cenni sulle motivazioni.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche gli altri Documenti di Servizio.

f) Redazione
Dovranno essere indicati i nomi dei redattori e la data di redazione; dovranno essere apposte le firme dei redattori.
Nel caso che le proposte di redazione siano state sottoposte a modifiche da parte degli stessi redattori in seguito ad occasioni di verifica, la data da indicare per la redazione dovrà essere quella dell'ultima versione redatta.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

g) Approvazione
Dovrà essere indicato il soggetto responsabile dell’approvazione (Consiglio di Dipartimento) e la data di approvazione.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

h) Emissione
Dovranno essere apposti firma e timbro del Direttore del Dipartimento per comprovare l'approvazione del documento e dovrà essere indicata la data di emissione dello stesso che corrisponderà a quella della sua trasmissione ai destinatari.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

i) Lista di distribuzione (da allegare al documento di procedura)
Su apposita lista da allegare al documento di procedura (All.B) , dovranno essere indicati i nomi dei Responsabili di Servizio destinatari della procedura stessa , la data e la firma per la registrazione della consegna ricevuta. I Responsabili di Servizio potranno utilizzare analoga lista di distribuzione per l'evidenza della eventuale distribuzione interna. La lista di distribuzione dovrà essere curata dal Direttore del Dipartimento.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

l) Storia delle modifiche apportate (da allegare al documento di procedura)
Su apposito modulo da allegare al documento di procedura (All.D) dovrà essere riportata la successione delle eventuali modifiche che hanno comportato revisioni del documento, indicando data della modifica e cenni sui motivi della stessa. L'aggiornamento del modulo dovrà essere curato dai redattori della nuova versione proposta per I'approvazione.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

4.5 Distribuzione e Ricevimento

Il Direttore del Dipartimento provvederà a trasmettere la procedura al/ai Responsabili di Servizio interessato/(ricevente/i) curando la coincidenza della indicazione della data di emissione con quella della trasmissione stessa.
La trasmissione dovrà avvenire in forma controllata, utilizzando la lista di distribuzione indicata sopra al punto i).
Il ricevente, dopo aver datato e firmato per ricevuta la stessa lista, ne farà copia e ne curerà la trasmissione al mittente, che provvederà ad allegarla al documento precedentemente inviato e conservato.
Salvo diversa motivata comunicazione del Responsabile destinatario, la procedura dovrà operativamente entrare in vigore entro e non oltre 30 giorni dalla data di ricevimento del relativo documento.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per altri Documenti di Servizio.

4.6 Utilizzo e conservazione

I riceventi hanno la responsabilità di :

a. rendere disponibile la procedura documentata per gli utilizzatori
b. assicurare che vengano eliminate eventuali precedenti versioni della procedura; i documenti superati da conservare vanno identificati con la dicitura “SUPERATI_DA CONSERVARE"
c. definire ed aggiornare I'elenco delle procedure documentate in vigore nel proprio Servizio; I'aggiornamento dell'elenco dovrà essere immediatamente successivo al ricevimento del nuovo documento, apponendo firma e data dell'aggiornamento eseguito.
d. applicare e far applicare all'interno del proprio Servizio la procedura
e. conservare la procedura documentata in modo che sia facilmente reperibile

Le responsabilità sopra indicate riguardano anche il Direttore del Dipartimento nel caso di documenti di procedura il cui livello di applicazione sia riferibile alla Direzione del Dipartimento.

La Direzione del Dipartimento, oltre l'elenco dei propri documenti di procedura e la conservazione degli stessi, dovrà curare I'elenco e la conservazione dei documenti di procedura in vigore nei diversi Servizi del Dipartimento.
Quanto sopra riportato è da intendersi valido anche per gli altri Documenti di Servizio.

5. Documenti collegati

A) Elenco sigle Servizi del Dipartimento di Prevenzione (invariato rispetto alla versione 2)

B) Fac-simile lista distribuzione documenti procedure (invariato rispetto alla versione 2)

C) Fac-simile modulo registrazione della storia delle modifiche (invariato rispetto alla versione 2)

D) Storia delle modifiche rispetto alla versione 01 (invariato rispetto alla versione 2)

E) Check list per valutare la adesione agli standard per alcune dimensioni della qualità professionale importanti in sanità pubblica

Allegato E)

Check list per valutare la qualità delle procedure

Servizio: _____
Procedura: _____
Gruppo di valutazione composto da: _____
_____
_____
Data valutazione: _____

A) Parte analitica

Dimensione della qualità indagata	***Valutazioni attribuibili***	***Valutazione attribuita***[39]
1) Efficacia[40]	*Livello 1*: evidenza di efficacia documentata	
	Livello 2: evidenza di efficacia documentata parzialmente	
	Livello 3: evidenza di efficacia mancante.	
2) Sicurezza[41]	*Livello 1*: evidenza di sicurezza e vantaggio dei benefici rispetto ai danni documentati (se procedura normata o se procedura scelta sulla base di specifica documentazione scientifica di fonte indipendente) + danni osservati nei limiti dell'atteso;	
	Livello 2: evidenza di sicurezza parzialmente documentata o vantaggio dei benefici rispetto ai danni accertato soggettivamente dal servizio e danni osservati nel limiti dell'atteso;	
	Livello 3: evidenza di sicurezza non documentata o danni osservati superiori all'atteso o assenza di sistema di sorveglianza;	

[39] Delle tre valutazioni attribuibili evidenziare quella che meglio riflette la valutazione emersa nel gruppo di lavoro.
[40] Per ***efficacia*** si intende la *capacità di produrre l'abbattimento di un fattore di rischio o la adozione/ messa in pratica di un fattore di benessere come conseguenza dell'applicazione di un intervento o di un programma preventivo (o promozionale).*
[41] Per **sicurezza** in questa sede si intende "*la capacità di abbattere - o di ottenere la massima riduzione possibile - dei danni alla salute dei cittadini causati dall'applicazione di un intervento di prevenzione*".

3) Coinvolgimento degli esposti a rischio [42]	*Livello 1*: più della metà della popolazione è stata informata correttamente, accetta l'intervento esplicitamente e possiede le competenze richieste per la sua riuscita;	
	Livello 2: informazione corretta, accettazione dell'intervento, possesso delle competenze riguardano la metà della popolazione almeno per una delle tre condizioni previste;	
	Livello 3: meno della metà della popolazione è stata informata correttamente, accetta l'intervento esplicitamente e possiede le competenze richieste per la sua riuscita.	
4) Appropriatezza[43]:		
4.1) Copertura dei produttori di rischio[44]	*Livello 1: popolazione bersaglio definita operativamente, nota e raggiungibile*;	
	Livello 2: *popolazione bersaglio definita operativamente, ma non nota o non raggiungibile*	
	Livello 3: *popolazione bersaglio non definita operativamente, né nota, nè raggiungibile*;	
4.2) Tempestività applicativa[45]	*Livello 1*: il 100% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma (che può variare in base alla natura del programma e che di norma può essere riferito ad un anno di tempo);	
	Livello 2: meno del 50% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma;	

[42] Il concetto di popolazione in sanità pubblica è molto ampio e può riguardare esposti a rischio o costruttori di rischio, siano essi persone, aziende, allevamenti, animali, ecc. In questa sede ***la popolazione da coinvolgere*** cui si fa riferimento è quella degli *esposti a rischio*. Più avanti, parlando della appropriatezza, ci si riferirà alla popolazione target dell'intervento, il che rimanda alla necessità di considerarla nella sua accezione più ampia. Per coinvolgimento degli esposti ad un rischio si intende: " *capacità di includere la popolazione esposta ad un rischio negli interventi volti ad abbatterlo o a limitarne gli e siti negativi sulla sua salute."*

[43] Per **appropriatezza di una procedura** in questa sede si intende "*la capacità di garantire l'applicazione di interventi preventivi efficaci, sicuri e condivisi dalla popolazione, raggiungendo i produttori di rischio tempestivamente tramite livelli operativi decentrati e competenti*. Si tratta di una dimensione complessa che si articola a sua volta in almeno quattro ambiti: *1) copertura dei produttori di rischio; 2)tempestività nel raggiungere i produttori di rischio; 3) adeguatezza del livello organizzativo che applica la procedura; 4) competenze professionali per la corretta applicazione.*

[44] *Capacità del Servizio di* raggiungere selettivamente *i produttori di rischio o strati omogenei degli stessi*

[45] C*apacità di attuare un intervento sanitario in tempi utili per la ottimale prevenzione di rischi e danni*.

	Livello 3: meno del 25% della popolazione bersaglio viene raggiunta nell'arco temporale di vigenza del programma	
4.3) Adeguatezza del livello operativo che applica la procedura[46]	*Livello 1*: a meno che non lo preveda la norma tutte le attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, se prevedono un ruolo dell'assistenza distrettuale, ne coinvolgono i livelli operativi;	
	Livello 2: pur non prevedendolo la norma non tutte le attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, pur prevedendo un ruolo dell'assistenza distrettuale, non coinvolgono sempre i livelli operativi;	
	Livello 3: pur non prevedendolo la norma, meno di un terzo delle attività proceduralizzate a livello del servizio sono delegate al personale del comparto o, pur prevedendo un ruolo dell'assistenza distrettuale, non coinvolgono che in un terzo dei casi i livelli operativi;	
4.4) Competenze[47] ***professionali per la corretta applicazione***	*Livello 1*: tutto il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base ed ha svolto almeno un corso di aggiornamento ECM nell'ultimo anno sul tema e, a meno di interventi di nuova introduzione, almeno due terzi di esso ha già maturato esperienza nell'intervento specifico;	
	Livello 2: tutto il personale coinvolto nella	

[46] *Capacità di decentrare la messa in pratica dell'intervento, garantendo competenza professionale e massima diffusione dell'offerta in modo da ottimizzare l'uso delle risorse disponibili* . Questa dimensione della qualità verifica le garanzie sul *livello operativo giusto* implicato nella realizzazione dell'intervento e, nel settore dell'assistenza allude alla inappropriatezza generata dal erogare una prestazione in regime di degenza quando, ad esempio, potrebbe essere erogata ambulatorialmente o dal concentrare tutta la casistica in un unico servizio superspecialistico di una azienda ospedaliera o dal far svolgere a dei medici compiti che possono essere svolti da personale infermieristico (es.: educazione terapeutica del paziente diabetico non complicato). Nel caso della prevenzione collettiva il DIP, organizzato per UOC, UOS e professional, ha una potenzialità di decentramento limitata, che potrebbe comportare inappropriatezza sul versante della inefficienza o insostenibilità almeno in due casi: a) il mancato coinvolgimento dei livelli operativi dei distretti (cds) e degli mmg (equipe territoriali) nell'attuazione di interventi di prevenzione collettiva; b) a meno che non lo preveda la norma, l'avocazione a sé da parte della dirigenza medica di attività proceduralizzate a livello di servizio, quando potrebbero essere ben svolte dal comparto o dalla sua dirigenza;

[47] C*apacità di garantire la messa in pratica di un intervento sanitario grazie alle conoscenze, attitudini e capacità operative acquisite in base alla formazione professionale ed alla esperienza applicativa.* Questa dimensione della qualità verifica le garanzie sulla standardizzazione delle capacità cui è stato sottoposto il *personale* chiamato all'operatività. La competenza clinica è forse il requisito interno più rilevante della appropriatezza nel settore assistenziale in quanto è il mix di formazione di base, aggiornamento teorico in servizio ed esperienza derivante dalla casistica assistita che decide gran parte della effettiva appropriatezza nella erogazione di un intervento sulla carta efficace e sicuro. Nel caso della prevenzione collettiva questi criteri possono essere conservati.

	realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base, ma solo una percentuale tra il 50% ed il 90% di esso ha svolto almeno un corso di aggiornamento ECM nell'ultimo anno sul tema e, a meno di interventi di nuova introduzione, più di un terzo di esso ha maturato esperienza nell'intervento specifico;	
	Livello 3: non tutto il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento possiede i requisiti formativi di base o meno del 50% ha svolto almeno un corso ECM di aggiornamento nell'ultimo anno sul tema o, a meno di interventi di nuova introduzione, meno di un terzo di esso ha maturato esperienza nell'intervento specifico.	
5) Altre dimensioni della qualità valutate come carenti e importanti per la procedura		

B) Parte sintetica

B.1) Quadro di riferimento

Tipologia interventi	***Dimensioni della qualità professionale***						
	Efficacia	*Sicurezza*	*Coinvolgimento*	*Appropriatezza*			
				Popolazione	*Tempestività*	*Livello operat.*	*Competenza*
Intervento proposto con la procedura	*OK L 1* *Rientro L 2* *STOP L3*	*OK L 1* *Rientro L2* *STOP L3*	***OK L 1*** *Se L 2 o 3 programma di rientro*	***Ok se L 1 (ogni sotto dimensione ha livello 1)*** *Programma di rientro se L 2 (Popolazione L 1 + altre L 2)* *STOP se L 3 (Popolazione L 2 o 3 + altre L 2 o 3)*			

B.2) Giudizio di sintesi sulle principali dimensioni della qualità della procedura: " _____"

Tipologia di intervento	Valutazione su efficacia	Valutazione su sicurezza	Valutazione su coinvolgimento esposti	Valutazione su raggiungibilità popolazione bersaglio	Valutazione su tempestività	Valutazione su livello operativo	Valutazione su competenza

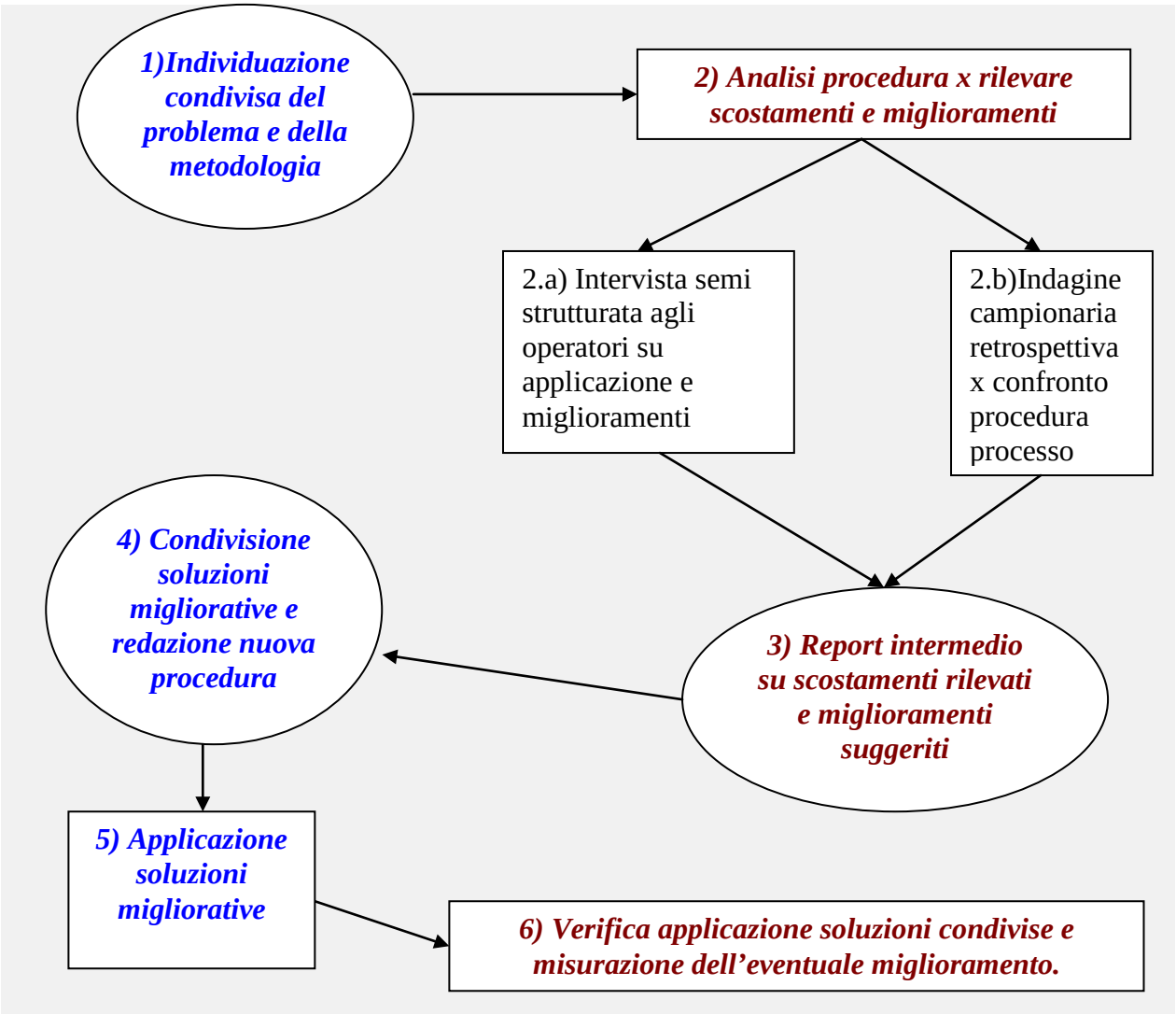
B.3) Giudizio di sintesi complessivo sulla procedura (barrare la lettera che corrisponde alla valutazione del gruppo di lavoro):

a) |__| la procedura è ***valida*** per dimensioni della qualità esaminate e un tasso di copertura della popolazione bersaglio superiore a (____) garantisce, in analogia alle vaccinazioni, un esito positivo
b) |__| la procedura ***presenta carenze*** nell'adesione agli standard di qualità (valori L2) che richiedono il superamento dei limiti e una nuova versione della stessa prima dell'adozione
c) |__| la procedura **non da sufficienti garanzie** di qualità tali da consentirne la adozione da parte del Servizio

Firmato:

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.6) Metodologia per la revisione condivisa delle procedure



3.1) Schema di riferimento per la revisione condivisa delle procedure.

