



ACCREDITATION
CANADA

Leadership

Per le Visite di Accreditamento che Iniziano Dopo:
01 luglio 2019

Versione 4

© Il presente documento è protetto da copyright

Copyright © 2020, HSO e/o i suoi concessionari di licenze. Tutti i diritti riservati.

Tutti gli utilizzi, riproduzioni e modalità di sfruttamento del presente documento sono soggetti alle condizioni e modalità indicate nel sito <https://healthstandards.org/standards/terms/org-it-jan-2018/>. Tutti gli altri utilizzi sono proibiti. Se l'utente non accetta le presenti condizioni e modalità (in parte o per intero), non potrà in nessun modo né per alcuno scopo usare, riprodurre o altrimenti sfruttare il presente documento.

Contattare HSO all'indirizzo publications@healthstandards.org per ulteriori informazioni.

Sito web: www.healthstandards.org Telefono: 00.1.613.738.3800

Leadership

Lo standard per la Leadership aiuta le figure aventi incarichi di responsabilità a raggiungere risultati di eccellenza a livello di leadership nell'ambito di organizzazioni sanitarie che intendono concretamente organizzare i propri servizi con un'impostazione caratterizzata dalla centralità del cliente e dei suoi familiari. I contenuti dello standard si basano sulla ricerca e sulle buone pratiche e si allineano al "Framework for the Analysis of Management in Health Care Organizations and Proposed Standards for Practice" (Quadro di riferimento per l'analisi gestionale delle organizzazioni sanitarie e standard pratici proposti) argomento analizzato e sviluppato da J.L. Denis et al. (2006). Lo standard riguarda le funzioni di leadership esercitate in senso verticale ed orizzontale ad ogni livello organizzativo, piuttosto che essere focalizzato semplicemente sulle sole competenze individuali o di specifiche posizioni. Chiarisce i requisiti utili a garantire un sostegno efficace delle performance e dell'operatività, quali siano le strutture decisionali e le infrastrutture necessarie per guidare l'eccellenza e i miglioramenti della qualità verso l'obiettivo primario di creare una cultura sanitaria incentrata sul cliente e i familiari.

Lo standard per la Leadership è suddiviso in quattro sezioni, ciascuna delle quali riguarda le responsabilità fondamentali della leadership che le organizzazioni devono possedere per perseguire efficacemente obiettivi di qualità e sicurezza.

Le quattro sezioni sono:

Creare e sostenere una cultura dell'assistenza: riguarda l'identificazione, il potenziamento e la diffusione della cultura e dei valori nell'intera organizzazione. In particolare, si riferisce all'esigenza delle organizzazioni sanitarie di creare una cultura a sostegno di un ambiente di lavoro sicuro e sano e del miglioramento continuo della qualità.

Pianificare e progettare i servizi: riguarda la capacità dell'organizzazione di saper valutare i cambiamenti dell'ambiente circostante, inclusi i bisogni di determinati servizi da parte delle popolazioni assistite, utilizzando tali informazioni per pianificare lo sviluppo delle strutture, dei sistemi di gestione, dei servizi. Riguarda anche le relazioni che intercorrono fra l'organizzazione e gli stakeholder oltre ai processi utilizzati per gestire eventuali cambiamenti.

Allocare risorse e costruire infrastrutture: riguarda la gestione delle risorse, la collaborazione con i partner al fine di condividere e ottimizzare l'uso delle risorse, l'allocazione delle risorse in modo corretto e conforme alle priorità organizzative, i sistemi per la gestione delle risorse umane e delle prestazioni, l'ambiente fisico, e le infrastrutture dei sistemi di informazione.

Monitorare e migliorare qualità e sicurezza: riguarda i sistemi e i processi organizzativi necessari per erogare servizi sicuri e di alto livello di qualità, realizzando gli scopi e obiettivi prefissati dall'organizzazione tra cui la valutazione e il miglioramento del flusso dei clienti, la preparazione ai disastri e alle emergenze, ed il miglioramento continuo della sicurezza dei pazienti.

Il tipo di approccio adottato per assolvere a tali responsabilità varia in base alle dimensioni, alla struttura e al mandato dell'organizzazione. Alcuni criteri specificano che particolari incarichi e attività siano svolti in collaborazione con l'organo di governo. Nelle organizzazioni che non hanno un organo di governo i leader si fanno carico di tali attività. In alcuni ordinamenti giuridici, l'ente pubblico di governo può essere coinvolto nell'operatività dell'organizzazione ed è responsabile di determinate attività delineate nello standard. In questi casi, i leader dell'organizzazione sono coinvolti nel processo nella misura possibile.

Legenda:

Dimensioni della Qualità:

- 
Centralità della Popolazione
Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni
- 
Accessibilità
Garantire i servizi con puntualità ed equità
- 
Sicurezza
Garantire la sicurezza delle persone
- 
Ambiente di Lavoro
Sostenere il benessere sul luogo di lavoro
- 
Centralità del Paziente
Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari
- 
Continuità dell'Assistenza
Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi
- 
Efficienza
Mettere in atto il miglior uso delle risorse
- 
Appropriatezza
Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri:

- 
Alta Priorità
I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.
- 
Pratiche Organizzative Obbligatorie
Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

Metodo di valutazione

- 
In sede
Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore terza parte.
- 
Attestazione
Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

Livelli



Oro

riguarda le strutture e i processi basilari che si ricollegano ai rudimenti essenziali del miglioramento della qualità e della sicurezza.



Platino

consolida gli elementi di qualità e di sicurezza e pone l'accento sugli elementi chiave della centralità del paziente nel processo assistenziale, creando uniformità nell'erogazione dei servizi attraverso processi standardizzati e tramite il coinvolgimento dei pazienti e del personale nei processi decisionali.



Diamante

punta al raggiungimento della qualità tramite il monitoraggio degli esiti, l'utilizzo delle evidenze e delle migliori pratiche per il miglioramento dei servizi e il benchmarking con organizzazioni simili allo scopo di indirizzare i miglioramenti a livello di sistema.

CREARE E SOSTENERE UNA CULTURA DELL'ASSISTENZA



1.0 I servizi sono erogati e si prendono decisioni sulla base dei valori e dei principi etici dell'organizzazione.

1.1 L'organizzazione dispone di una dichiarazione dei propri valori.

Linea Guida

La definizione dei valori dell'organizzazione contribuisce a stabilire quali siano i parametri accettabili di comportamento e di relazione con altre organizzazioni. I valori possono riguardare la centralità del cliente e dei familiari, il rispetto, la riservatezza, l'integrità, la trasparenza, l'onestà e i comportamenti etici, l'equità e l'imparzialità, la sicurezza, la salute sul luogo di lavoro e comportarsi con le persone come il bene più importante dell'organizzazione. Si stabiliscono le tempistiche per definire e aggiornare la dichiarazione dei valori organizzativi.

L'organo di governo è responsabile della definizione dei valori fondamentali dell'organizzazione. In base al modello direttivo, i leader dell'organizzazione sostengono il processo raccogliendo il contributo dei membri del team, dei clienti e familiari e della collettività, e fornendo suggerimenti all'organo di governo in merito ai valori.

In organizzazioni senza organo di governo i leader definiscono e aggiornano la dichiarazione dei valori.


1.2

I responsabili dell'organizzazione comunicano e illustrano i valori all'interno di tutta l'organizzazione.

Linea Guida

Ai responsabili dell'organizzazione è affidata la diffusione dei valori nell'intera organizzazione. La dichiarazione dei valori dovrebbe essere accessibile ed in vista ai membri del team nonché a clienti e familiari. I valori possono essere comunicati verbalmente e sotto forma di dépliant, opuscoli o poster.

Il comportamento dei leader dell'organizzazione è allineato ai suoi valori. I leader dell'organizzazione tengono conto dei valori durante i processi decisionali ed in altri processi.


1.3

La centralità del cliente e dei familiari nelle cure è identificata come un principio guida dell'organizzazione.

Linea Guida

Un principio guida fornisce a un'organizzazione una direzione da seguire in ogni circostanza, a prescindere da cambiamenti negli obiettivi, nei piani strategici o nella struttura direttiva. I responsabili dell'organizzazione valutano l'effettivo allineamento con i principi guida delle decisioni che vengono prese.

Un numero crescente di evidenze dimostra che migliorando l'esperienza del cliente e sviluppando una partnership con clienti e familiari, si ottengono migliori risultati clinici. Ogni organizzazione deve individuare la migliore modalità per definire questo concetto e metterlo in pratica ai fini della sua specifica mission.

I leader dell'organizzazione dovrebbero guidarne l'impegno a favore della centralità e della partecipazione di clienti e familiari nelle cure, tenendo aggiornato l'organo di governo sulle priorità e sulle iniziative in merito.



1.4

I team sono supportati nei loro intenti di collaborare con clienti e familiari in tutti gli aspetti delle cure.

Linea Guida

Esiste una serie di modalità per stabilire partnership valide con clienti e familiari fra cui:

- stabilire politiche che incoraggiano la presenza di familiari e assicurano che i clienti ricevano il supporto eventualmente necessario dalle persone più care (es. orari di visita senza restrizioni)
- far partecipare clienti e familiari agli incontri del team in cui si discutono i piani di assistenza dei clienti
- collaborare con clienti e familiari in processi volti al miglioramento della sicurezza del paziente e della qualità complessiva delle cure



1.5

Le politiche riguardanti diritti e doveri dei clienti sono sviluppate e implementate con il contributo ricevuto da parte degli stessi e dei familiari.

Linea Guida

Le politiche dovrebbero riguardare questioni quali:

- trattare i clienti con rispetto e dignità
- salvaguardare privacy, riservatezza, sicurezza e tutela dei clienti
- diritti e doveri dei clienti nei servizi erogati per loro

In alcuni ordinamenti giuridici, le politiche sui diritti e sui doveri dei clienti sono elaborate e demandate da un organismo esterno quale il governo.


1.6

Si persegue il contributo di clienti e familiari durante i processi decisionali importanti dell'organizzazione.

Linea Guida

Le decisioni importanti potrebbero avere influenza sul grado di soddisfazione di clienti e familiari e riguardano una serie di attività quali il trasferimento o cambio di struttura, le variazioni dei servizi o l'adeguamento di politiche. Clienti e familiari possono fornire spesso un contributo rilevante in tali decisioni e favorire una percezione positiva dell'esperienza del cliente.

Esiste una serie di meccanismi attraverso cui ricevere il contributo da parte di clienti e familiari in merito a processi decisionali, fra cui la costituzione di comitati e consigli (es. consigli consultivi di clienti e familiari, comitati per progetti specifici).


1.7

Si sviluppa o adotta e si implementa un quadro di riferimento etico con il contributo di clienti e familiari.

Linea Guida

Un quadro di riferimento etico fornisce un approccio standardizzato per affrontare e prendere decisioni su tematiche di natura etica. Esso può includere codici di condotta, linee guida, processi e valori di riferimento a guida delle decisioni. Un quadro di riferimento etico aiuta a promuovere comportamenti e pratiche etiche nell'intera organizzazione e a fare chiarezza su eventuali questioni etiche. Può affrontare tematiche correlate all'etica organizzativa, all'etica professionale, all'etica nella ricerca, all'etica medica e bioetica a seconda dei casi. Il comportamento etico riguarda, ma non è limitato a: tutelare la riservatezza; proteggere e utilizzare in modo appropriato i beni dell'organizzazione; e attenersi alla legislazione, normativa e regolamentazione vigenti.

I leader dell'organizzazione sviluppano il quadro di riferimento etico con il supporto dell'organo di governo e garantiscono il contributo da parte di clienti, familiari e dei team.



1.8 Il quadro di riferimento etico definisce i processi per la gestione di tematiche, dilemmi e dubbi di natura etica.

Linea Guida

I processi definiti nel quadro di riferimento etico incoraggiano i soggetti coinvolti nell'organizzazione (inclusi clienti e familiari) a sollevare questioni e dubbi di natura etica, eventualmente in maniera confidenziale. La procedura include criteri per guidare discussioni e decisioni inerenti tematiche etiche.

Le tematiche etiche possono essere di natura clinica o meno e riguardano, ma non sono limitate a, conflitti d'interesse, comportamenti etici, la mancata ottemperanza al quadro di riferimento etico quale può essere una violazione della riservatezza, le implicazioni etiche nell'allocazione di risorse (ad esempio il conflitto tra bisogno di salute e possibilità economiche, per cui il soggetto non è in grado di pagare le prestazioni sanitarie), l'importanza del consenso informato, e l'interruzione del mantenimento in vita con mezzi artificiali.



1.9 Le responsabilità per il quadro di riferimento etico e i processi per affrontare i problemi di natura etica sono assegnate e monitorate.

Linea Guida

La definizione di responsabilità per il quadro etico di riferimento e per affrontare le questioni di natura etica, significa che c'è un individuo, un gruppo o un comitato responsabile dello sviluppo, diffusione e revisione della politica. Tale ruolo è identificato nella struttura organizzativa, nell'organigramma, e attraverso chiare relazioni gerarchiche.



- 1.10 Viene assicurato il sostegno per sviluppare le capacità di utilizzo del quadro etico di riferimento da parte dell' organo di governo, dei leader e dei team.