Le coordinate su cui si fonda questa proposta sono analoghe a quelle che informano gli altri strumenti metodologici proposti in questo Manuale e si basano sulla capacità del "modello aperto" di offrire garanzie sia contro la sostituzione dei fini che contro la autoreferenzialità dei tecnici.
E' ormai noto (lo ignorano solo alcune scuole di direzione aziendale) che sia il "modello aperto" che le organizzazioni professionali operano in base ad un approccio definibile come "meta organizzativo" in cui sono i dispositivi per creare senso e immaginario, per includere e per coinvolgere i diversi attori in processi trasparenti e da tutti verificabili, a render possibile l'auto attivazione dei lavoratori cognitivi, piuttosto che programmi elaborati in separata sede dalle direzioni aziendali di organizzazioni a matrice verticale.

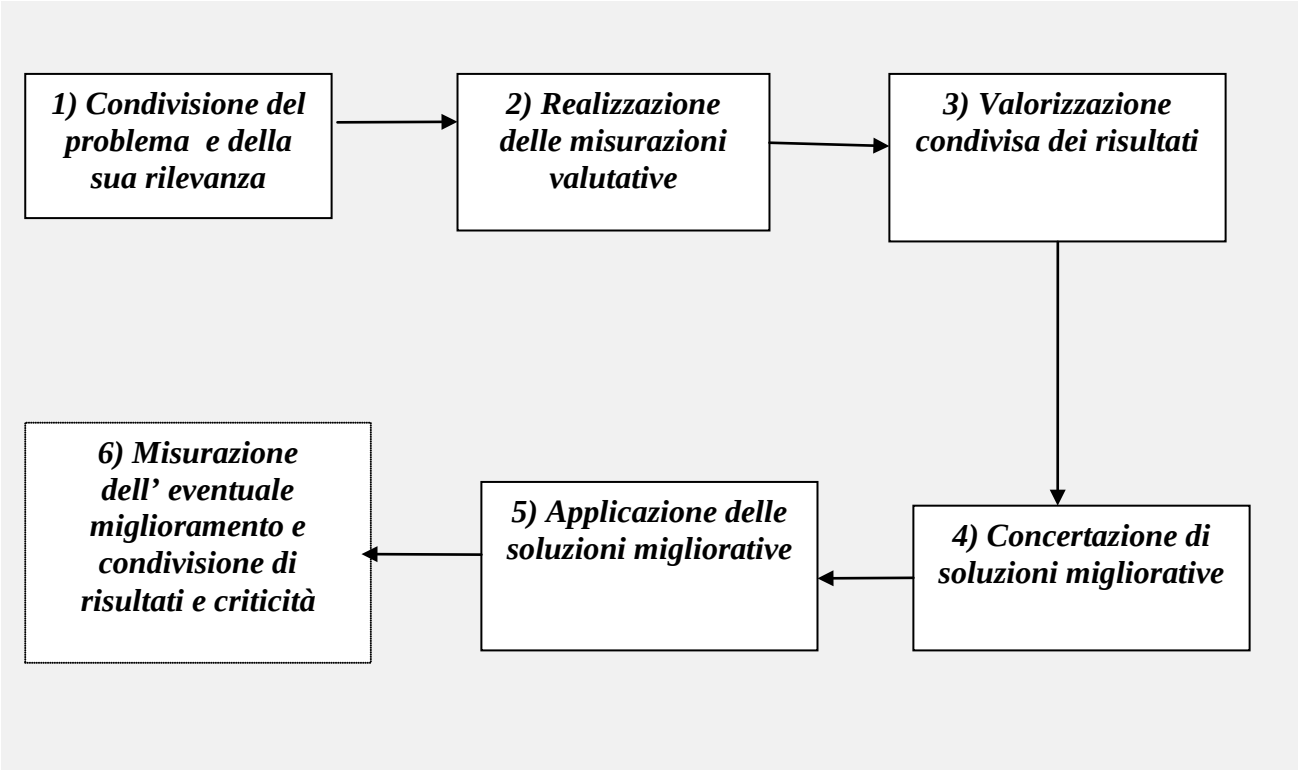


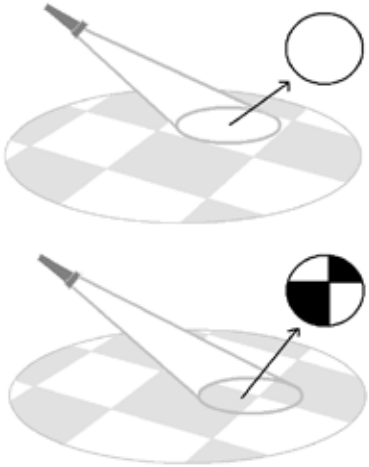
Fig. 3.1) Schema generale di riferimento metodologico per meta organizzare la valutazione

Gestione, nella prospettiva della meta organizzazione significa far lavorare "bene" gli attori del sistema, portandoli a sviluppare un atteggiamento impegnato e non calcolativo, capacità che distingue il bravo meta organizzatore.
L'approccio meta organizzativo alla revisione della qualità si sviluppa attraverso un percorso a più stadi - schematizzato nella figura 1 - e che rappresentano nella loro successione anche il filo conduttore di questa capitolo:

1) ***condivisione del problema e della sua rilevanza***: qui si tratta di garantire la piena condivisione da parte di cittadini e operatori nelle delicate fasi iniziali di un processo di revisione, dove si tratta di scegliere la procedura da sottoporre a revisione e la metodologia da seguire, tutti passaggi delicati;

1.4) Criticità dei processi di gestione per obiettivi

- Tutti i processi di selezione (es: definizione obiettivi, misurazioni, valutazioni) creano problemi di proporzionalità tra:
  - l'ampiezza dell'oggetto scelto e la sua proporzione con la realtà in cui si opera (aree di competenza; problemi di salute di una comunità, ecc)
  - I tempi della gestione ed i tempi della realtà su cui si interviene
- Il rischio è quello di concentrasi solo sull'area che rientra nell'obiettivo:
  - dimenticandosi del resto;
  - ottenendo risultati non voluti o paradossali (eterogenesi dei fini).
- In alternativa si può:
  - insistere sui valori condivisi
  - definire un elenco delle cose da non fare (es.: I dieci comandamenti!)

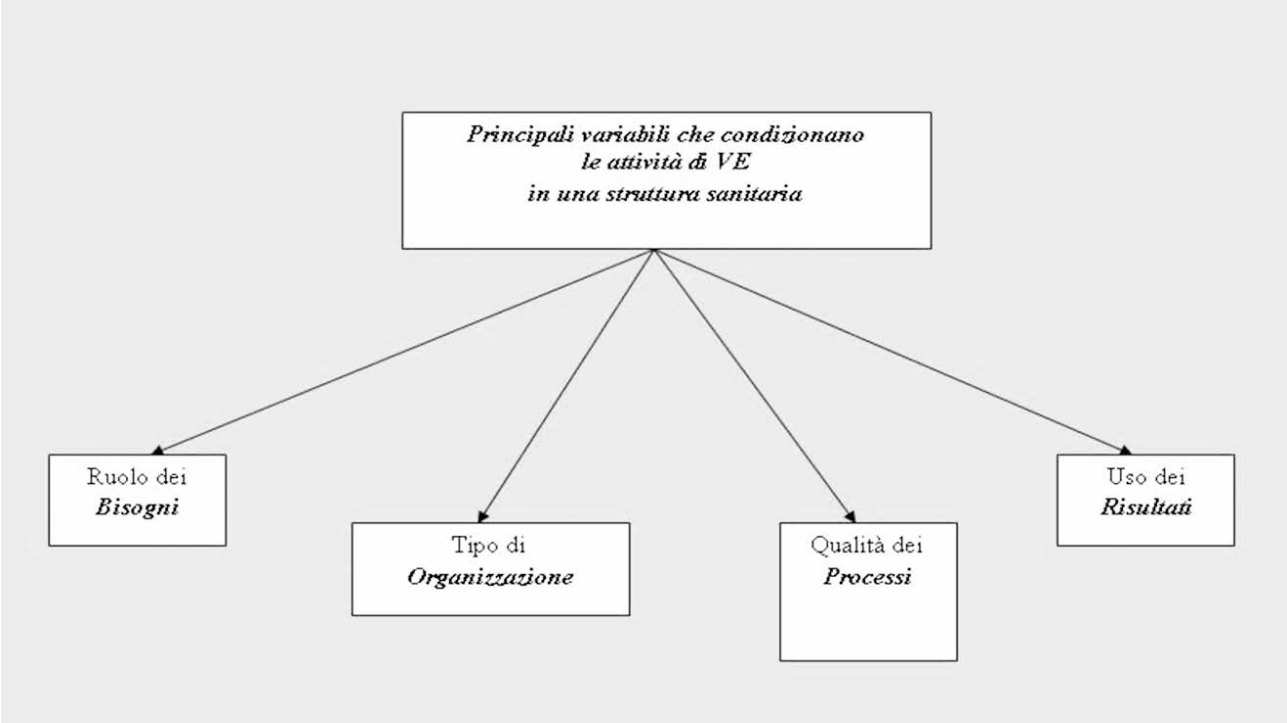


2) ***realizzazione delle misurazioni***: qui si tratta di garantire un rigoroso approccio metodologico che punti alla riproducibilità della misurazione ove condotta sotto analoghe condizioni;
3) ***valorizzazione condivisa delle misurazioni***: per dare valore ad una misurazione, dire cioè se essa è positiva o negativa, occorre assumere un determinato punto di vista e in sanità quelli degli esposti ad una fattore di rischio o dei portatori di una malattia, quello dei professionisti e quello degli amministratori possono divergere notevolmente e le divergenze saranno tanto minori quanto più condivise saranno state le fasi precedenti . Il disposto congiunto dell'assenza di condivisione nelle fasi 1 e 3) – una caratteristica che accumuna gli approcci centralisti alla revisione di qualità - comporta in genere l'impossibilità di far superare ai progetti valutativi, per cui abbiamo molte misurazioni ma poche revisioni concluse;
4) ***concertazione di soluzioni migliorative:*** anche le soluzioni migliorative richiedono per la loro applicazione una profonda condivisione tra gli attori del sistema proprio nella fase di individuazione, un requisito necessario, ancorché non sufficiente poiché qui si innestano i dispostivi motivanti volti a creare senso e immaginario, per poter pensare di avere una sufficiente omogeneità comportamentale nelle fasi successive;
5) ***applicazione delle soluzioni migliorative concertate***: si tratta di far si che molte persone – professionisti e cittadini – dotate tanto di ampia autonomia quanto contrassegnate da eterogeneità operativa, a cambiare in un tempo definito i propri comportamenti a favore di nuove modalità, che cozzano con l'inerzia delle abitudini in loro consolidate. Sono ancora una volta i meccanismi di creazione di senso e immaginario e gli atteggiamenti impegnati a svolgere un ruolo decisivo;
6) ***misurazione dell' eventuale miglioramento e condivisione di risultati e criticità***: infine, ma si fa per dire, la chiusura del cerchio deriva dalla effettiva misurazione dei miglioramenti prodotti dalla meta organizzazione del processo di revisione condivisa della qualità, condividendo risultati e criticità.

Dipartimento di prevenzione
Staff Qualità
Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione versione 0

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.7) "Griglia per la autovalutazione della qualità delle attività di valutazione di efficacia in una struttura sanitaria".



Valutazione della qualità interna ed esterna

Gli approcci per la valutazione della qualità possono essere genericamente raggruppati in valutazione interna ed esterna. La valutazione interna fa riferimento alla valutazione fondata su un giudizio o un'autovalutazione istituzionale basata su standard. La valutazione esterna è da mettere in relazione alla verifica da parte di esperti o all'accreditamento[48].
Gli standard e gli indicatori di performance possono essere utilizzati sia per la valutazione interna ed il monitoraggio continuo nel tempo che per la valutazione esterna e l'analisi comparativa della performance (come il benchmarking). L'autovalutazione e l'accreditamento sono le più comuni forme di valutazione rispettivamente, interna ed esterna.

L'autovalutazione è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello di performance in relazione agli standard stabiliti e per implementare azioni finalizzate al miglioramento continuo. L'autovalutazione può riguardare tutte le attività o può focalizzarsi su aspetti specifici, come la valutazione di efficacia delle attività di prevenzione.
Ciò permette al personale di identificare le aree di buona pratica e le aree dove invece è richiesto un miglioramento. Il personale può quindi definire le priorità e pianificare le azioni necessarie o riproporre le buone pratiche in altri aree di attività o servizi del dipartimento.

L'accreditamento è basato normalmente anche sull'autovalutazione ma è seguito da un processo esterno di revisione tra pari. La valutazione esterna risulta tipicamente una valutazione complessiva della qualità ospedaliera, nell'identificazione delle aree di priorità per il miglioramento e, qualora il livello di qualità richiesto venga garantito, si esprime con una dichiarazione formale di accreditamento.
In molti Paesi, l'accreditamento comporta importanti risvolti di carattere legale, finanziario e di mercato.

Numerose evidenze dimostrano che l'autovalutazione contribuisce in molti modi agli obiettivi della garanzia di qualità. È un sistema a basso costo che guida i cambiamenti nel comportamento individuale così da aumentare l'adesione agli standard, fa emergere le aree di miglioramento, stimola il contributo dei partecipanti e rende più efficace la comunicazione tra supervisori e collaboratori[49].

Una domanda importante che riguarda l'autovalutazione è se gli autovalutatori interni giudichino oggettivamente sé stessi. L'esperienza maturata con le procedure di autovalutazione ha insegnato che i servizi che erogano un buon livello di performance risultano solitamente più critici rispetto a quelli di livello inferiore. I servizi che adottano la strategia del miglioramento condiviso della qualità, sono più sensibili al potenziale miglioramento rispetto agli altri[50]. Ad esempio, uno studio sull'autovalutazione ha mostrato i gruppi più efficienti riportavano più errori rispetto a quelli più carenti. Per approfondire ulteriormente questo aspetto i leader dei gruppi sono stati intervistati e si è riscontrato che i leader autoritari e "dittatoriali" guidavano i gruppi peggiori, che hanno riportato, forse non sorprendentemente, meno errori.

---

[48] Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care, 2000, 3: 169- 175.
[49] Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S.Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.
[50] Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28.

Le attività di autovalutazione sono quelle più soggette a errori sistematici che andrebbero considerati nell'interpretazione dei risultati.
Ci sono due principali lezioni importanti da apprendere attraverso il processo di autovalutazione: il miglioramento della qualità necessita della disponibilità di dati sulla performance e di una cultura del miglioramento.
Senza dati sulla performance, misurati da standard ed indicatori, non può essere individuata nessuna chiara iniziativa per il miglioramento della qualità.
Analogamente, senza una cultura di partecipazione e sostegno, anche se sono disponibili i dati sulla qualità dell'assistenza, i propositi sul miglioramento della qualità non possono essere implementati.
Sfortunatamente, molti dati sono spesso raccolti senza essere utili o utilizzati per iniziative di miglioramento della qualità.
In questo caso, la raccolta dei dati sottrae tempo e risorse da altre attività, con conseguenze sulla qualità dell'assistenza.
La strategia di autovalutazione è una strategia di incoraggiamento e di educazione, per aiutare le organizzazioni sanitarie a sviluppare dei propri processi di miglioramento continuo della qualità.
Non avrebbe senso usare gli standard e gli indicatori per valutare formalmente, accreditare o classificare i singoli dipartimenti.
Lo scopo principale dello sviluppo degli standard è quello di fornire uno strumento che possa supportare i dipartimenti ed i servizi nella valutazione e nel miglioramento delle attività di prevenzione.
Tuttavia i servizi ed i dipartimenti sono fortemente incoraggiati ad usare lo strumento di auto valutazione.

Griglia per la valutazione della qualità
della valutazione di efficacia in un servizio del Dipartimento di Prevenzione

Categorie	**Item e punteggio attribuibile**	**Punteggio attribuito**
Ruolo dei ***bisogni di salute e degli esposti*** nella programmazione dell'attività	*1) Conoscenza dei bisogni di salute*: - aggiornamento svolto e documentabile (3) - aggiornamento svolto ma non documentabile (1) - non rilevata (0)	
	2) Scelta dei problemi di salute prioritari: - condivisa dagli esposti (10) - basata su criteri espliciti e documentabili (4) - non basata su criteri espliciti (0)	
	Massimo punteggio attribuibile (13)	
Presenza di definiti ***requisiti meta organizzativi***	*1) Clinical governance:* - più della metà dei professionisti della struttura dichiara di aver condiviso il programma di attività vigente (6) - meno della metà dei professionisti della struttura dichiara di aver condiviso il programma di attività (3) - Il programma di attività non è stato condiviso o non esiste (0)	
	Massimo punteggio attribuibile (6)	

Qualità nelle fasi di cui si compone la valutazione	*1) Modalità di individuazione degli indicatori di esito:* - Gli esposti e più della metà dei professionisti della struttura condividono il processo di individuazione degli indicatori di esito - meno della metà dei professionisti della struttura dichiara di aver condiviso il processo di individuazione degli indicatori di esito l'individuazione degli indicatori di esito non è stata condivisa o gli indicatori di esito non sono stati individuati	(4) (1) (0)	
	2) Qualità della nomenclatura utilizzata: - Uso di nomenclatori validati - Uso di nomenclatori derivati dalla letteratura scientifica ma non validati - Uso di nomenclatori creati ad hoc	(4) (1) (0)	
	3) *Qualità dei sistemi di registrazione*: - i sistemi di registrazione hanno specifiche finalità sanitarie o, se con finalità amministrative, il responsabile del servizio ha validato i dati raccolti - si è utilizzata una indagine ad hoc per registrare i dati - i sistemi di registrazione non hanno finalità sanitarie e i dati raccolti non sono stati validati	(4) (1) (0)	
	4) Qualità degli standard per il monitoraggio: - gli standard sono condivisi dagli esposti e professionisti - gli standard sono condivisi dai soli professionisti - gli standard non sono stati condivisi	(4) (1) (0)	
	5) Qualità dell'audit per valorizzazione: - Semplicità del disegno e facilità nella raccolta dei dati: - Tempo "protetto" 1= si; 0=no; - Direzione supportiva 1= si; 0=no; - Leadership e conduzione robusta 1= si; 0=no; - Buona pianificazione 1= si; 0=no; - Monitoraggio finale dei risultati 1= si; 0=no;		
	Massimo punteggio attribuibile	***(22***	

Qualità e uso dei risultati della valutazione	*1)Proporzionalità ai bisogni di salute del bacino di utenza*: - più della metà degli esiti rilevati riguarda i problemi di salute prioritari nel bacino di utenza - meno della metà degli esiti rilevati riguarda i problemi di salute prioritari nel bacino di utenza - relazione tra esiti rilevati e problemi di salute prioritari non documentabile	(3) (1) (0)	
	2) Uso di esiti "forti": - più della meta degli esiti misurati consiste in esiti "forti" e/o in indicatori di soddisfazione dei fruitori/ esposti - meno della metà degli esiti misurati consiste in esiti "forti" e/o in indicatori di soddisfazione dei fruitori/ esposti - non sono misurati esiti "forti" o la soddisfazione dei fruitori/esposti	(3) (1) (0)	
	3) Collocazione delle misure di esito in un percorso programmatico della struttura che ne richieda l'uso per validare le decisioni: - attuale uso documentabile di un percorso programmatico della struttura che utilizzi le VE - misure di esito sono utilizzate per migliorare singole procedure adottate dalla struttura - la programmazione della struttura non è basata su misure di esito	(3) (1) (0)	
	Massimo punteggio attribuibile	***(9)***	
Totale complessivo	***Massimo punteggio attribuibile***	***(50)***	

C) Strumenti del Dipartimento di Prevenzione per il miglioramento condiviso della qualità

C.8) Comunicare la qualità del Dipartimento di Prevenzione

“Comunicare la qualità del Dipartimento di Prevenzione”

Nel momento in cui si avviano, tramite gli audit, controlli sulla qualità delle aziende che, a vario titolo, hanno relazioni con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, è bene definire ed esplicitare i criteri di qualità che regolano l’attività del Dipartimento di Prevenzione stesso, valorizzando e dando sistematicità a quanto fatto fino ad oggi per il Miglioramento Condiviso della Qualità (MCQ).

A. Il sito aziendale potrebbe essere uno dei principali strumenti per dare trasparenza e rendere accessibili a tutti:
   a. le politiche per la qualità dei Dipartimento di Prevenzione, che saranno sintetizzate in un “Manuale di qualità del DIP” quale testo nella cui versione 0 confluiranno gli strumenti di lavoro e le griglie per auto valutare la qualità dell’attività dei servizi, messe a punto in seguito all’applicazione del Piano Qualità dipartimentale 2008 e 2009;
   b. le procedure che sono state definite a livello di dipartimento per integrare le indicazioni della normativa nazionale e regionale

B. Le procedure dipartimentali approvate entro il 30 giugno 2009 dai servizi del DIP, prima di essere messe a disposizione di utenti e cittadini tramite la loro pubblicazione sul sito aziendale, vanno validate dai responsabili di servizio almeno sul piano della loro effettiva attualità, in quanto non superate dall’evoluzione della normativa e dalla situazione epidemiologica.

C. Le procedure e gli altri documenti di servizio approvate successivamente al 30 giugno 2009 dal Consiglio di Dipartimento del DIP, dovrebbero essere conformi alla nuova versione della procedura madre (vedi file allegato), una volta approvata dal Consiglio di Dipartimento.

Percorso di lavoro

1) Il responsabile dello Staff Qualità del Dipartimento di Prevenzione:

A) sottopone all’attenzione dei responsabili del servizio e del direttore del Dipartimento l’elenco delle procedure e degli altri documenti di servizio approvati fino ad oggi, al fine di avere entro fine agosto 2009 indicazioni sulla attualità e opportunità di pubblicare nel sito aziendale le procedure e/o i vari documenti di servizio di competenza di ciascuno.

B) sottopone alla approvazione del Consiglio di dipartimento la proposta di revisione della “procedura madre” (cioè la procedura che definisce criteri e modalità di stesura delle procedure nel Dipartimento di Prevenzione, la cui prima versione risale all’anno

2003 e che è contenuta, nella nuova versione, nella sezione 1.5 del "Manuale") quale base per produrre documenti di servizio di qualità definita, la cui principale variazione, rispetto alla versione ora vigente consiste nella aggiunta della check list per la valutazione condivisa della qualità delle procedure;

C) sottopone all'attenzione del Consiglio di Dipartimento la versione 0 del Manuale di qualità del DIP, (documento che verrà inviato a fine agosto) comprensivo di:

1. *Introduzione: Dimensioni della qualità nel DIP e loro operazionalizzazione*
2. *Percorso programmatico finalizzato al miglioramento condiviso della qualità*
3. *Schema "Relazione sulla qualità dell'attività svolta"*
4. *Procedura dipartimentale sul sistema informativo relativo alle attività dei servizi;*
5. *Indicazioni per la scelta delle priorità in sanità pubblica;*
6. *Procedura per la redazione e la verifica di qualità delle procedure dipartimentali e degli altri documenti di servizio (nuova versione procedura "madre");*
7. *Metodologia per la revisione condivisa della qualità delle procedure*
8. *Check list per valutare la qualità delle valutazioni di esito condotte nei servizi.*

2) I responsabili di servizio validano, sulla base dell'elenco loro trasmesso dallo Staff Qualità, l'attualità delle procedure e degli altri documenti di servizio approvati prima del 30 giugno 2009 quanto alla loro attualità, attestando il fatto che tali documenti non sono superati dall'evoluzione della normativa e dalla situazione epidemiologica.

3) I responsabili di servizio indicano le motivazioni che, eventualmente, sconsigliano la pubblicazione nel sito aziendale delle procedure e degli altri documenti di servizio di loro competenza che sono risultati non superati dall'evoluzione della normativa e dalla situazione epidemiologica.

4) I responsabili di servizio trasmettono, ove disponibile, copia dei file relativi alle procedure ed agli altri documenti di servizio ritenuti attuali e pubblicabili. Ove il file non sia disponibile lo scrivente procederà a creare un file del documento in oggetto tramite scanner.

Allegato: Procedure e altri documenti di servizio approvati dal Consiglio del Dipartimento di Prevenzione dal 2003 al 30 giugno 2009

ID	***Oggetto***	***Tipo doc***[51]	***Servizi interessati***	***Versioni***	***Anno***	***Valutazioni***		
						Attualità[52]	***Pubblicazione***[53]	***File***[54]
001DP	*Controllo dei documenti di procedura e di altri documenti di servizio*	PS	Tutto il DIP	01 02 03	 2004 2006			
002DP	*Riconoscimento e autorizzazione degli stabilimenti di produzione, lavorazione, trasformazione e deposito di alimenti di origine animale ricadenti nel campo di applicazione della normativa comunitaria, esclusi gli stabilimenti di trattamento e trasformazione di latte e prodotti lattiero caseari*	PT	IAOA	01	2003			
003DP	*Controllo acque destinate al consumo umano*	PT	ISP	01 02 03	 2006			
004DP	*Riconoscimento ed autorizzazione degli stabilimenti di produzione, lavorazione, trasformazione e deposito di latte e prodotti lattiero caseari ricadenti nel campo di applicazione della normativa comunitaria*	PT	IAPZ	01	2003			
005DP	*Verifica del benessere animale negli allevamenti bovini*	PT	IAPZ	01	2003			
006DP	*Verifica autocontrollo nella filiera latte*	PT	IAPZ	01	2003			
007DP	*Verifica del benessere animale negli allevamenti di suini*	PT	IAPZ	01	2003			
008DP	*Vigilanza nelle industrie di produzione, trasformazione e commercializzazione di alimenti zootecnici*	PT	IAPZ	01	2003			

[51] PS= Procedura di Supporto (gestionale); PT = Procedura tecnica (tecnico professionale); DS = Documenti di servizio (altri documenti diversi dalle procedure)
[52] Inserire: 1= Attuale; 2= Superata con alta priorità per la revisione; 3= Superata con bassa priorità per la revisione.
[53] Inserire: 1= Pubblicabile nel sito aziendale in quanto *attuale*; 2= non pubblicabile in quanto da revisionare; 3= non pubblicabile per altri motivi (specificare)
[54] Inserire: 1 = file della versione *attuale* disponibile; 2 = file della versione *attuale* non disponibile.

ID	Oggetto	Tipo doc[55]	Servizi interessati	Versioni	Anno	Valutazioni		
						Attualità[56]	Pubblicazione[57]	File[58]
009DP	*Rilascio di autorizzazioni sanitarie e nulla osta sanitari per attività in sede fissa o ad essa assimilabile, di vendita, somministrazione, produzione, preparazione e deposito all'ingrosso di sostanze alimentari, non ricadenti nel campo di applicazione delle normative CEE*	PT	IAOA IAPZ IAN	01	2003			
010DP	*I sopralluoghi in ambito di polizia giudiziaria e conseguenti atti di polizia giudiziaria*	PT	PSAL	01	2004			
011DP	*I sopralluoghi di vigilanza ordinaria e conseguenti atti amministrativi*	PT	PSAL	01	2004			
012DP	*Indagini per infortuni professionali (comprendente attività ed atti in pronta disponibilità)*	PT	PSAL	01	2004			
013DP	*Procedura per il campionamento di fibre aerodisperse*	PT	PSAL	01	2004			
014DP	*Procedura operativa di campionamento materiali in massa contenenti fibre di amianto o fibre minerali artificiali (Rev. 1.0)*	PT	PSAL	01	2004			
015DP	*Procedura per il campionamento di polveri inalabili di legno (Rev.1.0.)*	PT	PSAL	01	2004			
016DP	*Valutazione igienico sanitaria negli allevamenti suinicoli ai fini della malattia vescicolare suina e della malattia di Aujeszky*	PT	SA	01	2004			
017DP	*Vigilanza nei punti di commercializzazione di alimenti e prodotti zootecnici*	PT	IAPZ	01	2004			

[55] PS = Procedura di Supporto (gestionale); PT = Procedura tecnica (tecnico professionale); DS = Documenti di servizio (altri documenti diversi dalle procedure)
[56] Inserire: 1 = Attuale; 2 = Superata con alta priorità per la revisione; 3 = Superata con bassa priorità per al revisione.
[57] Inserire: 1 = Pubblicabile nel sito aziendale in quanto *attuale*; 2 = non pubblicabile in quanto da revisionare; 3 = non pubblicabile per altri motivi (specificare)
[58] Inserire: 1 = file della versione *attuale* disponibile; 2= file della versione *attuale* non disponibile.

ID	***Oggetto***	***Tipo doc***[59]	***Servizi interessati***	***Versioni***	***Anno***	***Valutazioni***		
						Attualità[60]	***Pubblicazione***[61]	***File***[62]
018DP	*Sorveglianza sull'utilizzo del farmaco veterinario e sulle sostanze illecite*	PT	IAPZ	01	2004			
019DP	*Procedura di campionamento di alimenti zootecnici*	PT	IAPZ	01	2004			
020DP	*Vigilanza nelle aziende di produzione di alimenti zootecnici per autoconsumo*	PT	IAPZ	01	2004			
021DP	*Verifica dei requisiti igienico sanitari, strutturali e funzionali, nelle macellerie e pescherie, in fase autorizzativa e in fase di vigilanza periodica programmata*	PT	IAOA	01	2004			
022DP	*Provvedimenti in casi di focolai di MVS (Linea guida)*	DS	SA	01	2004			
023DP	*Accertamenti, provvedimenti ed indennizzi relativi alla profilassi per tubercolosi, brucellosi e leucosi (Linea guida)*	DS	SA	01	2004			
024DP	*Accertamento dei requisiti igienico-sanitari nel commercio dei prodotti alimentari in aree pubbliche (Linea guida)*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2004			
025DP	*Gestione del sistema di allerta (Linea guida)*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2006			
026DP	*Catering (Linea guida)*	DS	IAOA IAN	01	2006			
027DP	*Gestione delle tossinfezioni ed intossicazioni alimentari escluse le tossinfezioni da funghi (Linee guida)*	DS	IAOA IAPZ IAN	01	2006			

[59] PS = Procedura di Supporto (gestionale); PT = Procedura tecnica (tecnico professionale); DS = Documenti di servizio (altri documenti diversi dalle procedure)
[60] Inserire: 1 = Attuale; 2 = Superata con alta priorità per la revisione; 3 = Superata con bassa priorità per al revisione.
[61] Inserire: 1 = Pubblicabile nel sito aziendale in quanto *attuale*; 2 = non pubblicabile in quanto da revisionare; 3 = non pubblicabile per altri motivi (specificare)
[62] Inserire: 1 = file della versione *attuale* disponibile; 2 = file della versione *attuale* non disponibile.