Linea Guida

La capacità di utilizzo del quadro etico di riferimento implica la necessità di fornire supporto all'organo di governo, ai leader e ai team per sviluppare e potenziare le proprie conoscenze, abilità e competenze sulle questioni di natura etica. Lo sviluppo ed il potenziamento delle abilità e competenze in materia di etica può essere realizzato attraverso l'accesso a una formazione specifica, la disponibilità di quadri etici di riferimento e di strumenti collegati, l'organizzazione di gruppi di lavoro per la discussione di casi, la diffusione delle buone pratiche di etica. Le competenze di etica possono anche essere sviluppate con il coinvolgimento dei membri del team, di rappresentanti della comunità e di clienti e familiari in discussioni e decisioni di natura etica.



- 1.11 Esiste un processo per raccogliere e analizzare le informazioni sulle tendenze che riguardano le tematiche, problematiche e situazioni di natura etica di interesse per l'organizzazione.

Linea Guida

Oltre ad avere a disposizione un sistema di consultazione di argomenti generali di etica, si analizzano in modo specifico le tendenze delle tematiche etiche di interesse per l'organizzazione per facilitare e arricchire di queste informazioni le attività di miglioramento della qualità. È possibile riferirsi al quadro etico di riferimento per raccogliere queste informazioni.



- 1.12 Le informazioni raccolte sulle tendenze di tematiche, problematiche e situazioni di natura etica vengono utilizzate al fine di migliorare la qualità dei servizi.



1.13 Il quadro etico di riferimento prevede un processo di analisi delle implicazioni etiche in qualsiasi attività di ricerca condotta dall'organizzazione o a cui questa partecipa.

Linea Guida

Il processo per esaminare le implicazioni etiche delle attività di ricerca prevede i criteri per stabilire quando un progetto di ricerca necessita dell'approvazione etica, oppure per stabilire quando un'innovazione è da considerarsi ricerca. Sono inoltre previsti i meccanismi per valutare le implicazioni, e per l'approvazione, della partecipazione dei clienti ai progetti di ricerca.

Le attività di ricerca dovrebbero essere allineate con le politiche organizzative e ottemperare a legislazione e normativa vigenti in materia, in base all'ordinamento giuridico locale.



1.14 Un revisore obiettivo o un organo preposto esamina i progetti di ricerca condotti dall'organizzazione o a cui questa partecipa.

Linea Guida

Il revisore o organo può essere esterno, ad esempio tramite legami accademici o universitari; interno, tramite un processo triconsiliare o essere un consulente privato. Il revisore o organo è imparziale, obiettivo ed esente da conflitto d'interesse.

La revisione ha lo scopo di valutare la proposta di ricerca nel merito, i benefici e rischi per i partecipanti e l'organizzazione, i criteri di inclusione ed esclusione, il processo per ottenere il consenso informato dai partecipanti allo studio, il processo usato per la gestione di eventuali effetti nocivilegati alla ricerca che possano verificarsi durante la sua esecuzione, l'adeguatezza del progetto di ricerca, compresa l'ottemperanza a standard etici ammissibili, le qualifiche dei coordinatori del progetto, la qualità del background di ricerca aggiornato, come ad esempio la revisione della letteratura scientifica, il potenziale impatto sulle risorse dell'organizzazione, l'individuazione di sponsor per la ricerca e i possibili conflitti d'interesse, e la conformità della proposta a linee guida e protocolli di ricerca sia internazionali che nazionali e regionali.

Le attività di ricerca dovrebbero essere allineate con le politiche organizzative e ottemperare a legislazione e normativa vigenti in materia, in base all'ordinamento giuridico locale.



2.0 Si promuovono e sostengono sicurezza e salute sul luogo di lavoro, ed una positiva qualità della vita lavorativa.

2.1 La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro vengono identificate come una priorità strategica.

Linea Guida

L'organo di governo viene tenuto aggiornato sulle priorità di sicurezza e salute sul luogo di lavoro e sui progressi compiuti per la loro realizzazione. Le iniziative a favore della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro sono allineate agli indirizzi, obiettivi e traguardi strategici.

Le iniziative per creare un posto di lavoro sano e sicuro possono includere l'adozione di modelli di buona pratica, attività per lo sviluppo dello spirito di gruppo (team-building), l'insegnamento, affiancamento e motivazione dei membri del team, attività dimostrative di equilibrio tra vita personale e professionale, sostegno alla comunicazione aperta e ai processi decisionali fondati sulla collaborazione, assegnazione di premi e riconoscimenti, sviluppo e implementazione di criteri per offrire riconoscimenti e promozioni ai membri del team.



2.2 Si sostengono iniziative per il miglioramento della qualità della vita lavorativa e della sicurezza e salute sul luogo di lavoro.

Linea Guida

Il sostegno per migliorare la qualità della vita lavorativa e per creare e preservare la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro può prevedere il supporto formativo per attività quali seminari, convegni o corsi di formazione; l'accesso a dati di ricerca e sulle migliori pratiche; assicurare risorse umane o finanziarie specificatamente per iniziative di miglioramento della qualità della vita lavorativa; la riorganizzazione delle responsabilità allo scopo di garantire più tempo da dedicare alle iniziative per il miglioramento della qualità della vita lavorativa; comunicare con esempi concreti l'impegno della direzione per la qualità della vita lavorativa.


2.3

I responsabili dell'organizzazione sono coinvolti in iniziative intraprese a favore della qualità della vita lavorativa e della sicurezza e salute sul luogo di lavoro.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione dovrebbero guidarne l'impegno verso la qualità della vita lavorativa e della sicurezza e salute sul luogo di lavoro. La cultura dell'organizzazione dovrebbe incoraggiare il coinvolgimento dei membri del team in modo che possano contribuire alla qualità della vita lavorativa e che siano aperti verso la collaborazione e l'innovazione.

I leader dell'organizzazione dimostrano il loro sostegno e promuovono una vita lavorativa positiva ad ogni livello. Possono essere coinvolti attraverso il loro sostegno al processo di coinvolgimento, per determinare quali siano le iniziative significative per i team; guidare progetti o iniziative di miglioramento; esercitare attività di affiancamento e tutoraggio; o individuare e supportare buoni esempi di qualità della vita lavorativa e sicurezza e salute sul luogo di lavoro.


2.4

Si sviluppa e implementa un codice di condotta valido per tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione.

Linea Guida

Un codice di condotta delinea i comportamenti attesi e quelli non ammissibili nell'organizzazione. Tutti i membri del team dovrebbero attenersi agli stessi comportamenti ammissibili previsti. Il codice di condotta dovrebbe allinearsi a valori e al quadro etico di riferimento dell'organizzazione.

Nello sviluppare il codice di condotta si raccoglie il contributo di coloro che ne vengono interessati, per creare approvazione e supporto per il codice stesso.