ID	***Oggetto***	***Tipo doc***[63]	***Servizi interessati***	***Versioni***	***Anno***	***Valutazioni***		
						Attualità[64]	***Pubblicazione***[65]	***File***[66]
028DP	*Accertamento di maltrattamento di animali d'affezione (Lista di controllo)*	DS	IAPZ SA	01	2006			
029DP	*Gestione delle intossicazioni acute e avvelenamento da funghi (protocollo)*	DS	IAN	01	2006			
030DP	*Controllo dei colombi in ambiente urbano (protocollo operativo)*	DS	IAPZ SA ISP EPID	01	2006			
031DP	*Vigilanza e controllo sui trasporti animali (protocollo)*	DS	IAPZ SA	01	2006			
032DP	*Rilascio di autorizzazioni sanitarie e vigilanza nelle attività di trasporto di sostanze alimentari (Linea guida)*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2006			
033DP	*Check list per accertamento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari per autorizzazione sanitaria e vigilanza periodica programmata nella ristorazione collettiva scolastica, assistenziale ed aziendale – piccole strutture*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			
034DP	*Check list per accertamento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari per autorizzazione sanitaria e vigilanza periodica programmata nella ristorazione collettiva scolastica, assistenziale ed aziendale – grandi strutture*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			
035DP	*Check list per accertamento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari per autorizzazione sanitaria e vigilanza nei supermercati*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			

[63] PS = Procedura di Supporto (gestionale); PT = Procedura tecnica (tecnico professionale); DS = Documenti di servizio (altri documenti diversi dalle procedure)
[64] Inserire: 1 = Attuale; 2 = Superata con alta priorità per la revisione; 3 = Superata con bassa priorità per al revisione.
[65] Inserire: 1 = Pubblicabile nel sito aziendale in quanto *attuale*; 2 = non pubblicabile in quanto da revisionare; 3 = non pubblicabile per altri motivi (specificare)
[66] Inserire: 1 = file della versione *attuale* disponibile; 2 = file della versione *attuale* non disponibile.

ID	***Oggetto***	***Tipo doc***[67]	***Servizi interessati***	***Versioni***	***Anno***	***Valutazioni***		
						Attualità[68]	***Pubblicazione***[69]	***File***[70]
036DP	*Check list per accertamento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari per autorizzazione sanitaria e vigilanza depositi all'ingrosso di prodotti alimentari*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			
037DP	*Protocollo per l'attività autorizzativa e di vigilanza delle feste e sagre paesane*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			
038DP	*Linee guida per la trasformazione e la vendita dei prodotti alimentari e per la somministrazione di alimenti e bevande da parte delle aziende agrituristiche*	DS	IAOA IAN IAPZ	01	2007			
039DP	*Linee guida "istanze di denuncia di inizio attività per attività in sede fissa o ad essa assimilabile di produzione (compresa la primaria), preparazione, vendita, somministrazione, deposito all'ingrosso e trasporto alimenti, strutture mobili e/o temporanee e attività stagionali – Attività di vigilanza*	PT	IAOA IAN IAPZ	01	2008			
040DP	*Gestione procedimento amianto (protocollo)*	DS	ISP/PSAL	01	2008			
041DP	*Prevenzione delle legionellosi (protocollo)*	DS	ISP	01	2008			
042	*Protocollo operativo: gestione degli esposti in materia di igiene e sanità pubblica*	DS	ISP	01	2009			
043DP	*Procedura per la raccolta, validazione e utilizzo dei dati sulle attività dei servizi*	PS	Tutto il DIP	01	2009			

[67] PS = Procedura di Supporto (gestionale); PT = Procedura tecnica (tecnico professionale); DS = Documenti di servizio (altri documenti diversi dalle procedure)
[68] Inserire: 1 = Attuale; 2= Superata con alta priorità per la revisione; 3 = Superata con bassa priorità per al revisione.
[69] Inserire: 1 = Pubblicabile nel sito aziendale in quanto *attuale*; 2 = non pubblicabile in quanto da revisionare; 3 = non pubblicabile per altri motivi (specificare)
[70] Inserire: 1 = file della versione *attuale* disponibile; 2 = file della versione *attuale* non disponibile.

C.9) Glossario

Indice

A) Glossario di termini utilizzati nel Manuale

B) Glossario delle definizioni utilizzate per la registrazione dei dati di attività dai servizi del Dipartimento di Prevenzione

A) Glossario di termini utilizzati nel Manuale

Adeguatezza del livello organizzativo: *capacità di decentrare la messa in pratica di un intervento sanitario, garantendo competenza professionale e massima diffusione dell'offerta in modo da ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.*

Appropriatezza: *la capacità di garantire l'applicazione di interventi preventivi efficaci, sicuri e condivisi dalla popolazione, raggiungendo i produttori di rischio tempestivamente, tramite livelli operativi decentrati e competenti*. Si tratta di una dimensione complessa che si articola a sua volta in almeno quattro ambiti: copertura, tempestività, adeguatezza e competenza professionale.

Audit clinico: "Iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome della assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario".

Audit della Qualità: esame sistematico e indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene effettuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi (Norme ISO 9000).

Audit di sistema: strumento per la sorveglianza del sistema di gestione della qualità.

Bisogno: desiderio per la cui realizzazione esistono le condizioni materiali.

Conformità: ottemperanza a un requisito.

Coinvolgimento degli esposti a rischio: capacità di *includere la popolazione esposta ad un rischio negli interventi volti ad abbatterlo o a limitarne gli esiti negativi sulla sua salute.*

Clinical governance: *costruzione di appropriate relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità cliniche ed organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza.*

Competenza professionale: capacità di garantire la messa in pratica di un intervento sanitario grazie alle *conoscenze, attitudini e capacità operative acquisite in base alla formazione professionale ed alla esperienza applicativa.*

Copertura dei produttori di rischio: capacità di raggiungere selettivamente i produttori di rischio o su strati omogenei degli stessi.

Esposto/i: soggetto che ha una maggiore probabilità di subire danni alla propria salute come conseguenza dell'esposizione indesiderata a fattori di rischio chimici, fisici, biologici o derivanti da particolari modalità di organizzazione del lavoro e della vita sociale.

Efficacia teorica: (efficacy): la capacità di produrre un determinato esito in condizioni sperimentali.

Efficacia pratica: (effectiveness): la capacità di produrre un determinato esito nella pratica quotidiana.

Efficienza: capacità di garantire la fruizione di un intervento di qualità ottimizzandone la sostenibilità.

Esito (o outcome o risultato): ciò che il fruitore della prestazione sanitaria ottiene per la sua salute.

Input: fattori che influenzano la vita di una organizzazione senza rientrare tra i suoi campi di intervento.

Manuale Qualità DIP: documento che descrive il Sistema per la Gestione della Qualità dell'organizzazione professionale Dipartimento di Prevenzione.

Metaorganizzazione: creazione di una grammatica validata consensualmente per la riduzione dell'ambiguità.

Non conformità: non ottemperanza a un requisito.

Organizzazione professionale: organizzazione la sua attività è:
-basata sulle conoscenze di professionisti presenti nel nucleo operativo;
-stabile, portando ad un comportamento predeterminato o predicibile o standardizzato;
-ma anche complessa, dovendo pertanto essere controllata direttamente dagli operatori che la svolgono.

Output: interventi, prestazioni e servizi alla persona attraverso i quali si realizza l'assistenza sanitaria.

Outcome: vedi esito.

Popolazione di riferimento: il complesso delle entità (cittadini, aziende, lavoratori, allevamenti zootecnici, discariche, sorgenti, ecc) cui, nel bacino territoriale di competenza del servizio, può riferirsi l'attività.

Popolazione di riferimento *definita*: una popolazione di riferimento è definita quando può essere descritta operativamente e quantificata.

Popolazione di riferimento *nota*: una popolazione di riferimento è nota quando esiste una fonte informativa accessibile che permette di identificarne ciascuna unità costitutiva.

Popolazione di riferimento *raggiungibile*: una popolazione di riferimento è raggiungibile quando il servizio ha le informazioni necessarie per intervenire presso ciascuna delle sue unità costitutive.

Priorità epidemiologica: un problema di salute che, sulla base di criteri espliciti e riproducibili, assume maggiore rilevanza rispetto ad altri pure documentabili nella popolazione di riferimento del bacino territoriale in cui opera il servizio.

Procedura: modo specificato per svolgere un'attività o un processo secondo definite specifiche qualitative.

Processo: attività che utilizza risorse per trasformare elementi in ingresso in elementi in uscita.

Qualità: capacità di rendere un intervento sanitario coerente con i fini sociali del Servizio Sanitario.

Reclamo: insoddisfazione di un esposto, fruitore o cittadino.

Risultato: vedi esito.

Sicurezza: capacità di abbattere *-o di ridurre al minimo - i danni alla salute dei cittadini causati dall'applicazione di un intervento sanitario.*

Standard di qualità: requisito relativo alle caratteristiche inerenti a un processo – sistema.

Tempestività applicativa: *capacità di attuare un intervento sanitario in tempi utili alla prevenzione di rischi e danni per la salute degli esposti.*

Valutazione: atto tendente ad attribuire valore a fatti, eventi, oggetti in relazione agli scopi perseguiti legittimi per cui l'organizzazione è stata fondata.

Valutazione di efficacia delle strutture sanitarie: azione organizzativa volta ad assegnare, attraverso metodi appropriati, valore ad una struttura sanitaria in base alla sua capacità di produrre esiti positivi per la salute dei suoi fruitori.

Valutazione di Impatto sulla salute: una combinazione di procedure, metodi e strumenti tramite i quali una politica, programma o progetto può essere giudicato per quanto riguarda i suoi potenziali effetti sulla salute di una popolazione e/o la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione stessa (es.: speranza di vita senza disabilità, mortalità evitabile, ecc.)

Variabili interne: fattori che possono essere disposti in modo da consentire il raggiungimento dei fini.

B) Glossario delle definizioni utilizzate per la registrazione dei dati di attività dai servizi del Dipartimento di Prevenzione

Glossario Servizio SA

Dati di contesto e di programmazione (annuali)

- Allevamento: vengono considerati allevamenti quelle attività zootecniche che producono animali per fini commerciali registrate e codificate in anagrafe, alle quali corrispondono una ragione sociale, un detentore ed una specie animale. Non vengono pertanto ricompresi gli allevamenti a carattere familiare.
- Allevamento bovino: si intendono gli allevamenti da riproduzione, da ingrasso e le stalle di sosta per commercio
- Allevamento suino: si intendono gli allevamenti da riproduzione, da ingrasso e le stalle di sosta per commercio
- Allevamento ovi-caprino: si intendono gli allevamenti da riproduzione e le stalle di sosta per commercio
- Allevamento equino: si intende qualsiasi attività di detenzione di equidi, sia all'aperto che in strutture chiuse
- Allevamento avicolo; si intendono gli allevamenti da riproduzione o da ingrasso per fini commerciali. Vengono considerati solo gli allevamenti con consistenza superiore ai 250 capi
- Allevamento cunicolo; si intendono gli allevamenti da riproduzione o da ingrasso per fini commerciali. Vengono considerati solo gli allevamenti con consistenza superiore ai 250 capi
- Allevamento ittico: si intendono gli allevamenti da riproduzione o da ingrasso per fini commerciali delle varie specie ittiche
- Allevamento selvaggina: si intendono gli allevamenti da riproduzione o da ingrasso per fini commerciali delle varie specie selvatiche
- Altri allevamenti: attività zootecniche da riproduzione o produzione delle altre specie (ratidi, apicola...) e altri non diversamente classificabili.

- Allevamenti da sottoporre a controllo sistematico: allevamenti delle specie sopra riportate da sottoporre a piani di profilassi per malattie contagiose, attuati obbligatoriamente su tutto il territorio nazionale.

Dati di attività (trimestrali)

Allevamento controllato per profilassi di stato**:** Allevamento assoggettato a controlli di routine a scadenza fissa, secondo i dettami della normativa vigente;
Ingressi effettuati negli allevamenti per profilassi di stato**:** Accesso all'allevamento da parte di personale del servizio a scadenza fissa per l'effettuazione delle prove diagnostiche (prelievi di sangue, prove allergiche, …)
Ingressi straordinari per profilassi di stato effettuati c/o altri allevamenti: Accesso all'allevamento da parte di personale del servizio che viene effettuato al di fuori delle scadenze fisse per l'effettuazione delle prove diagnostiche (prelievi di sangue, prove allergiche, …)
Allevamenti risultati infetti: Allevamenti in cui almeno un capo è risultato positivo ad un determinato test diagnostico, con conferma dell'IZS di referenza.
Capi risultati infetti: Animale che è risultato positivo ad un determinato test diagnostico, con conferma dell'IZS di referenza.
Provvedimenti amministrativi adottati (per capi abbattuti ed indennizzati) Misure adottate per capi abbattuti e indennizzati in base al dl 218/88
Allevamenti controllati per vigilanza permanente: Allevamento a carattere professionale al cui interno viene svolta la vigilanza ai sensi della normativa vigente.
Ingresso effettuato negli allevamenti per vigilanza permanente: Accesso all'allevamento da parte di personale del servizio, a seconda delle necessità, per l'effettuazione di prove diagnostiche in occasione di variazioni della popolazione animale allevata, nonché per la constatazione di requisiti igienici previsti dalla normativa
Certificazioni rilasciate per stato sanitario del bestiame: Rilascio di certificazione su modello 4 in base al DLGS 317/96
Allevamenti controllati per anagrafe bestiame: Allevamenti in cui è stata verificata l'esatto allineamento tra la consistenza del bestiame e la banca dati nazionale
Interventi effettuati in materia di randagismo: Intervento sul territorio che fa seguito ad una chiamata di cittadini o forze dell'ordine, per la cattura di randagi.
Sopralluoghi per verifica colonie feline: Intervento sul territorio che fa seguito ad una chiamata di cittadini, finalizzato alla constatazione dello stato igienico della colonia, nonché alla cattura finalizzata alla sterilizzazione

Glossario Servizio IAOA

Dati di contesto e programmazione

- N° stabilimenti di macellazione Carni Rosse:
  Stabilimenti ricadenti sotto i Regolamenti CE nn. 853 e 854/2004 in cui vengono macellati bovini, suini, equini ed ovicaprini.

- N° aziende di lavorazione, trasformazione, deposito di alimenti di origine animale riconosciute:
    1. Stabilimenti ricadenti sotto il Regolamento CE n. 853/2004 (esclusi i mattatoi) compresi i laboratori di sezionamento che si trovano all'interno dei mattatoi.
    2. altri stabilimenti di deposito dove si svolge attività di controlli UVAC o PIF
- N° aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande registrate: comprende
    1. spacci di carne con vendita al minuto anche se inseriti in esercizi commerciali più ampi (es. supermercati);
    2. spacci di vendita al minuto del pesce anche se inseriti in esercizi commerciali più ampi;
    3. spacci di vendita al minuto dal produttore al consumatore DL 59/63;
    4. auto-banchi con vendita al minuto e/o somministrazione;
    5. automezzi trasporto alimenti di OA soggetti ad autorizzazione e vigilanza;.
    6. centri imballaggio uova;
    7. laboratori miele (con commercializzazione);
    8. agriturismi con somministrazione pasti;
    9. mense ristorazione collettivo/assistenziale;
    10. depositi all'ingrosso di prodotti alimentari non ricompresi nelle altre voci della scheda
    11. esercizi di vendita generi alimentari
    12. gastronomia e rosticceria
    13. ristorazione pubblica e ristorazione collettivo aziendale
    14. feste e sagre paesane
    15. laboratori pasta fresca
    16. altri esercizi ricadenti sotto il Regolamento CE n. 852/2004

Dati di attività

Ispezioni produzione primaria

- N° totale di animali posti a visita sanitaria in stabilimenti di macellazione carni rosse:
  Numero di bovini, suini, equini ed ovicaprini che vengono posti a visita ante e post mortem nei mattatoi.
- N° tonnellate carni ispezionati carni rosse (peso morto + 5/4):
  Quantità in tonnellate di carne di bovini, suini, equini ed ovicaprini che vengono visitate dopo la macellazione corrispondenti al peso morto dell'animale più il 5/4 (testa, lingua, stinchi anteriori e posteriori, apparato gastrico).

- N° test per TSE (Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili):
  Numero di prelievi di cervello da inviare all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche per eseguire il test di ricerca delle Encefalopatie Spongiformi di bovini ed ovicaprini secondo la normativa in vigore.
- Tonnellate carni rosse sequestrate: tonnellate di carni escluse dal consumo umano esclusi i visceri.

- N° esami per trichinella effettuati (in carni di cinghiale, di suino ed equino): comprende gli esami effettuati presso stabilimenti di macellazione, quelli effettuati per macellazione di suini per uso privato e quelli effettuati sulla selvaggina uccisa a caccia.
- N° campioni di alimenti di origine animale effettuati (piani di controllo e sorveglianza): comprendono i prelievi eseguiti ai fini dei vari Piani (PNR, PRA ecc.) e quelli effettuati al fine del giudizio ispettivo (esami collaterali alla pratica ispettiva)
- N° campioni di alimenti di origine animale non idonei (piani di controllo e sorveglianza): comprendono i campioni che risultano positivi a germi patogeni, con cariche microbiche oltre i limiti di legge, a sostanze chimiche vietate o oltre i limiti di legge. Si considerano non idonei anche nel caso di positività dei visceri e negatività delle carni.

Controllo sistematico

Ci si riferisce all'attività di controllo sistematica programmata, prevista, prevedibile e nota al controllato

Per **controllo** si intende una visita (accesso) che comprenda una o più operazioni di controllo ufficiale (ispezione dei locali, ispezione e controllo delle merci, prelievo di campioni, controllo dell'igiene del personale, esame della documentazione, esame dei sistemi di verifica,...).

Il controllo va conteggiato una sola volta anche se copre diverse attività dello stabilimento e concerne diversi punti di controllo.

Vanno considerati anche i controlli effettuati a seguito di disposizioni UVAC e PIF

- Tonnellate di alimenti di origine animale sequestrate negli stabilimenti riconosciuti: si intendono gli alimenti che vengono tolti dal commercio, non più destinati al consumo umano e distrutti.

Vigilanza programmata

Attività di controllo imprevista e imprevedibile da parte del controllato, anche se effettuata su programma.

Si definisce **Sopralluogo** come una visita (accesso) che comprenda una o più operazioni di controllo ufficiale (ispezione dei locali, prelievo di campioni, controllo dell'igiene del personale, esame della documentazione, esame dei sistemi di verifica,...).

Il sopralluogo va conteggiato una sola volta anche se copre diverse attività dell' azienda alimentare e concerne diversi punti di controllo.

Non è da considerare sopralluogo l'accesso ad una attività durante il quale l'unica operazione di controllo effettuata consiste nel prelievo di campioni.

- Aziende sottoposte a vigilanza: comprende il numero delle aziende (stabilimenti o mezzi di trasporto) che sono state ispezionate nel periodo di riferimento. Ciascuna unità deve essere conteggiata una sola volta nel corso dell'anno anche se viene ispezionata più volte.
- Aziende sottoposte a vigilanza non a norma: comprendono le aziende alimentari in cui sono state rilevate non conformità che hanno determinato l'emissione di prescrizioni e di provvedimenti amministrativi.
- Campioni effettuati: numero di campioni prelevati che sono oggetto di controllo ufficiale
- Campioni non idonei (o non regolamentari): quelli nei quali sia stata riscontrata una o più non conformità. Nel caso di analisi di revisione conclusa, si fa riferimento all'esito di quest'ultima per stabilire se il campione è idoneo.

Vigilanza straordinaria su sistemi di allerta
Si intende l'attività svolta a seguito di attivazione da parte del sistema di allerta rapido; ad ogni attivazione corrisponde una segnalazione. Vanno conteggiate anche le allerte attivate dal nostro Servizio.
Vigilanza straordinaria su segnalazione
Si intende l'attività svolta a seguito di segnalazione di episodi tossinfettivi o i controlli effettuati a seguito di disposizioni UVAC e PIF.

Atti amministrativi
- Provvedimenti: per **provvedimento amministrativo** si intende ognuno di quegli atti amministrativi (ordinanze sindacali, diffide, ecc..) che sono emessi dall'ufficio in forma ufficiale, nonché i verbali di contestazione di violazione. Rientrano tra i provvedimenti amministrativi anche quelli che riguardano sequestri, dissequestri, sospensioni temporanee e revoche delle autorizzazioni, certificazioni ecc..
- Prescrizioni: tutte quelle disposizioni formalizzate per l'adeguamento igienico sanitario comprese quelle effettuate per i piani di autocontrollo aziendali.
- Numero DIA: DIA semplici o differite presentate al Servizio o per le quali rientra anche la competenza dello stesso di cui va valutata la completezza della documentazione indipendentemente dall'esecuzione del sopralluogo preventivo.

Glossario Servizio IAPZ

Dati di contesto e programmazione
- N° aziende di produzione, trasformazione, confezionamento, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande soggette a vigilanza programmata (produzione primaria e stabilimenti D.P.R. 54\97): per produzione primaria si intendono gli allevamenti bovini r ovini da latte
- N° aziende produzione, deposito, commercializzazione di farmaco veterinario: comprende i grossisti di farmaci e le farmacie in base al DL 119/92
- N° aziende produzione e commercializzazione di alimenti zootecnici: comprende mangimifici, rivendite ed intermediari
- N° allevamenti soggetti a vigilanza per il controllo del farmaco veterinario: di cui al DL 336/99
- Le Voci definite come "inserite nei piani di attività" sono da considerarsi come oggetto di attività programmata

Dati di attività
- Aziende controllate: comprende il numero delle aziende (stabilimenti o mezzi di trasporto) che sono state ispezionate nel periodo di riferimento. Ciascuna unità deve essere conteggiata una sola volta nel corso dell'anno anche se viene ispezionata più volte.
- N° sopralluoghi: si definisce **Sopralluogo** come una visita (accesso) che comprenda una o più operazioni di controllo ufficiale (ispezione dei locali, prelievo di campioni, controllo dell'igiene del personale, esame della documentazione, esame dei sistemi di verifica,...).

Il sopralluogo va conteggiato una sola volta anche se copre diverse attività dello stabilimento e concerne diversi punti di controllo. Deve essere conteggiata una sola volta anche il sopralluogo che dura più giorni.

Non è da considerare sopralluogo l'accesso ad una attività durante il quale l'unica operazione di controllo effettuata consiste nel prelievo di campioni.

- Campioni prelevati: numero di campioni prelevati che sono oggetto di controllo ufficiale
- Campioni non idonei (o non regolamentari): quelli nei quali sia stata riscontrata una o più non conformità. Nel caso di analisi di revisione conclusa, si fa riferimento all'esito di quest'ultima per stabile se il campione è idoneo.
- Provvedimenti: per **provvedimento amministrativo** si intende ognuno di quegli atti amministrativi (ordinanze sindacali, diffide, pareri autorizzativi, autorizzazioni, certificati sanitari, ecc..) che sono emessi dall'ufficio in forma ufficiale, nonché i verbali di contestazione di violazione. Rientrano tra i provvedimenti amministrativi anche quelli che riguardano sospensioni temporanee e revoche delle autorizzazioni.
- Prescrizioni: tutte quelle disposizioni verbali, registrate nella scheda interna di sopralluogo, fatte direttamente sul luogo di verifica da parte del tecnico che effettua la verifica stessa e che hanno poche ore o pochi giorni come termine di esecuzione per la regolarizzazione.
- N° sopralluoghi effettuati per sorveglianza del farmaco veterinario: comprende i sopralluoghi effettuati presso aziende di produzione, depositi, commercializzazione del farmaco, allevamenti e ambulatori veterinari
- N° campioni di latte e prodotti lattiero caseari non idonei: secondo il DPR 54/97
- N° indagini di laboratorio: si intendono i prelievi effettuati presso stazioni di monta, centri genetici e di fecondazione artificiale secondo quanto disposto dalle normative vigenti.

Glossario Servizio Servizio IAN

Dati di contesto

(01) Produttori primari (DM N.178/98): stabilimenti allo stadio della produzione primaria che producono prodotti alimentari non trasformati e destinati al consumo umano.

(02) Produzione e confezionamento (DM N.178/98): stabilimenti aventi un'attività di produzione (incluso il sezionamento), di trasformazione e/o un'attività di confezionamento e che non vendono al dettaglio.

(03) Distribuzione all'ingrosso (DM N.178/98): attività di distribuzione prima dello stadio della vendita al dettaglio

(04) Distribuzione al dettaglio (DM N.178/98): tutti i tipi di commercio al dettaglio con un'attività di commercializzazione dei prodotti alimentari per la vendita al consumatore finale

(05) Trasporti soggetti a vigilanza (DM N.178/98): mezzi e contenitori che sono sottoposti solo a vigilanza

(06) Trasporti soggetti ad autorizzazione (DM N.178/98): mezzi e contenitori che sono soggetti ad autorizzazione sanitaria

(07) Ristorazione pubblica (DM N.178/98): tutte le forme di ristorazione (esclusi i ristoranti ambulanti stagionali) che si svolgono in pubblici esercizi e che sono rivolte ad un consumatore finale indifferenziato

(07) Ristoranti ambulanti stagionali ed altri:

(08) Ristorazione Collettivo-Assistenziale (DM N.178/98): tutte le atre forme di ristorazione (residuali rispetto alle due voci precedenti) che sono rivolte ad un consumatore finale identificabile.

(09) Produzione, confezionamento con vendita al consumatore finale (DM N.178/98): macellai, panettieri, pasticceri, gelatai e tutte quelle attività nelle quali il prodotto viene trasformato e prevalentemente venduto al consumatore finale dallo stesso produttore.

Dati di attività

- Numero registrazioni (DIA): comprende il numero di DIA differite, DIA semplici, comunicazioni di cambio ragione sociale e comunicazioni di aggiornamento.
- Pareri preventivi rilasciati per pratiche edilizie: comprende il numero di pareri espressi per permessi a costruire, DIA, varianti, agibilità, Conferenze di Servizi, ecc….
- Aziende alimentari controllate: comprende il numero delle aziende (stabilimenti o mezzi di trasporto) che sono state ispezionate nel periodo di riferimento. **Ciascuna unità deve essere conteggiata una sola volta nel corso dell'anno anche se viene ispezionata più volte**.
- N° sopralluoghi: si definisce **Sopralluogo** come una visita (accesso) che comprenda una o più operazioni di controllo ufficiale (ispezione dei locali, prelievo di campioni, controllo dell'igiene del personale, esame della documentazione, esame dei sistemi di verifica,…).
  Il sopralluogo va conteggiato una sola volta anche se copre diverse attività dello stabilimento e concerne diversi punti di controllo. Deve essere conteggiata una sola volta anche il sopralluogo che dura più giorni.
  Non è da considerare sopralluogo l'accesso ad una attività durante il quale l'unica operazione di controllo effettuata consiste nel prelievo di campioni.
- N° aziende con infrazioni: è il numero di unità operative nelle quali sono state constatate infrazioni (e non il numero nelle infrazioni rilevate nel corso del sopralluogo).
  - Igiene generale: strutture (locali, attrezzature,..) igiene del personale
  - HACCP, formazione del personale: infrazioni di cui al Regolamento (CE) n 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari
  - Composizione: controllo delle condizioni di utilizzazione degli additivi, adulterazioni
  - Contaminazione (diversa da quella microbiologica): contaminazioni immediatamente evidenti riscontrate nelle materie prime, nei semilavorati, nei prodotti finiti; gli ammuffimenti rientrano in questa categoria.
  - Etichettatura e presentazione: controllo dell'etichettatura e delle affermazioni in etichetta relative agli ingredienti effettivamente utilizzati, la verifica visiva delle etichette e delle confezioni
  - Altro: tutte le infrazioni non ricomprese nei punti precedenti.
- Campioni prelevati: numero di campioni prelevati che sono oggetto di controllo ufficiale previsti dai piani di campionamento.

- Campioni non idonei (o non regolamentari): quelli nei quali sia stata riscontrata una o più non conformità. Nel caso di analisi di revisione conclusa, si fa riferimento all'esito di quest'ultima per stabile se il campione è idoneo. La verifica dovrà essere effettuata a fine anno, integrando i trimestri precedenti.
- Numero di infrazioni: numero complessivo di infrazioni rilevate non corso dei sopralluoghi e senza prelievo di campioni
- Provvedimenti: per **provvedimento amministrativo** si intende ognuno di quegli atti amministrativi (ordinanze sindacali, diffide, ecc..) che sono emessi dall'ufficio in forma ufficiale, nonché i verbali di contestazione di violazione. Rientrano tra i provvedimenti amministrativi anche gli atti emanati ai sensi del D.L.vo 193/2007 e del Regolamento (CE) 882/2004
- Prescrizioni: tutte quelle disposizioni verbali, registrate nella scheda interna di sopralluogo, fatte direttamente sul luogo di verifica da parte del tecnico che effettua la verifica stessa e che hanno poche ore o pochi giorni come termine di esecuzione per la regolarizzazione.
- Esami micologici: comprende gli esami micologici di commestibilità effettuati sia per i privati cittadini sia per l'attestazione ai fini commerciali.
- Sopralluoghi per feste e sagre paesane: comprende i sopralluoghi effettuati sia in fase preventiva (DIA) sia in vigilanza.

Glossario Servizio ISP

Dati di contesto

- N° punti di captazione e manufatti di trattamento/accumulo delle acque destinate al consumo umano: comprende il numero di punti di captazione (da acque profonde e superficiali) e di serbatoi di trattamento /accumulo presenti.
- N° campioni su captazione e manufatti di trattamento/accumulo di acque destinate al consumo umano programmati: numero di campionamenti programmati presso i punti di captazione e presso i serbatoi di trattamento/accumulo.
- N° punti di prelievo in distribuzione: comprende il numero di punti di prelievo presenti nella rete di distribuzione.
- N° campioni acque potabili programmati: numero di campionamenti programmati presso i punti di prelievo della rete di distribuzione.
- N° piscine pubbliche: numero di impianti censiti (e non di vasche) pubblici o ad uso pubblico, ad apertura sia annuale che stagionale, per il cui accesso e necessario il pagamento di un biglietto.
- N° strutture sanitarie censite: comprende le strutture sanitarie autorizzate o in esercizio di cui alla D.G.R. 251/2001 e le residenze protette individuate dal servizio o fornite in elenco da altre strutture o enti.
- N° strutture sanitarie inserite nei piani di attività: numero di strutture sanitarie di cui al punto sopra, individuate come oggetto di attività programmata.
- N° ambulatori di medicina di base e delle altre professioni sanitarie censiti: comprende gli ambulatori suddetti individuati dal servizio o forniti in elenco da altre strutture o enti.

- N° ambulatori di medicina di base e delle altre professioni sanitari inseriti nei piani di attività: numero di ambulatori di cui al punto sopra, individuati come oggetto di attività programmata.
- N° Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili, disagiati censite: comprende il numero di strutture di cui al piano sociale, individuate dal servizio o fornite in elenco da altre strutture o enti.
- N° Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, disabili, disagiati inserite nei piani di attività: numero di strutture di cui al punto sopra, individuate come oggetto di attività programmata.
- N°altre strutture ad utilizzo collettivo censite: comprende il numero di altre strutture (Cinema, scuole, circoli ricreativi, impianti sportivi pubblici; Strutture recettive alberghiere e non; Barbieri, parrucchieri, estetisti, Centri di Attività Motoria), individuate dal servizio o fornite in elenco da altre strutture o enti.
- N° altre strutture ad utilizzo collettivo inserite nei piani di attività: numero di altre strutture, di cui al punto sopra, individuate come oggetto di attività programmata.

Legenda Servizio Disinfestazione

Dati di programmazione e attività:
- Intervento programmato in ambito demaniale di disinfezione /disinfestazione /derattizzazione (DDD): si intende l'area che un singolo operatore può trattare in una giornata di lavoro, stabilito sulla base di zone omogenee concordate con i singoli comuni, come richiesto dal DGR 1029 del 13.9.2000.
- N° Interventi DDD programmato negli ospedali: si intende il numero di accessi, effettuati da uno o + operatori, programmati per trattamento DDD negli ospedali.
- N° interventi DDD su richiesta: comprende gli interventi diversi da quelli programmati, richiesti sia da enti pubblici che da privati cittadini

Glossario Servizio Servizio PSAL

Dati di contesto e programmazione

- N° unità produttive registrate c/o C.C.A.I.: per *unità produttiva* si intende la definizione di impresa di cui all'art. 2 lettera i del D.Lgs. 626/94 e succ. modif.
- N° unità produttive inserite nei piani di attività: comprende il numero di unità produttive di cui al punto sopraindicato che sono oggetto di attività programmata
- N° unità produttive a rischio di incidenti rilevanti: si intendono le unità produttive che rientrano nel campo di applicazione del D.Lgs. 334/99
- Per addetto si intende la definizione di lavoratore di cui all'art. 2 1 comma lettera a del D.Lgs. 626/94 e succ. modif.

Dati di attività

- N° aziende o unità produttive o strutture sanitarie controllate: comprende:

- a) le **aziende ispezionate**, cioè quelle oggetto di sopralluogo;
- b) le azienda per le quali è stata effettuata verifica documentale.