2.5 Si sviluppa e implementa una politica per la segnalazione, indagine e risoluzione in merito a comportamenti contravenenti al codice di condotta.



2.6 Si sviluppano strategie finalizzate ad aiutare i membri del team nella gestione della propria salute.

Linea Guida

Fattori quali cultura organizzativa, esigenze lavorative, programmazione, risorse umane e di altro tipo, richieste esterne hanno tutti un impatto sulla salute nel luogo di lavoro. Le strategie volte ad avere un ambiente di lavoro sano affrontano tutti gli aspetti della salute da un punto di vista fisico, emotivo e mentale e possono prevedere la formazione sulla salute e sui determinanti della salute; programmi per la gestione dello stress, la riduzione del peso e la disassuefazione dal fumo; iniziative volte a incoraggiare uno stile di vita sano; orari di lavoro flessibili; Programmi di assistenza per i dipendenti o altri servizi di sostegno psicologico volti ad aiutare le persone a gestire le esigenze lavorative e quelle esterne; consultarsi con gli interessati sulla programmazione dei turni e sull'organizzazione del lavoro.


2.7

Si attua un processo a sostegno dei leader di tutta l'organizzazione affinché sviluppino competenze proprie volte alla promozione di un ambiente di lavoro sano e sicuro.

Linea Guida

Aiutare i leader all'interno dell'organizzazione a comprendere, provare direttamente, supportare una vita lavorativa di qualità può prevedere lo sviluppo di linee guida chiare sulle aree di responsabilità, su come delegare in maniera efficace e sulle relazioni tra autorità e responsabilità, per rendere il carico di lavoro gestibile; la comunicazione delle aspettative sulla qualità della vita lavorativa; l'attività di tutoraggio per i nuovi leader; lo sviluppo di conoscenze correlate ai fattori che incidono sulla qualità della vita lavorativa e il loro impatto sull'ambiente di lavoro; implementare linee guida per lo sviluppo di politiche sulle risorse umane e di buone pratiche di leadership; creare una cultura organizzativa a sostegno dello sviluppo di stili di leadership sani.


2.8

Si dà sostegno allo sviluppo professionale ed all'apprendimento continui.

Linea Guida

Supportare sviluppo ed apprendimento professionali continui può prevedere l'assegnazione di risorse per corsi o convegni, oppure modalità nuove ed innovative per accedere all'apprendimento e alle risorse informative, affinché tutti i membri del team possano mantenersi aggiornati sui progressi nei rispettivi campi e sviluppino nuove competenze.



2.9 Si sviluppano ed implementano politiche in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro in ottemperanza alla legislazione vigente in materia.

Linea Guida

Per legislazione vigente si intendono sia le leggi in materia di salute e sicurezza occupazionale sia le leggi in materia di coperture assicurative e di sicurezza sul luogo di lavoro.

Un approccio globale alla salute e sicurezza occupazionale può comprendere l'individuazione e valutazione dei rischi per i membri del team e clienti, la creazione e mantenimento di un sistema di gestione delle disabilità, l'individuazione di ruoli per promuovere e garantire sicurezza, l'esecuzione di controlli di sicurezza periodici, la formazione su prassi lavorative sicure, oltre che sulla prevenzione e preparazione alle emergenze.



2.10 Si sviluppano una politica e le relative procedure sulle vaccinazioni, che includano raccomandazioni per immunizzazioni specifiche per i membri del team.

Linea Guida

La politica e le procedure sulle vaccinazioni individuano quelle obbligatorie e quelle raccomandate per i membri del team in base a ruolo ricoperto, il grado di interazione con clienti e familiari, i rischi possibili per sé e terzi.

Le vaccinazioni obbligatorie per i membri del team dipendono dalla tipologia di organizzazione sanitaria e dalla tipologia di clienti che vi afferiscono (es. obbligo e raccomandazione di vaccinazioni specifiche negli ospedali pediatrici).

In alcuni ordinamenti giuridici, l'obbligo di vaccinazione può essere affidato al governo o al dipartimento di sanità pubblica.


2.11

Si monitorano i livelli di fatica e stress dei membri del team e si intraprendono iniziative per ridurre i relativi rischi per la sicurezza.

Linea Guida

Settori specifici quali l'aviazione o quello militare riconoscono che lo stress e la fatica sono elementi che incidono sulla sicurezza. Stress e fatica possono avere origine da problematiche correlate al carico di lavoro, a limitazioni nell'autonomia o nei poteri decisionali, ad aspetti relativi alla programmazione dei turni ed alla dotazione di organico, o a distrazioni ambientali come il rumore.

Si possono monitorare stress e fatica monitorando l'assenteismo la frequenza di straordinari e doppi turni. Informazioni possono anche essere raccolte tramite indagini sulla soddisfazione o la l'esperienza di lavoro del team.



2.12 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Si implementa un approccio documentato e coordinato per prevenire la violenza sul luogo di lavoro.

Linea Guida

La violenza sul luogo di lavoro è più comune nelle strutture sanitarie che in molti altri ambiti lavorativi, infatti un quarto di tutti gli episodi correlati si verificano presso organizzazioni sanitarie. È un problema che riguarda il personale e gli operatori sanitari dell'intero continuum assistenziale.

Questa POO adotta la seguente definizione emendata dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro sulla violenza sul luogo di lavoro: "incidenti durante cui una persona subisce minacce, abusi o aggressioni in circostanze connesse al proprio lavoro comprese tutte le forme di molestie, soprusi, intimidazioni, minacce fisiche o aggressioni, rapine o altri comportamenti invasivi. Questi comportamenti potrebbero derivare da clienti o colleghi di lavoro a qualsiasi livello organizzativo".

Una strategia finalizzata alla prevenzione della violenza sul luogo di lavoro dovrebbe essere conforme alla legislazione locale o nazionale vigente in materia, e rappresenta una risposta importante alla crescente preoccupazione sulla violenza nei luoghi di lavoro sanitari.

Prove di Conformità

- 2.12.1 Esiste una politica scritta per la prevenzione della violenza sul luogo di lavoro.
- 2.12.2 Tale politica è sviluppata consultandosi con operatori e volontari, come appropriato.
- 2.12.3 La politica indica un individuo, o più, oppure la posizione avente la responsabilità di implementarne e monitorarne l'ottemperanza.
- 2.12.4 Si eseguono valutazioni di rischio per verificare l'eventuale pericolo di violenza sul luogo di lavoro.
- 2.12.5 Esistono procedure per la segnalazione riservata da parte degli operatori di episodi di violenza sul luogo di lavoro.
- 2.12.6 Esistono procedure volte a indagare e intervenire in merito a episodi di violenza sul luogo di lavoro.