Nel caso di inchiesta infortunio l'attività di vigilanza in azienda deve essere comunque conteggiata anche in questa voce **Ciascuna azienda deve essere conteggiata una sola volta nel corso dell'anno anche se viene "controllata" più volte**.

- Per aziende o unità produttive o strutture sanitarie non a norma al primo sopralluogo si intendono le imprese dove sono stati emessi o assunti provvedimenti sanzionatori e/o amministrativi. Non vanno comprese in questa voce le aziende in cui siano stati emessi provvedimenti amministrativi tipo "disposizioni"
- Attività di vigilanza nelle unità produttive: per altre unità produttive si intendono tutte le unità produttive non ricomprese negli altri punti
- N° campionamenti ambientali: comprende ogni prelievo con riscontro analitico
- N° misurazioni fonometriche: ci si riferisce ad ogni singola misurazione
- N° misurazioni parametri microclimatici: comprende ogni misurazione effettuata sia in combinazione automatica che come singola misurazione manuale
- N° analisi polveri/fibre: comprende anche l'analisi ponderale
- N° cantieri "significativi" da controllare: si intendono i cantieri edili così definiti dalle Linee Guida aziendali
- N° strutture sanitarie controllate: comprende le strutture sanitarie di cui al DPR 14/01/97 e D.G.R. 251/2001.
- N° denunce infortuni sul lavoro "significativi": comprende gli infortuni sul lavoro così definiti dalle Linee Guida Aziendali. I criteri di selezione sono:
  - infortuni mortali
  - lesioni gravi / gravissime (prognosi > 40 giorni)
  - infortuni con prognosi > 30 giorni e comunque significativi per tipologia di comparto (edilizia, metalmeccanico, agricoltura, legno, sanità), per modalità di accadimento, per rapporto di lavoro (lavoratore dipendente), per uso di una macchina.
- Per relazioni sanitarie si intendono le relazioni dei medici competenti effettuate in conformità alla DGR 2881/97.
- Per esami integrativi si intendono gli accertamenti di tipo strumentale effettuati direttamente dai medici del servizio (spirometrie, audiometrie, visiotest-ergovision, ECG, ecc.)
- N° altri pareri e valutazioni: comprende tutti i pareri espressi dal servizio non ricompresi negli altri punti. In questa voce non devono essere considerati i pareri su progetti per Nuovi Insediamenti Produttivi (NIP)
- Violazioni contestate: per violazione si intende ogni singolo punto di contestazione all'interno del verbale di contravvenzione

Si definisce **Sopralluogo** come un intervento (accesso) che comprenda una o più operazioni di ispezione e controllo (ispezione dei locali e/o ambienti di lavoro, verifiche di aspetti tecnico-normativi, misurazioni o rilevazioni di igiene industriale, ecc.).
Il sopralluogo va conteggiato una sola volta anche se copre diverse attività dello stabilimento e concerne diversi punti di controllo.
Non è da considerare sopralluogo l'accesso ad una attività durante il quale l'unica operazione di controllo effettuata consiste nel prelievo di campioni.

Per **provvedimenti sanzionatori** si intendono i verbali di contravvenzione di cui al D.Lgs 758/94
Per **provvedimenti amministrativi** si intende ognuno di quegli atti amministrativi che sono emessi direttamente dal servizio, compresi i verbali di contestazione di violazione amministrativa, diffide e disposizioni.

Glossario *Sportello Unico IP:*

- Richiesta parere: specifica richiesta formulata, dal responsabile dello sportello unico per l'edilizia comunale o direttamente dal cittadino, allo sportello nip territorialmente competente, ai fini dell'acquisizione del prescritto parere (lr 01/2004, art 5, comma 3, lettera a);
- Parere nip: atto attestante la trasmissione, allo sportello unico per l'edilizia comunale o direttamente al cittadino, dei pareri espressi dai servizi competenti a valutare la compatibilità dei piani urbanistici, dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere nonchè la rispondenza degli insediamenti realizzati alle specifiche norme di riferimento (legge 833/89 art. 20, lettera f - lr 01/2004);
- Parere del servizio: giudizio di conformità a specifiche norme espresso:
- su piani urbanistici, piani attuativi, progetti per la realizzazione, l'ampliamento, la ristrutturazione o la riconversione di insediamenti produttivi;
- a seguito di sopralluogo, su insediamenti già realizzati ai fini del rilascio del certificato di agibilità;
- Pratiche inevase: sono le pratiche, relative a richieste di parere, pervenute allo sportello nip, per le quali non è stata avviata l'istruttoria[71] oppure, pur essendo stata avviata l'istruttoria, la stessa non ha portato ad alcun esito (parere o richiesta integrazione). (non sono da ricomprendere tra le "pratiche inevase", quelle temporaneamente giacenti perché in attesa di presentazione di documentazione integrativa o perché temporaneamente sospese dal soggetto che ha formulato la richiesta).

Glossario Servizio ***Impiantistico: da definire***

[71] Avvio dell'istruttoria di una pratica da parte dello sportello nip vuol dire aver comunicato la presenza della stessa ai servizi.

Bibliografia

- Agency for Healthcare Research and Quality (2003): "*National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*." Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality, accessed 7 March 2008).
- CSDH (2008): *"Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health."* Geneva, World Health Organization.
- Davis D (2008) *"La storia segreta della guerra contro il cancro"* Codice edizioni, Torino.
- European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (coord.: Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE) ((2008): *"Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries"* . N Engl J Med. 2008 Jun 5;358(23):2468-81.
- Gardini A.(2007): "*Verso la qualità*". Centro scientifico ed., Torino
- Gouldner AW (1974) "The future of Intellectuals and the Rise of the New Class". New York
- Gross.E, A. Etzioni (1996) *" Società e organizzazioni"* Il Mulino 1996.
- Hess C e Olstrom E (2009) *"La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica"* Bruno Mondadori ed, Torino.
- Kawachi I., Subramanian S.V., Almeida-Filho, N., (2002): *"A glossary for health inequalities."* Journal of Epidemiol Community Health;56:647–652
- Intergovernmental Panel on Climate Change (2007).*Climate change 2007. The physical science basis: summary for policymakers.* Geneva, IPCC, 2007 (Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the IPCC).
- Mc Keon (1979): *"The rule of medicin. Dream, mirage or nemesis?"* 2nd ed. Oxford, UK; Basil Blackwell,
- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Mintzberg H (1996): *"La progettazione dell'organizzazione aziendale."* Il Mulino, Bologna;
- Mintzberg: H (2004) *"Managers not MBAs"*. Berrett Koehler, 2004.
- Morgan G (1995) "Images, Le metafore dell'organizzazione" Franco Angeli, Milano.
- NHS Executive (1999): *"Clinical governance in the new Nhs*. Circular 065. (www. doh.gov.uk).
- OERU (Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria) (2006*) "Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario – DVSS - Vol.A. Stato di salute e principali determinanti"*, SEDES, Perugia.
- OERU (Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria) (2007*) "Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario – DVSS - Vol.B. Valutazione degli esiti della assistenza socio sanitaria in Umbria"*, Sedes, Perugia.
- Regione Marche (1999): "DGR 171/1999: requisiti per la garanzia ed il miglioramento continuo della qualità dei dipartimenti di prevenzione", Ancona.
- Romagnoli C. (2003): *"Evidenze sociologiche sulle organizzazioni sanitarie"*. Educazione sanitaria e promozione della salute. 26, 1; 32-56.
- Romagnoli C, Minelli L (2008) *"Meta organizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro"* Politiche sanitarie, 9,3; pp 133-139, 2008"
- Rullani E. (2003)***"Produzione di conoscenza e valore nel postfordismo***", in "L'età del capitalismo cognitivo. Innovazione, proprietà e cooperazione delle moltitudini". A cura di Yann Moulier Bouteng. Ombre corte/ culture, 2003, Verona.
- Schein EH (1985) *"Organizational culture and leadership"* San Francisco, CA: Jossey-Bass Publisher,
- Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità pubblica Sezione Marche (1986): "Valutazione della qualità dei servizi di igiene e sanità pubblica" A cura di G Renga, F Di Stanislao, C. Maffei, Ancona
- US Departments of health and human services (2001): *"Healthy people 2010. Understating and improving Health."* Washington, DC: US Departments of health and human services.
- C. Vercellone editor (2006): ***"Capitalismo cognitivo. Conoscenza e finanza nell'epoca postfordista."*** Manifestolibri, Roma.
- WHO (1978): *"L'assistenza sanitaria di base. Atti della Conferenza di Alma Ata 6-12 settembre 1978"* Quaderni del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia. Il Pensiero Scientifico Ed., Roma
- WHO (1998): *" Social determinants of health: the Solid facts"*. WHO, Regional Office for Europe, Cophenagen,
- WHO (2003): *" Social determinants of health: the Solid facts. Second edition"*. WHO, Regional Office for Europe, Cophenagen,
- *WHO (2007): "WHO mortality database"*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; http:// www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html, accessed 1 July 2008).
- WHO (2008a): *"The world health report 2008 : primary health care now more than ever."* WHO Geneva.
- WHO (2008b): *"Protecting health from climate change - World Health Day 2008"*. WHO Geneva

Allegato al "Manuale di Qualità" del Dipartimento di Prevenzione versione 0

"Meta organizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro"

Politiche sanitarie, 9,3; pp 133-139, 2008"

Carlo Romagnoli[72], (Liliana Minelli)[73]

1) L'innovazione nelle organizzazioni professionali secondo il pensiero organizzativo

L'innovazione della qualità professionale rappresenta una sfida centrale per il nostro Servizio sanitario nazionale, chiamato a dare risposte di qualità ai bisogni di salute dei cittadini.
Ma innovare conoscenze e capacità in una organizzazione che utilizza professionisti nel nucleo operativo presenta gli stessi problemi di una organizzazione in cui il nucleo operativo utilizzi lavoratori manuali?
Nel secondo caso fattori quali la natura utilitaristica dell'organizzazione, la sostanziale semplicità sia delle procedure da apprendere che dei compiti assegnati ai lavoratori, la definizione delle procedure a livello intraorganizzativo e la presenza di una chiara catena di comando permettono di introdurre innovazione a partire da scelte compiute dal vertice strategico, senza incontrare sostanziali difficoltà applicative.
Ma la sanità, quale organizzazione professionale non presenta nessuno dei precedenti fattori:

- ha una natura eminentemente normativa;
- le procedure che i professionisti applicano sono:
    - difficili da apprendere;
    - non si formano nell'organizzazione in cui essi lavorano, ma sono il portato di apprendimenti universitari o di decisioni assunte nella separatezza delle società scientifiche;
    - la loro applicazione da parte dei professionisti è complessa e richiede pertanto il controllo diretto da parte di chi le esegue;
- una ampia autonomia (darsi da sé le proprie leggi!) professionale viene riconosciuta ai professionisti per il particolare ruolo che tutte le formazioni economico sociali assegnano a coloro che sono ritenuti in grado di far ottenere una transizione dallo stato di malattia a quello di salute, qualunque ne siano le accezioni culturali dominanti;
- a ben guardare nelle organizzazioni professionali:
    - non vi è alcuna catena di comando nel senso proprio del termine
    - l'organizzazione rappresenta per i professionisti una sorta di *circostanza secondaria*, un luogo in cui può essere conveniente organizzare le proprie strategie cliente - mercato e/o svolgere la propria professione avvantaggiandosi delle risorse messe a disposizione, dalla presenza dei colleghi sia in termini di confronto culturale che di maggiori garanzie per i clienti.

E' con l'opera di Alvin Gouldner che il pensiero organizzativo affronta per la prima volta in modo sistematico il problema di articolare e differenziare il modello di analisi della burocrazia, proponendo una prima tipologia formata da una pluralità di modelli. La diversità delle situazioni lavorative osservate suggerisce a questo autore l'opportunità di abbandonare l'ipotesi weberiana di un solo modello unificante dei fenomeni burocratici e di ipotizzare almeno l'esistenza di due modelli di burocrazia, la cui applicazione

[72] Coordinatore generale del DVSS (DGR 1057/2004), medico esperto in programmazione e valutazione dei servizi socio sanitari, ASL 2 dell'Umbria (cromagnoli@ausl2.umbria.it).
[73] Dipartimento Specialità Medico Chirurgiche e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia

dipenderebbe dai diversi contenuti del lavoro: *ci sono situazioni caratterizzate da una forte professionalità in cui il principio di competenza è istituzionalmente riconosciuto come superiore al principio di disciplina*.
Il richiamo di Gouldner a Weber è utile per definire alcuni contrasti:

- quello tra i comportamenti che l'agire in una burocrazia richiederebbe ai professionisti e la enorme discrezionalità che le aspettative della società rispetto al loro intervento assegna loro;
- quello tra la non proprietà dei mezzi di produzione (uno dei requisiti maggiori per l'imparziale attività del burocrate ideale) ed il carattere del tutto peculiare della conoscenza in quanto mezzo di produzione non reificabile, che pertanto non può essere rinchiusa in una stanza -come invece si può fare con altri mezzi di produzione - né essere soggetta al controllo dell'O.

Per Amitai Etzioni in qualsiasi O. l'ordine sociale non nasce solo dalla interiorizzazione di valori, ma dalla congruenza tra scopi (controllo, profitto, cultura), tipi di controllo (coercitivo, contratto utilitaristico, coinvolgimento volontario) e disposizione all'obbedienza dei membri dell'O.
Ai nostri fini, tra le principali conseguenze di tale analisi, interessa mettere in risalto il fatto che il potere della gerarchia organizzativa diviene una variabile dipendente del conflitto – sempre presente !- all'interno dell'O. e che *l'orientamento dei membri può variare in base alla congruenza tra scopi , tipo di controllo e disposizione all'obbedienza, divenendo pertanto alienativo o calcolativo o impegnato*.
Anche per Etzioni, come per Gouldner *la disposizione all'obbedienza è inversamente associata alla competenza posseduta*: delle tre tipologie possibili di O. (coercitive; remunerative; normative) egli ascrive alla terza categoria le O. cognitive/professionali, rilevando anche che tanto maggiore sarà l'efficienza complessiva di tale O. quanto maggiore sarà la congruenza tra la disposizione all'obbedienza data e le altre variabili. *Ne deriva che nelle O. cognitive/ professionali controlli coercitivi o basati su contratti utilitaristici sono fonte di inefficienza*.
Per Henry Minztberg l'O. può essere definita semplicemente come il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento tra tali compiti. Le variabili o gli elementi dell'organizzazione debbono essere scelti in modo da raggiungere un'armonia o una coerenza interna e nel contempo anche una coerenza di fondo con la situazione dell'organizzazione.
Minztberg, che ha una curiosa predilezione per il numero 5, individua cinque parti fondamentali in cui si articola una O.[74]; in ciascuna di tali parti vige una delle cinque possibili modalità di coordinamento[75] delle attività a seconda che si tratti di una delle cinque configurazioni organizzative in cui sono differenziabili tutte le O.:

---

[74] "1) Il nucleo operativo, che comprende le persone - gli operatori - che svolgono l'attività fondamentale direttamente legata all'ottenimento dei prodotti e dei servizi. Tra i professionisti delle OP il meccanismo privilegiato di coordinamento è la standardizzazione delle capacità; .2) Il vertice strategico, formato dalle persone che hanno la responsabilità globale dell'organizzazione, più coloro che forniscono un supporto diretto alla loro attività. Il vertice strategico deve assicurare che l'azienda assolva alla sua missione in modo efficace e che risponda ai bisogni di coloro che controllano o che comunque hanno un potere sull'azienda stessa. Per questo il vertice strategico svolge tre funzioni: # supervisione diretta; # gestione delle relazioni di confine; # sviluppo della strategia aziendale, intesa come forma di mediazione tra l'azienda e il suo ambiente. Tra i manager del vertice strategico il meccanismo privilegiato di coordinamento è l'adattamento reciproco. 3) La linea intermedia; Il vertice strategico è collegato al nucleo operativo dalla catena di manager della linea intermedia che detengono l'autorità formale. Il manager della linea intermedia svolge: # alcuni compiti nel flusso di supervisione diretta al di sopra e al di sotto di lui (raccoglie informazioni di feedback sulle performance della propria unità organizzativa; filtra i problemi, attività delicata legata alla definizione degli ambiti di supervisione diretta con il vertice strategico); # gestione delle relazioni di confine; # partecipazione alla definizione della strategia per la propria unità organizzativa. Meccanismo principale di coordinamento è la supervisione diretta. 4) La tecnostruttura; è costituita dai responsabili della standardizzazione, rappresentati in gran parte dagli analisti: # analisti del lavoro; # analisti di pianificazione e controllo, che standardizzano gli output; # analisti di problemi del personale, compresi i formatori ed i reclutatori, che standardizzano le capacità (attività in gran parte esterna). Per coordinare il loro lavoro con quello degli altri membri dell'O. si ricorre largamente all'adattamento reciproco. 5) Lo staff di supporto: Unità specializzate che forniscono all'azienda un supporto "esterno" al suo flusso di lavoro operativo e differiscono dalla tecnostruttura in quanto non si occupano di standardizzazione. Le grandi aziende autoproducono (internalizzano) i servizi di supporto di cui hanno bisogno, piuttosto che acquistarli da fornitori esterni, in modo da esercitare controllo. Per le diversità che caratterizzano le unità di supporto non vi è un meccanismo di coordinamento da loro prevalentemente utilizzato, anche se, essendo unità altamente specialistiche la standardizzazione delle capacità appare come il meccanismo di coordinamento singolarmente" (H. Mintzberg: "La progettazione dell'organizzazione aziendale." Il Mulino, Bologna, 1996).