2.13

- 2.12.7 I leader dell'organizzazione esaminano i rapporti trimestrali sugli episodi di violenza sul luogo di lavoro, e ne utilizzano le informazioni al fine di migliorare le condizioni di sicurezza, ridurre gli episodi di violenza e migliorare la politica per la prevenzione della violenza sul luogo di lavoro.
- 2.12.8 Si forniscono informazioni e addestramento agli operatori in merito alla prevenzione della violenza sul luogo di lavoro.

Si sviluppa un processo per i membri del team tramite cui possano trasmettere in via confidenziale proteste, preoccupazioni e reclami.

Linea Guida

La cultura dell'organizzazione favorisce discussioni aperte e la possibilità di sollevare questioni senza timore di ripercussioni.



2.14

Si individuano e monitorano indicatori di processo e di esito correlati alla vita lavorativa e all'ambiente di lavoro.

Linea Guida

Esempi di indicatori di processo sono: i tassi di partecipazione alle attività in favore di un ambiente di lavoro sano; il numero e la tipologia di segnalazioni di proteste, preoccupazioni e reclami; i tassi di partecipazione alle attività di sviluppo professionale. Esempi di indicatori di esito sono: la soddisfazione del team; i periodi di malattia o il tasso di assenteismo; i tassi di posti vacanti e di fidelizzazione; la quantità di ore di straordinario.



2.15

L'organizzazione valuta periodicamente la propria cultura di vita sul posto di lavoro.

Linea Guida

E' possibile valutare la qualità della vita lavorativa, assieme alle attitudini e alla percezione del luogo di lavoro da parte del team.



2.16 L'organizzazione ha messo in atto attività in seguito ai risultati emersi dalla valutazione del proprio ambiente di lavoro.

Linea Guida

A titolo esemplificativo, seppur non in maniera esaustiva, le attività possono comprendere:

- condivisione dei risultati con il team, il cliente e i familiari
- individuazione delle aree di forza, ma anche di quelle aree che richiedono un miglioramento
- selezione di una o più aree identificate dove agire tramite appositi progetti di miglioramento
- stabilire un valore base iniziale di riferimento (baseline) da usare successivamente per confronto con le future valutazioni

3.0 Una cultura del miglioramento continuo della qualità è promossa nell'intera organizzazione.



3.1 Il miglioramento continuo della qualità è identificato come una priorità strategica.

Linea Guida

I responsabili dell'organizzazione segnalano all'organo di governo le priorità legate al miglioramento continuo della qualità e lo aggiornano sui progressi effettuati per perseguirle. Le iniziative volte al miglioramento della qualità sono in linea con indirizzi strategici, traguardi e obiettivi e l'organo di governo supervisiona e monitora la realizzazione delle iniziative.

In organizzazioni dove non sia presente un organo di governo, i leader si fanno carico dell'individuazione delle priorità legate al miglioramento della qualità.



3.2 Si stanziano risorse a supporto di attività volte al miglioramento della qualità.

Linea Guida

Le risorse a sostegno dell'attività di miglioramento della qualità possono includere l'allocazione di risorse umane o finanziarie dedicate, oppure la riorganizzazione delle responsabilità esistenti per fornire ai team il tempo necessario da dedicare ad iniziative in merito.



3.3 I team, i clienti e i familiari sono supportati perché possano sviluppare le conoscenze e le competenze necessarie per poter essere coinvolti nelle attività di miglioramento della qualità.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione dovrebbero essere da esempio del miglioramento della qualità ed agevolare creatività e innovazione incoraggiando e sviluppando la capacità da parte dei membri del team e dei clienti e familiari di pensare in maniera proattiva in merito al miglioramento della qualità.

Un supporto formativo per il miglioramento della qualità o dei processi può prevedere seminari, convegni, corsi, accesso a dati su ricerca e buone pratiche. Altri tipi di supporto possono prevedere accesso alla formazione o sessioni informative su teoria e metodologia del miglioramento, oltre a modalità per intraprendere progetti di miglioramento della qualità tramite iniziative e cicli dedicati.



3.4 Esistono processi chiari e documentati condivisi con clienti e familiari sulle modalità di trasmissione di reclami inerenti l'organizzazione, le cure ricevute o la violazione di diritti.



3.5 Vengono offerte opportunità ai leader dell'organizzazione per partecipare a iniziative di collaborazione volte al miglioramento della qualità.

Linea Guida

Le opportunità di partecipazione e collaborazione a iniziative per il miglioramento della qualità possono comprendere opportunità di intraprendere o condurre progetti di miglioramento della qualità affiancati da mentori, oppure opportunità per condurre linee di attività nell'ambito di iniziative o progetti più ampi.



3.6 Vi sono confronti periodici fra i leader dell'organizzazione e clienti e familiari per sollecitare e utilizzare opinioni e conoscenze di questi ultimi in merito a opportunità di miglioramento.

Linea Guida

Clienti e familiari forniscono una prospettiva unica sulle opportunità di miglioramento della qualità per le organizzazioni. Ricorrendo ai feedback dei clienti e familiari per apportare miglioramenti si crea un sistema reattivo e si dimostra che l'organizzazione valorizza la loro opinione.

Clienti e familiari possono essere coinvolti per individuare opportunità di miglioramento e per progettare soluzioni tramite modalità quali:

- organizzare interviste o focus group
- organizzare all'interno dell'organizzazione banchetti adibiti alla raccolta di di feedback
- parlare direttamente con i clienti presso il punto di cura

Si può ricorrere a una varietà di metodi per coinvolgere clienti e familiari nei processi di miglioramento della qualità al fine di acquisire il numero maggiore possibile di feedback.



3.7 I leader dell'organizzazione sono coinvolti nella guida delle iniziative di miglioramento della qualità.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione fanno da esempio di riferimento per il miglioramento della qualità, sponsorizzando, supportando e partecipando alle iniziative volte al miglioramento della qualità, per promuoverne la cultura all'interno dell'organizzazione. Possono essere coinvolti nell'avvio o nella conduzione di iniziative o progetti specifici; nelle attività di affiancamento e tutoraggio per membri del team, clienti e familiari sulle iniziative di miglioramento in corso; nella individuazione di buoni esempi di riferimento (champions) per il miglioramento; o nella diffusione nell'intera organizzazione dei cambiamenti derivanti dai risultati ottenuti tramite i progetti di miglioramento.



3.8 Si promuovono e favoriscono la diffusione e la sostenibilità dei risultati ottenuti tramite il miglioramento della qualità.