[75] "1) *l'adattamento reciproco* consegue il coordinamento attraverso il semplice processo della comunicazione informale. il controllo del lavoro resta nelle mani di coloro che lo eseguono; 2) *la supervisione diretta* consegue il coordinamento attraverso una persona che assume la responsabilità del lavoro di altri, dando loro ordini e controllando le loro azioni; 3) *la standardizzazione dei processi* di lavoro si ha quando si specificano o si programmano i contenuti del lavoro; 4) *la standardizzazione degli output* si ha quando si specificano i risultati del lavoro, per esempio le dimensioni del prodotto o la performance; 5) *la standardizzazione delle capacita*' si ha quando viene specificato il tipo di formazione richiesto per eseguire il lavoro" (H. Mintzberg, op. cit.).

- la struttura semplice, fondata sulla supervisione diretta, nella quale la parte essenziale è il vertice strategico;
- la burocrazia meccanica, fondata sulla standardizzazione dei processi di lavoro, nella quale la parte fondamentale è rappresentata dalla tecnostruttura;
- la burocrazia professionale, fondata sulla standardizzazione delle capacità, nella quale la parte fondamentale è costituita dal nucleo operativo;
- la soluzione divisionale, fondata sulla standardizzazione degli output, nella quale la parte fondamentale è rappresentata dalla linea intermedia;
- la adhocrazia, fondata sull'adattamento reciproco, nella quale la parte fondamentale è rappresentata dallo staff di supporto e talvolta anche dal nucleo operativo. esistenti lai spiegherebbero.

Ai nostri fini è importante considerare la burocrazia professionale (BP) in quanto configurazione organizzativa di gran lunga prevalente nella sanità, che presenta proprie caratteristiche quando se ne analizzino la natura, i rapporti di potere, il funzionamento, ed i problemi.

Natura organizzativa: *la B.P. è un insieme di professionisti, dotati di conoscenze formalizzate e chiamati ad applicarle su questioni di valore sostanziale, che si riuniscono per utilizzare risorse e servizi di supporto e che per tutti gli altri aspetti perseguono la massima autonomia* nell'esercizio della professione operando in modo relativamente indipendente dai propri colleghi, ma in stretto contatto con i clienti che servono: per molti professionisti l'O. è una ***circostanza secondaria***, un posto conveniente dove applicare e utilizzare le proprie capacità.

Rapporti di potere: la BP attribuisce direttamente il potere ai suoi membri èd è, in tal senso, molto democratica:

a. vi è un estremo decentramento dei livelli decisionali con la massima valorizzazione del parere dei singoli membri (organizzazione collegiale);
b. vi è un attento controllo collettivo delle decisioni amministrative e direzionali che riguardano i professionisti (assunzioni di colleghi, promozioni, allocazioni di risorse, sistemi operativi professionali);
c. vi è un attento controllo della linea intermedia da parte dei professionisti
d. vi è un forte condizionamento del potere del manager nel caso in cui i professionisti ritengano che egli non persegua né difenda in modo adeguato i loro interessi: la funzione esecutiva viene riportata al suo significato letterale;
e. il principio di competenza è istituzionalmente (accettazione e richiesta sociale della bassa disposizione all'obbedienza) riconosciuto come superiore al principio di disciplina.

Funzionamento: per conseguire il coordinamento la OP. si fonda sulla standardizzazione delle capacità e sui connessi parametri di progettazione organizzativa (la formazione e la socializzazione primaria e secondaria - o indottrinamento, secondo Minztberg-):

a) la complessità delle attività impedisce la supervisione diretta da parte di manager o la standardizzazione da parte di analisti, così come il ricorso in misura elevata alla formalizzazione dell'attività professionale o a sistemi di pianificazione e controllo;
b) i professionisti chiedono attivamente:
    i. l'autocontrollo sulle proprie attività;
    ii. l'autocontrollo sulle norme etiche che regolano l'attività della professione, affidandone la gestione ad emanazioni della professione stessa;
    iii. il controllo sull'uso discrezionale delle risorse dell'O;
    iv. controllo sugli accessi all'esercizio della professione;
c) resistenza ai controlli esterni, rifiuto della supervisione diretta e della standardizzazione di processo da parte di non professionisti
d) gli standard si formano largamente all'esterno dell'organizzazione, nelle associazioni indipendenti di cui fanno parte sia i membri del nucleo operativo sia i loro colleghi appartenenti ad altre burocrazie professionali (società scientifiche);
e) tutti devono accettare l'innovazione proposta perché esso si verifichi, in un processo di condivisione lento e difficile.

Derive organizzative e funzionali: il potere attribuito ai professionisti dalla conoscenza e dal riconoscimento sociale ottenuto, comporta una serie di fenomeni indesiderabili:

a) Resistenza all'innovazione[76]: dato che i professionisti utilizzano procedure acquisite nel percorso di formazione di base o approvate dalle società scientifiche, sono orientati a classificare le contingenze rappresentate dai problemi di salute dei singoli pazienti nelle categorie disponibili; prevale pertanto il pensiero convergente (deduzione) su quello divergente (induzione) e ne conseguono:
    i. difesa strenua dei programmi esistenti;
    ii. resistenza all'innovazione quando implichi sforzo interdisciplinare.
b) uso di conoscenze e capacità per fini personali o extraorganizzativi;
c) imposizione delle strategie personali prodotto – mercato;
d) affossamento delle strategie aziendali non condivise dai professionisti;
e) scarse sanzioni verso i professionisti incompetenti o poco coscienziosi;
f) impossibilità a superare le imperfezioni della standardizzazione delle capacità come meccanismo di coordinamento;
g) conflitti con l'autorità formale per il controllo sull'uso delle risorse dell'O
h) istituzionalizzazione dell'uso privato del pubblico: pressioni sul legislatore perché siano varate leggi che garantiscono alla professione l'esercizio privato delle conoscenze all'interno dell'O, in contrasto con il principio costituzionale del diritto alla salute;

2) L'innovazione nell'ottica aziendale

A fronte delle evidenze disponibili nella letteratura sociologica, in Italia si è scelto di applicare al SSN un modello aziendale, che, se non ha alcuna relazione con esse, ha comunque dovuto fare i conti con il funzionamento "spontaneo" delle organizzazioni professionali (burocrazie professionali descritte da Mintzberg), dando luogo a contorte e del tutto disfunzionali soluzioni organizzative[77].

---

[76] Come la burocrazia meccanica, la burocrazia professionale (bp), termine con cui Mintzberg designa le organizzazioni professionali, "è una o. rigida, molto adatta a realizzare i suoi output standard, ma poco adatta a produrne di nuovi. Infatti se i programmi esistenti possono essere perfezionati dai singoli professionisti, i programmi nuovi superano le specializzazioni esistenti (in sostanza implicano una ridefinizione delle categorie) richiedendo quindi uno sforzo interdisciplinare; ne conseguono, data la riluttanza dei professionisti a lavorare in modo cooperativo, problemi di innovazione. I problemi di innovazione nelle b.p. derivano dal fatto che i professionisti applicano un approccio deduttivo (uso del pensiero convergente), cioè affrontano le situazioni specifiche in termini di concetti generali, cioè ancora costringono i problemi nuovi nelle classificazioni vecchie. Le soluzioni innovative richiedono però ragionamenti induttivi e l'uso del pensiero divergente. Le b.p. e le associazioni professionali che ne controllano le procedure si dimostrano esitanti verso il cambiamento dei modi di procedere ben consolidati, connotandosi quindi come conservatrici. Nelle b.p., data l'autonomia dei professionisti e la natura bottom-up del processo decisionale, tutti e non solo pochi manager o i rappresentanti dei professionisti debbono concordare ed accettare il cambiamento. Di conseguenza il cambiamento si verifica lentamente e con difficoltà" (H Mintzberg, op cit).

[77] "Generalmente gli esterni alla professione - clienti, manager non professionisti, membri della società nel suo complesso ed i loro rappresentanti negli organi elettivi - attribuiscono i problemi alla mancanza di controlli esterni sul professionista e sulla professione agendo quindi di conseguenza e cioè cercando di realizzare il controllo dell'attività mediante meccanismi di coordinamento diversi dalla standardizzazione delle capacità. In modo specifico essi tentano di utilizzare la supervisione diretta, la standardizzazione dei processi di lavoro o la standardizzazione degli output:

- l'inserimento di livelli intermedi di supervisione diretta deriva dall'ipotesi che l'attività professionale possa essere controllata, come ogni altra attività, in modo top-down, un'ipotesi che si è invece ripetutamente dimostrata sbagliata;
- le forme di standardizzazione diverse dalla standardizzazione delle capacità, invece di consentire il controllo dell'attività professionale, spesso scoraggiano e ostacolano i professionisti: i complessi processi di lavoro non possono essere formalizzati mediante regole e norme e gli output vaghi e indeterminati non possono essere standardizzati attraverso i sistemi di programmazione e controllo se non con effetti fuorvianti. Programmando i comportamenti sbagliati e misurando gli output sbagliati, si obbligano i professionisti a giocare il gioco della burocrazia meccanica e cioè a soddisfare gli standard invece di servire i clienti, riproponendo nuovamente l'inversione mezzi-fini;
- il fatto è che compiti complessi possono essere svolti in modo efficace solo se ne viene affidato il controllo a coloro che li eseguono. I controlli possono essere opportuni solo laddove i comportamenti responsabili sono rari; altrimenti hanno solo l'effetto di scoraggiare la serietà professionale.
- i controlli turbano anche la delicata relazione tra il professionista ed il suo cliente, una relazione che si fonda sul libero contatto personale fra i due soggetti;

Nel modello aziendale le aziende sanitarie e gli assessorati regionali alla sanità sono rimasti sostanzialmente ingabbiati nell'approccio fordista classico "io progetto e controllo, tu esegui", mettendo in campo sistemi di programmazione e controllo popolati di obbiettivi quantitativi tanto facili da misurare quanto insostanziali rispetto a qualità, esiti ed innovazione; l'abbinamento dei dispositivi budgettari con sistemi premianti basati su incentivi economici e meccanismi di valorizzazione economica delle prestazioni, ha promosso una visione utilitaristica del ruolo e dell'impegno professionale dei professionisti contribuendo sia ad alterare la congruenza tra scopi, tipo di controllo e disposizione all'obbedienza, sia a indurre nei professionisti un atteggiamento nei confronti del lavoro che non è più impegnato, ma calcolativo, e che in quanto tale corrompe valori e norme della professione.
In concreto:

- da un lato l'innovazione della qualità professionale continua in gran parte ad avvenire al di fuori delle aziende sanitarie e cioè nelle società scientifiche, dove i professionisti ritengono di avere maggiori opportunità per garantire la loro autonomia professionale e dove pure è alto il rischio di scelte non indipendenti in quanto condizionate da interessi commerciali o extraorganizzativi;
- dall'altro lato si insiste nel delegare tecnostrutture aziendali e/o agenzie sanitarie regionali a programmare ed introdurre l'innovazione nei servizi socio sanitari, in una logica tanto invalutata quanto inefficace, la cui funzione latente è quella di rassicurare politici e pubblica opinione sulla volontà di innovazione delle burocrazie aziendali. Purtroppo questo comporta anche la attivazione di serbatoi di capitale intellettuale che vengono sottratti dalle line organizzative delle aziende e delle giunte per collocarli in ambienti protetti (tecnostrutture ed agenzie, appunto) che dovrebbero consentire lo svolgimento di attività funzionali all'innovazione senza le viscosità, i rumori di fondo e le distrazioni proprie dei contesti di origine. Contrariamente alle attese, le relazioni, i rapporti di studio e le varie soluzioni prototipali da queste prodotti hanno impatti modesti o nulli sull'innovazione della pratica professionale anche perché messe a punto troppo spesso al fuori dei contesti applicativi reali e dai contesti legittimi dai professionisti. Un secondo effetto paradossale di tali soluzioni consiste nell'impoverimento culturale dei contesti organizzativi originari, non bilanciato dalla loro irrorazione con documenti informativi e rapporti magari di alto profilo scientifico. Infatti l'esodo (o allontanamento secondo altri) del capitale intellettuale priva tanto i livelli decisionali degli indispensabili supporti conoscitivi necessari per interpretare le informazioni (come documentano le pile di intonsi rapporti che affollano molte scrivanie di decisori), quanto i contesti operativi di quelle figure che svolgono la funzione di leadership sostanziale, mediazione culturale e di motivazione nei confronti del corpo complessivo di professionisti attivo nei servizi.

Se è vero che una organizzazione per funzionare bene deve in primo luogo dare senso all'agire organizzativo dei suoi membri (EH Schein), che una delle più importanti funzioni della leadership è quello di contribuire alla creazione di senso e che solo premiando gli atteggiamenti impegnati si favorisce la necessaria spinta all'innovazione, possiamo osservare che il modello aziendale in generale, la declinazione concreta che ne danno alcune leggi (vedi le leggi finanziarie degli ultimi dieci anni che disarticolano la principale risorsa del SSN, il suo capitale intellettuale), i criteri amicali con cui molte giunte regionali nominano le direzioni aziendali e scelgono la dirigenza di struttura lungi dal creare le condizioni per l'innovazione, danno luogo ad una sostanziale distruzione di senso.

- se nella burocrazia meccanica la razionalizzazione rende disponibili ai clienti output a basso costo, nelle attività professionali la razionalizzazione comporta invece servizi inefficaci e impersonali.

I controlli esterni, inoltre, possono ridurre l'incentivo a perfezionarsi e ad innovare, incentivo quest'ultimo che nelle b. p. è nella migliore delle ipotesi, debole (H. Mintzberg, op cit).

3) Economie della conoscenza, lavoro cognitivo e meta organizzazione.

Parallelamente alla transizione epidemiologica, si è realizzata un'altra transizione, altrettanto determinante: la ***transizione culturale***[78], contrassegnata dal fatto che con l'istruzione di massa si è avuto il passaggio da una società divisa tra pochi che avevano moltissime conoscenze e molti che ne avevano pochissime, verso una società in cui molti hanno molte conoscenze e alcuni sono specializzati in definiti settori di ricerca o applicativi. *Il gap cognitivo che rendeva accettabile che pochi pensassero e molti eseguissero è ormai alle nostre spalle.*

Con la rivoluzione informatico elettronica e delle comunicazioni iniziata negli anni '70, le economie dei grandi paesi capitalistici divengono sempre più centrate sui sistemi informatico elettronici per la gestione e la trasmissione dell'informazione, una evoluzione che si combina con la necessità sia di elevare le qualità cognitive dei lavoratori a fronte sia delle mansioni produttive divenute necessarie, che di garantire una domanda per l'offerta dei beni prodotti dagli emergenti settori dell'informatica di massa e della comunicazione, tanto più fruibili quanto maggiore è il livello cognitivo dell'utilizzatore.