Linea Guida

Oltre a guidare iniziative volte al miglioramento qualitativo a livello assistenziale, è importante per i leader nell'intera organizzazione considerare come i miglioramenti nel loro team, unità o dipartimento possano incidere su altre aree dell'organizzazione o del sistema sanitario. Si dovrebbero prendere in considerazione anche le implicazioni o gli impatti su altre aree e i metodi per estendervi i miglioramenti o cambiamenti realizzati. Si dovrebbero fornire idee, strategie, risorse e informazioni per sostenere la diffusione e la sostenibilità di miglioramenti.


3.9

I leader dell'organizzazione promuovono l'apprendimento dai risultati dei miglioramenti , come anche prendendo decisioni basate sulla ricerca e sulle evidenze medico-scientifiche, sulle esperienze dei clienti e sul miglioramento continuo della qualità.

Linea Guida

Apprendere dai risultati include imparare tanto da quelli positivi quanto da quelli negativi o addirittura sorprendenti. Tale processo può includere dedicare del tempo per riflettere sui risultati, assicurare il supporto e l'insegnamento necessari per imparare dai risultati, avere occasioni per la raccolta di feedback e per momenti di riflessione collettiva quali incontri di briefing, e bilanciare fra l'apprendimento dai risultati e l'attenzione ai risultati finali.


3.10

I leader dell'organizzazione promuovono e sostengono l'uso consistente di processi, strumenti decisionali, linee guida per buone pratiche standardizzati, per ridurre la variabilità interna e fra servizi, laddove appropriato.

Linea Guida

Pur riconoscendo che ogni cliente può avere esigenze non prevedibili e specifiche, saper limitare le variazioni inappropriate durante le prestazioni e le cure tramite l'uso di processi standardizzati, protocolli o linee guida per buone pratiche, riduce la possibilità che sorgano rischi per la sicurezza del paziente.


3.11

I membri del team e i clienti e familiari che partecipano alle iniziative di miglioramento della qualità vengono riconosciuti per il lavoro svolto.

Linea Guida

I riconoscimenti possono concretizzarsi in premi, annunci tramite newsletter o riunioni aziendali, oppure in altri tipi di gratificazioni. I riconoscimenti possono essere individuali, di team o basati su programmi.

PIANIFICARE E PROGETTARE I SERVIZI



4.0 Si pianificano e progettano i servizi al fine di soddisfare le esigenze della comunità.

4.1 Esiste un processo per sviluppare o aggiornare la dichiarazione di mission con il contributo di membri del team, dei clienti e familiari, e degli stakeholder principali.

Linea Guida

La dichiarazione della mission aziendale, talvolta chiamata anche dichiarazione di intenti, descrive l'oggetto sociale e il mandato dell'organizzazione, le popolazioni servite, e l'ambito dei servizi. La dichiarazione della mission è scritta in termini semplici e di facile comprensione.

Le modalità di partecipazione dei leader dell'organizzazione al processo di elaborazione o aggiornamento della dichiarazione della mission aziendale possono essere di vario tipo. L'organo di governo sollecita i pareri all'interno dell'organizzazione e tra gli stakeholder, compresi i team, i clienti e i familiari. I pareri sono spesso raccolti tramite il direttore esecutivo dell'organizzazione che li sottopone all'attenzione dell'organo di governo. Nel caso di organizzazioni pubbliche, la raccolta dei pareri può prevedere una consultazione aperta con il pubblico e con i rappresentanti del territorio.

In organizzazioni senza organo di governo, i leader interni si fanno carico dello sviluppo della mission. In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere affidato al governo.



4.2 L'organizzazione ha una vision e un piano strategico.

Linea Guida

La frequenza e le formalità del processo di programmazione strategica possono variare a seconda della tipologia e delle dimensioni dell'organizzazione. Il processo di programmazione strategica serve a individuare la visione di lungo periodo dell'organizzazione e la strategia atta a realizzare tale visione. I responsabili dell'organizzazione dovrebbero coinvolgere un'ampia rete di stakeholder inclusi i membri del team e i clienti e familiari.

In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



4.3 I servizi sono pianificati con il contributo di clienti e familiari e della collettività intera.

Linea Guida

Si può richiedere il contributo in varie modalità formali o informali quali ad esempio focus group, riunioni municipali, meccanismi di feedback o reclami, consigli consultivi per clienti e familiari, ulteriori attività di coinvolgimento e processi di consultazione.


4.4

Nello sviluppare la vision e la programmazione strategica dell'organizzazione vengono prese in considerazione ed eventualmente integrate esigenze di clienti e familiari e della collettività, nonché le priorità stabilite da governo e da altri stakeholder.

Linea Guida

In alcuni casi, soprattutto nel caso di organizzazioni finanziate con fondi pubblici, le priorità possono essere fissate dal governo tramite la legislazione o tramite accordi di servizio o patti di responsabilità.

Nel caso di organizzazioni private, l'enfasi potrebbe ricadere sull'allineamento della vision aziendale e del piano strategico alle priorità degli stakeholder, compresi gli azionisti.


4.5

Nello sviluppare vision e piano strategico si valutano i possibili rischi e le opportunità.

Linea Guida

Si prendono in considerazione e si analizzano il contesto di riferimento e le previsioni di eventuali mutamenti che potrebbero costituire un rischio o rappresentare un'opportunità per l'organizzazione. Si valutano tali rischi e opportunità e si mettono a punto strategie che ne tengano conto all'interno del piano strategico.

In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



4.6

Il piano strategico dell'organizzazione comprende traguardi e obiettivi consistenti con mission e valori e che hanno risultati misurabili.

Linea Guida

I traguardi e gli obiettivi rispecchiano i contributi raccolti all'interno dell'organizzazione, i cambiamenti nei bisogni sanitari e lo stato di salute della collettività, le priorità fissate dal governo o altri stakeholder, i rischi e le opportunità per l'organizzazione. I traguardi e gli obiettivi contribuiscono a migliorare i risultati sanitari e la performance organizzativa.



4.7

Si conduce una costante analisi del macroambiente esterno finalizzata a identificare i cambiamenti in atto e le nuove sfide, a cui si adattano piano strategico, traguardi ed obiettivi sulla base delle necessità e sotto la supervisione e la guida dell'organo di governo.

Linea Guida

In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere affidato al governo, nel qual caso i leader dell'organizzazione dovrebbero essere a conoscenza dei contenuti dell'analisi del macroambiente esterno ed utilizzarne i dati ai fini della pianificazione dei servizi.



4.8

Si condividono mission, vision e valori dell'organizzazione con membri del team, clienti e familiari, e con la comunità.

Linea Guida

Condividere mission, vision e valori può includere la loro accessibilità al pubblico, ad esempio, tramite affissioni in accettazione o all'ingresso principale, oppure pubblicandoli nel sito web dell'organizzazione.



4.9

I traguardi e gli obiettivi strategici vengono comunicati ai membri dei team in tutta l'organizzazione e ai clienti e familiari.

- 

4.10 I traguardi e gli obiettivi a livello di team, unità o programma sono allineati con il piano strategico.

- 

4.11 Si presenta un resoconto dello stato di avanzamento dell'organizzazione verso il raggiungimento di traguardi e obiettivi strategici a stakeholder interni ed esterni e all'organo di governo, se applicabile.

- 

4.12 Le politiche e le procedure dell'organizzazione che regolamentano tutte le principali funzioni, attività operative e i sistemi chiave dell'organizzazione, sono documentate, autorizzate, implementate e aggiornate.

Linea Guida

Le principali funzioni variano a seconda della tipologia dei servizi erogati dall'organizzazione. Spetta ai suoi leader determinarne le principali funzioni, attività operative e i sistemi. Le politiche e procedure includono procedure operative standard nonché politiche, procedure e piani organizzativi.



5.0 Si comprendono i cambiamenti nei bisogni e nello stato di salute della comunità servita.

- 5.1 L'organizzazione raccoglie o ha accesso alle informazioni sullo stato di salute della popolazione di riferimento, sui bisogni sanitari e sulle capacità di farvi fronte.

Linea Guida

L'insieme di queste informazioni può essere indicato come valutazione dei bisogni sanitari o della comunità, oppure come profilo del territorio. Si tratta di informazioni comprensive di tendenze e mutamenti in atto nel contesto di riferimento che includono: dati demografici quali età, diversità culturale, alfabetizzazione, lingua; l'impatto dei determinanti della salute quali condizioni abitative e stato socioeconomico; la prevalenza di fattori di rischio associati a problematiche sanitarie quali percentuali di fumatori, tassi di sovrappeso/obesità; e feedback da parte di clienti e della comunità sui propri bisogni sanitari.

Se raccogliere informazioni o condurre una valutazione dei bisogni della comunità non rientra fra gli incarichi dell'organizzazione, allora questa accede e ricorre alle informazioni disponibili.



- 5.2 Si utilizzano le informazioni riguardanti la comunità ai fini della programmazione della tipologia di servizi da erogare nell'organizzazione.

Linea Guida

Quando sono disponibili nuove informazioni o a fronte di mutamenti nei bisogni della comunità, l'organizzazione vi si adegua.

Se l'organizzazione non è in grado di determinare la tipologia di servizi erogati (ad esempio se l'ambito dei servizi viene indicato dal governo o tramite legislazione), le informazioni sulla collettività sono utilizzate per comprendere la modalità con cui il mandato dell'organizzazione e i propri servizi possono contribuire a soddisfare le esigenze del territorio ed a individuare le lacune assistenziali da colmare.



5.3

Le informazioni riguardo la comunità di riferimento sono gestite in modo da tenerle sempre aggiornate e in un formato facilmente comprensibile.

Linea Guida

Le informazioni sulla comunità di riferimento sono chiare e facilmente comprensibili dai team.

In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



5.4

Le informazioni sulla comunità di riferimento sono condivise con l'organo di governo, i team e gli stakeholder, includendo le altre organizzazioni e i clienti e familiari.

Linea Guida

L'organizzazione individua le modalità di diffusione delle informazioni sulla comunità di riferimento, incluso formato e livello di dettaglio. Inoltre, individua eventuali restrizioni alla diffusione delle informazioni, ad esempio in materia di tutela della privacy e della riservatezza.

In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



6.0 Si sviluppano e implementano piani operativi per realizzare piano, traguardi e obiettivi strategici.

6.1 I responsabili dell'organizzazione sviluppano piani operativi annuali per realizzare piano, traguardi e obiettivi strategici, nonché guidare l'operatività quotidiana.

Linea Guida

I piani operativi danno una descrizione delle modalità a scadenza breve, utili a raggiungere i traguardi e gli obiettivi definiti nel piano strategico, nonché delle attività e risorse richieste.

Un piano operativo è spesso alla base del bilancio operativo annuale dell'organizzazione.



6.2 Nello sviluppare i piani operativi si richiede il contributo di membri del team, di clienti e familiari e di altri stakeholder, e i piani sono comunicati all'interno dell'intera organizzazione.

Linea Guida

Il processo per richiedere un contributo varia in funzione della cultura e dei valori dell'organizzazione e del tipo di processo decisionale e leadership.



6.3 I piani operativi indicano risorse, sistemi e infrastrutture necessari per erogare servizi e realizzare piano, traguardi e obiettivi strategici.

Linea Guida

I piani operativi tengono conto di risorse umane, gestione informatica, capacità e requisiti infrastrutturali dell'organizzazione.

A seconda delle dimensioni dell'organizzazione, questi elementi possono essere all'interno di un piano quale il piano aziendale (business plan). In alternativa, l'organizzazione può elaborare più piani separati, ciascuno dei quali affronta un singolo elemento. In tal caso, esiste un processo per assicurare che priorità e allocazione di risorse tra i vari piani siano allineati.



6.4 Le strutture e i servizi, o le linee programmatiche dell'organizzazione sono progettati, implementati, adattati secondo necessità per supportare l'erogazione di servizi e la realizzazione dei piani operativi.

Linea Guida

Le strutture comprendono i rapporti gerarchici come definiti nell'organigramma organizzativo e da prassi includono i servizi di supporto quali amministrazione, finanza, contabilità. I rapporti gerarchici devono bilanciare l'autonomia professionale con le responsabilità di coordinamento e di controllo generale dei leader dell'organizzazione. Ciò si realizza distinguendo la leadership clinica, o i responsabili di una specifica disciplina medica, dalla leadership operativa o amministrativa.

Le strutture, i servizi o le linee programmatiche dell'organizzazione vengono adattati in funzione di cambiamenti e di nuove problematiche quali questioni o bisogni sanitari emergenti, progressi scientifici e tecnologici, o dell'esigenza di apportare correttivi agli indirizzi strategici, traguardi e obiettivi.



6.5 Si ricorre a strategie o processi formali per gestire i cambiamenti.

Linea Guida

Gli approcci organizzativi per la gestione dei cambiamenti differiscono in base alla tipologia e portata del cambiamento, nonché all'impatto sull'organizzazione, sui team, su clienti e familiari e sulla collettività. Il cambiamento può essere operativo, economico o dipartimentale.

Un processo formale di gestione dei cambiamenti include una chiara visione del cambiamento e la sua comunicazione ai membri del team, la creazione di un piano operativo per implementare il cambiamento, la definizione di ruoli e responsabilità per gestirlo, l'allocazione di risorse finanziarie e umane per supportarne il processo, e il monitoraggio e valutazione dei risultati una volta che il processo di gestione del cambiamento sia stato implementato.