Tra le caratteristiche centrali delle Economie Basate sulla Conoscenza (EBC) occorre qui citare almeno:

a) la base tecnologica, che è costituita dai sistemi informatico elettronici in grado di consentire sia una gestione estremamente flessibile di grandi moli di informazioni che interazioni in tempo reale tra un numero estremamente elevato di interlocutori senza sostanziali limiti spaziali;

b) l'organizzazione della produzione, che è basata su modello della "economia dei costi di transazione" (Williamson 1975): in esso si superano i confini fisici della produzione propri della fabbrica fordista attraverso una delocalizzazione potenzialmente estrema della produzione e, ove ciò aumenti l'efficienza aziendale, comprando tramite transazioni, beni o servizi piuttosto che produrli.

Tralasciando molti altri aspetti importanti che contrassegnano le EBC (M. Castells), qui è funzionale insistere sulla dimensione cognitiva che assume il lavoro nelle EBC, in quanto qualsiasi attività può essere svolta appropriatamente solo se si dispone delle conoscenze necessarie per interpretare le informazioni, che, di per sé, rappresentano una risorsa sterile (C. Vercellone).

La crescente caratterizzazione cognitiva attribuisce al lavoro quelle caratteristiche di autonomia (darsi da se le proprie leggi) che la cultura in generale conferisce agli esseri umani (e di cui chi si occupa di sanità ben conosce la versione nota come "autonomia professionale").

L'autonomia del lavoro cognitivo fa a sua volta emergere nuove forme di organizzazione (come tutti i fenomeni sociali anche le organizzazioni, per nostra fortuna, sono storicamente determinate!)

---

[78] Su un piano strutturale la base materiale della transizione culturale va ricercata:

- in primo luogo nel fatto che gli stessi rapporti sociali di forza tra classe e capitale che hanno portato alla concretizzazione del diritto alla salute con l'istituzione del SSN, hanno comportato anche la concretizzazione del diritto all'istruzione ed alla conoscenza tramite l'accesso di massa alle scuole secondarie ed all'università;
- in secondo luogo nella incessante proceduralizzazione delle conoscenze che il modo di produzione capitalistico mette automaticamente in atto al fine di attivare nuove aree di produzione che consentano di primeggiare sui mercati. La reificazione delle conoscenze è possibile quando:
    a. i processi conoscitivi sono trasformabili in procedure, il che a sua volta può avvenire quando le capacità che la conoscenza fonda sono il frutto di funzioni cognitive elementari (memoria, calcolo, deduzione – pensiero convergente) e non quando sono implicate funzioni cognitive superiori (induzione - pensiero divergente, creatività, fantasia, immaginazione, ecc);
    b. c'è chiara corrispondenza tra una data contingenza ed una data procedura
    c. l'oggetto cui si applica la procedura non ha particolare valenza simbolica
    d. gli esiti della proceduralizzazione sono almeno sovrapponibili o migliori della situazione in cui non c'era proceduralizzazione.
- in terzo luogo nella necessità di elevare le qualità cognitive dei lavoratori a fronte sia delle mansioni produttive divenute necessarie con la rivoluzione informatico elettronica e delle comunicazioni iniziata negli anni '70;
- infine nella necessità di garantire una domanda per l'offerta dei beni prodotti dagli emergenti settori dell'informatica di massa e della comunicazione, tanto più fruibili quanto maggiore è il livello cognitivo dell'utilizzatore.

e nuovi dispositivi operativi, molti dei quali sono proprio mutuati dalle organizzazioni professionali. In particolare, il fatto che per soggetti particolarmente ricchi di conoscenze l'organizzazione possa divenire una sorta di circostanza secondaria ha portato a sostituire questo concetto ingannevole ed obsoleto con quello di "meta organizzazione" (E. Rullani) caratterizzata da:

1. alcuni fattori di input tra cui:
    a. un insieme di valori e di norme che da un lato rispecchi quelli introiettati dai lavoratori cognitivi nei percorsi di socializzazione primaria e secondaria, dall'altro rappresenti il riferimento per dare senso alle attività dei lavoratori cognitivi che alle innovazioni sono continuamente chiamati a ricorrere e concorrere;
    b. flussi di informazioni di elevata qualità (su nuovi bisogni, conoscenze, condizioni, vincoli, procedure/ leggi, ecc.) ;
    c. risorse di cui la meta organizzazione può disporre;
2. una serie di variabili interne tra cui:
    a. una funzione meta organizzativa che consiste nell'esercitare il "governo della condivisione" creando le condizioni in cui i lavoratori cognitivi possono esprimere il massimo del loro potenziale applicativo, in quanto sollecitati ad impegnarsi in attività congruenti con valori e norme condivise e coinvolti in tutte le fasi dell'innovazione, dalla ideazione alla progettazione, realizzazione e verifica;
    b. una o più reti cognitive in cui avviene l'elaborazione condivisa dell'innovazione;
    c. una leadership creativa in grado di stimolare l'atteggiamento impegnato dei membri della rete;
    d. alcune funzioni di supporto volte a garantire le necessarie connessioni e lo svolgimento di alcune operazioni specialistiche.

4) L'esperienza dell'Umbria: la clinical governance come governo della condivisione

La programmazione sanitaria regionale ha assunto già nel PSR 1999-2001 la teoria delle burocrazie professionali come l'approccio più appropriato, tra quelli disponibili in sociologia delle organizzazioni, per analizzare e organizzare la sanità.
E' su questa base che nel PSR 2003-2005, si è fondata la sperimentazione della clinical governance come "nuovo sistema di relazioni funzionali e organizzative tra potere professionale e potere amministrativo capace di portare ad un effettivo miglioramento della qualità". All'interno di questa cornice teorica la programmazione socio-sanitaria regionale ha scelto di:
- affidare ai professionisti responsabilità sostanziali in alcune aree di miglioramento della qualità (efficacia, sicurezza, appropriatezza, equità, efficienza, continuità assistenziale, coinvolgimento dei cittadini), consegnando il compito di lavorare sul versante della qualificazione della domanda alle equipe territoriali di mmg, pls e continuità assistenziale, mentre i dipartimenti sono chiamati ad intervenire sulla qualificazione dell'offerta e le direzioni sanitarie ad occuparsi della regia complessiva; il tutto basato su processi di autovalutazione centrati su percorsi strutturati di audit e non più solo su meccanismi di controllo esterno sui professionisti;
- ridefinire conseguentemente l'accezione di gestione come "creazione delle condizioni in cui far lavorare bene i professionisti", affidandone la responsabilità ai macrolivelli assistenziali ed alla direzione aziendale;
- superare i sistemi di programmazione e controllo centrati su fatturato ed output come assi per valutare le performance del sistema prevedendo programmi di attività volti a valorizzare tutte le aree di miglioramento della qualità assistenziale;
- attivare una serie di centri interaziendali su materie connesse con i due livelli sopra definiti in modo da supportarne lo sviluppo ad un livello qualitativamente adeguato, coinvolgere ulteriormente

e responsabilizzare le direzioni sanitarie e/o aziendali nel sistema della clinical governance e mettere in sinergia tutte le risorse disponibili[79].
- adottare ulteriori misure per sostenere il processo innovativo complessivo tra cui l'*ampio percorso formativo* che ha coinvolto presso la Scuola Regionale di Formazione di Villa Umbra a Pila (Pg), tutti gli attori presenti sul territorio regionale appartenenti ai livelli operativi professionali (circa 100 responsabili di equipe territoriali ed i 270 responsabili di strutture complesse/dipartimenti) ed a quelli gestionali (responsabili di distretto e dei centri di salute; operatori delle direzioni mediche dei presidi ospedalieri), ma non le direzioni aziendali;
- attivare un programma triennale per gli anni 2004-2007 (DGR 1057/2003) volto a dare luogo ad una misurazione condivisa degli esiti dell'assistenza, in modo da produrre un primo "Documento di Valutazione dei determinanti di Salute e delle Strategie del SSR (DVSS, oggi ultimato e disponibile su http://sanita.regione.umbria.it/canale.asp?id=401), complementare ai documenti di programmazione sanitaria regionale;

Nello specifico il lavoro concretamente svolto per produrre il DVSS ha permesso di osservare "in vivo" una serie di fenomeni organizzativi.
In sintesi è accaduto che:
1) il progetto DVSS in quanto finalizzato alla valutazione condivisa degli esiti si è rivelato *creatore di senso* per l'attività cognitiva dei professionisti;
2) l'affermarsi di una idea condivisa - produttrice di senso – ha dato luogo ad aggregazioni di *professionisti interessati alla condivisione di conoscenze* anche in quanto attivi in aree di lavoro omogenee, nel caso specifico tutto quello che hanno ritenuto inerente alla valutazione degli esiti della loro attività;
3) queste aggregazioni di professionisti si sono caratterizzate, in termini organizzativi, come dispositivi relazionali ad adesione spontanea volti a condividere conoscenze al fine di innovare la qualità professionale, dando luogo a *reti cognitive condivise*;
4) queste reti cognitive condivise hanno mostrato una maggiore capacità di raggiungere il loro fine legittimo sia nella fase di individuazione degli indicatori di esito, che in quella di analisi dei determinanti di esiti, in quanto:
- connotate da una *leadership autorevole*, espressione dell'area professionale specifica, la cui funzione principale consiste nel rafforzare il senso che la valutazione degli esiti ha per il suo ruolo sociale;
- integrate da specialisti in funzioni di supporto (biostatistici, epidemiologi, ecc) e connessione (informatici;
5) il ruolo che l'Osservatorio Epidemiologico ha svolto nei confronti di queste reti è stato in effetti più quello di un "metaorganizzatore", volto a governare la condivisione, piuttosto che ad affermare il proprio ruolo progettuale e ad assegnare ai professionisti un ruolo di esecuzione, quando addirittura non un ruolo di soggetto controllato.
6) Oltre alla creazione di senso ed al rafforzamento del ruolo sociale che le reti cognitive comportano per i loro membri, è emersa anche la chiara consapevolezza degli altri vantaggi che l'appartenervi comporta:

- il differenziale di velocità nella produzione di nuova conoscenza e nella valorizzazione dei suoi usi;
- una padronanza del contesto superiore a chi non sta in una rete;
- l'internità ad una rete di alleanze e cooperazioni che consentono di contrattare e controllare le modalità di uso della conoscenza entro tutto il circuito della condivisione.

[79] La lettura congiunta di quanto contenuto negli ultimi due a linea consente di mettere a fuoco una ulteriore peculiarità dell'approccio umbro alla clinical governance e cioè la scelta di affidare la qualificazione del sistema non ad una agenzia esterna chiamata, in posizione di staff, ad elaborare prototipi, ma ad una opportuna integrazione e messa in rete delle risorse rappresentate da chi lavora sulla line organizzativa, in quanto ritenuti più efficacemente in grado di prefigurare e sperimentare prima e mettere a regime poi, i nuovi sistemi operativi necessari a qualificare il sistema.

Tutto questo potrebbe rappresentare tanto una validazione quanto uno sviluppo:

- delle tesi mintzbergheriane sulle organizzazioni professionali che si arricchiscono di osservazioni empiriche sulle modalità con cui questa tipologia organizzativa può produrre innovazione qualora si creino le condizioni per l'impianto e l'attecchimento di reti cognitive condivise;
- delle funzioni gestionali nella "clinical governance", già declinate nella ancora generica proposizione "far lavorare bene i professionisti", che ora assume la più concreta connotazione di ***governare la condivisione***.

5) Problemi aperti

L'esperienza realizzata in Umbria con la creazione di reti cognitive condivise sulla base di un approccio meta organizzativo, presenta alcune potenzialità e molti limiti.
Tra le prime va sottolineato come essa:

- abbia *creato senso*;
- abbia promosso la ricerca di una coerenza tanto con le evidenze disponibili nella letteratura sociologica, quanto con le nuove concezioni della organizzazione del lavoro cognitivo nelle EBC;
- sottolinei il gap tra conoscenze disponibili e soluzioni organizzative cui da ormai 15 anni è condannato il SSN ed apra una prima prospettiva di superamento delle risposte disfunzionali date dalla L. 502/92 e dalle leggi finanziare dell'ultimo decennio, tese ad atrofizzare, precarizzare ed impoverire il capitale intellettuale del SSN;
- apra un nuovo filone di ricerche sulle modalità con cui dovrebbe funzionare un servizio sanitario *pensato per la contemporaneità*, permeabile alle innovazioni che le transizioni avvenute nell'epidemiologia, nella cultura e nella economia impongono nei modelli organizzativi ed operativi, libero da localismi e calato in una visione europea del diritto alla salute;

sottolinei il carattere storicamente determinato delle forme organizzative. A fronte delle sostituzioni dei fini prodotte invariabilmente dalle forme organizzative del secolo scorso (P. Selznick), il fatto che importanti gruppi sociali, grazie a valori condivisi ed a conoscenze acquisite, facciano della organizzazione una circostanza secondaria, apre, in una società sempre più basata sulle conoscenze, incoraggianti prospettive.
Tra i limiti occorre rilevare:

- quelli dell'esperienza in sé:
  - il carattere ancora fortemente esplorativo delle soluzioni operative proposte a fronte dei tempi lunghi dei cambiamenti in sanità e la necessità di condurre ulteriori esperienze;
  - la connotazione vaga che le terminologie utilizzate danno alla funzione di meta organizzazione a fronte della sicurezza che le variabili organizzative classiche infondono a chi deve gestire bilanci con pochi margini di manovra;
  - la mancanza di luoghi di confronto tra questa ed altre sperimentazioni, in cui arricchire e sistematizzare le esperienze, consolidare relazioni, definire strategie e proposte e socializzarle con approcci differenziati ;
- quelli creati dal contesto:
  - la mancanza nel nostro Paese di una pragmatica attitudine alla valutazione. Quanti documenti di valutazione degni di questo nome sono stati fatti in Italia? Di cosa è valutato il funzionamento? Margaret Thatcher dopo aver tramortito il NHS con le sua controriforma commissionò un "Libro Bianco" per valutarne gli effetti. E'

possibile una valutazione dell'attuale assetto del SSN (forma azienda, federalismo, relazioni sistemiche, continuità assistenziale….)?

- la difficoltà a svolgere i ruoli che il governo della condivisione richiede a chi è stato formato a esercitare responsabilità gestionali in altre cornici concettuali;
- la distanza che si registra tra la qualità degli input politici cui sono sottoposti i direttori generali, collocati dalle giunte a difesa e applicazione di orientamenti e gestioni politiche sempre più di clan (W. Ouchi), e l'autonomia gestionale che sarebbe necessaria per innovare meta organizzando.

Il trentennale del varo della legge 833/78 potrebbe stimolare bilanci e riflessioni sullo stato del SSN.

Sarebbe importante che questo avvenisse in un clima in cui fosse garantita l'indipendenza di giudizio, sollecitata la libera riflessione su cosa stia veramente funzionando nel SSN e condivise esperienze e riflessioni sui percorsi di meta organizzazione.

Bibliografia

- M. Castells ***"L'età dell'informazione: economia, società, cultura"*** (3 vol.) Università Bocconi 2004.
- Gross.E, A. Etzioni (1996) ***" Società e organizzazioni"*** Il Mulino.
- AW. Gouldner "The future o*f Intellectuals and the Rise of the New Class"*. New York 1974
- H. Mintzberg: ***"La progettazione dell'organizzazione aziendale."*** Il Mulino, Bologna, 1996;
- H. Mintzberg: ***"Managers not MBAs".*** Berrett Koehler, 2004;
- W. Ouchi ***"Market, burocracies and clans"*** Administrative Science Quarterly, n. 25, 1980
- C. Romagnoli : **"Parte 1- il DVSS e la valutazione degli esiti"**. In DVSS, Vol B " Valutazione degli esiti dell'assistenza socio sanitaria in Umbria"; Osservatorio Epidemiologico Regionale Umbro; 9-26, 2007.
- C. Romagnoli, F. Carinci, F. Stracci "**Valutazione degli esiti e governo della condivisione**" Monitor, I° supl. n. 20; AGENAS Roma, pp 131-146, 2008.
- E. Rullani ***"Produzione di conoscenza e valore nel postfordismo***", in "L'età del capitalismo cognitivo. Innovazione, proprietà e cooperazione delle moltitudini". A cura di Yann Moulier Bouteng. Ombre corte/ culture, 2003, Verona.
- EH Schein ***"Organizational culture and leadership"*** San Francisco, CA: Jossey-Bass Publisher, 1985.
- P. Selznick ***"Foundation of the theory of organization"*** Amer. Sociol. Review, vol. 13 (1948).
- C. Vercellone (a cura di): ***"Capitalismo cognitivo. Conoscenza e finanza nell'epoca postfordista."*** Manifestolibri, Roma, 2006.

www.ausl2.umbria.it

Staff Qualità