6.6 Si ricorre a sistemi e strumenti gestionali per monitorare e rendicontare l'implementazione dei piani operativi.

Linea Guida

Si selezionano sistemi e strumenti gestionali per supportare il coordinamento, la valutazione e il riesame dei processi e servizi organizzativi inclusi i processi decisionali. Questi possono includere strumenti di rappresentazione grafica quali ad esempio le balanced scorecards, assicurandosi che gli indicatori di processo e di esito siano agganciati direttamente a traguardi e obiettivi strategici; strumenti di rendicontazione finanziaria quali bilanci previsionali e consuntivi; e strumenti gestionali per progetti.



7.0 I leader dell'organizzazione collaborano con un'ampia rete di stakeholder.

7.1 I leader dell'organizzazione lavorano assieme all'organo di governo per individuare e collaborare con gli stakeholder esterni.

Linea Guida

Gli stakeholder esterni possono includere governi o altri enti finanziatori, organizzazioni partner o simili, gruppi d'interesse o di volontariato, ordini e colleghi o associazioni professionali, organizzazioni o agenzie con cui esistono appalti o convenzioni, popolazioni marginalizzate e la comunità nel suo insieme.

Si tratta di un processo collaborativo tra l'organizzazione e l'organo di governo in cui i leader dell'organizzazione svolgono un ruolo importante nel dare indicazione all'organo di governo su chi siano gli stakeholder e sulle modalità per anticipare e rispondere ai loro interessi.

Se l'organizzazione non ha un organo di governo, i suoi leader si fanno carico dell'individuazione e dell'interazione con gli stakeholder esterni.



7.2

I leader dell'organizzazione si fanno promotori dell'organizzazione e ne dimostrano il valore dei servizi nei confronti degli stakeholder e della comunità.

Linea Guida

La funzione di promozione dell'organizzazione (advocacy) è una responsabilità condivisa tra l'organo di governo, i leader dell'organizzazione e gli altri membri del team. I leader dell'organizzazione rivestono un ruolo importante nel garantire che la collettività sia a conoscenza dei servizi erogati dall'organizzazione e delle funzioni che svolge sul territorio. Rappresentandone gli interessi o promuovendone il sostegno, i leader dell'organizzazione possono accrescere la reputazione agli occhi dell'opinione pubblica e garantirle il giusto riconoscimento.

Consultandosi con l'organo di governo, i leader dell'organizzazione stabiliscono il livello dell'attività di rappresentanza e promozione (advocacy). Le attività possono includere la partecipazione a eventi pubblici (es. eventi di raccolta fondi, campagne), il sostegno alle politiche pubbliche sanitarie che affrontano i determinanti della salute (es. divieto di fumo nei luoghi pubblici, legislazione sulla salute ambientale), la comunicazione dei risultati delle iniziative per il miglioramento della qualità, la dimostrazione di buona performance in aree importanti e la sensibilizzazione della collettività su vari argomenti di interesse.


7.3

Si stringono collaborazioni con altre organizzazioni sul territorio al fine di erogare e coordinare i servizi in maniera efficiente ed efficace.

Linea Guida

Soddisfare l'intera gamma dei fabbisogni assistenziali collettivi va al di là delle potenzialità di una singola organizzazione. I leader dell'organizzazione individuano le collaborazioni necessarie per fornire accesso ai servizi in un'ottica di continuità assistenziale, mirando a limitare le duplicazioni e a condividere le risorse con altre organizzazioni.

Per le organizzazioni che erogano vari servizi o che si compongono di più strutture, le collaborazioni individuate dall'organo di governo e dai leader sono utilizzate da ogni dipartimento o reparto come punti di partenza per sviluppare essi stessi le proprie partnership al fine di coordinare i servizi ed agevolarne l'accesso ai clienti. Le collaborazioni nella comunità possono essere formate con, per esempio, organizzazioni che erogano assistenza per acuti, cure primarie, programmi territoriali, servizi di sanità pubblica, servizi ambulatoriali, servizi residenziali di lungodegenza, assistenza domiciliare o consultori.


7.4

I leader dell'organizzazione supportano e partecipano ad iniziative in corso nella comunità per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

Linea Guida

Il livello e il tipo di coinvolgimento dell'organizzazione variano a seconda delle dimensioni, del mandato e se di natura pubblica o privata. L'organizzazione può partecipare a iniziative di raccolta fondi o promuovere politiche sanitarie pubbliche che agiscano sui determinanti della salute. L'organizzazione può anche essere coinvolta in iniziative sostenute da specifici programmi o determinate aree di assistenza, quali la promozione di iniziative a favore dell'attività fisica ed di un'alimentazione sana per le popolazioni affette da diabete, o sensibilizzare la collettività nei confronti di determinate malattie come il morbo di Alzheimer o l'ictus, sebbene non sia necessario che ogni team o area di servizi attivi delle proprie iniziative di sviluppo della comunità.


7.5

Esiste un piano di comunicazione dell'organizzazione che si occupa della diffusione e del ricevimento delle informazioni dagli stakeholder interni ed esterni.

Linea Guida

Il piano di comunicazione è usato per sviluppare una comunicazione aperta e bidirezionale con gli stakeholder. Individua i vari meccanismi di comunicazione disponibili per raggiungere gruppi diversi, nonché quali informazioni condividere, come e a chi destinarle, quali siano le finalità e gli obiettivi della condivisione delle informazioni con gli stakeholder e la comunità. Per le organizzazioni pubbliche, il piano definisce anche i flussi informativi nei confronti degli enti istituzionali.

Gli stakeholder interni dell'organizzazione possono essere i membri del team, le fondazioni, i sindacati, clienti e familiari effettivi e potenziali, inclusi eventuali comitati consultivi consigli familiari, ed azionisti. L'organizzazione ha chiaro quali siano i suoi stakeholder interni (sia singoli che gruppi), i loro bisogni ed interessi e i loro ruoli nel supportare e implementare decisioni operative e strategiche.

In organizzazioni aventi un proprio organo di governo, questo sovrintende allo sviluppo del piano di comunicazione, mentre i leader interni lo implementano.


7.6

Si ricerca regolarmente il contributo degli stakeholder per valutare l'efficacia dei loro rapporti con l'organizzazione.

Linea Guida

La frequenza con cui valutare l'efficacia delle relazioni instaurate con gli stakeholder dovrebbe essere stabilita ed applicata dai leader dell'organizzazione, che possono richiederne il contributo tramite varie modalità formali o informali, quali ad esempio focus group, meccanismi di consultazione o di raccolta di reclami, attività di partecipazione e consultazione nella comunità, oppure deliberazioni sindacali o di altro genere.

ALLOCARE LE RISORSE E COSTRUIRE INFRASTRUTTURE



8.0 Si stanziano e gestiscono le risorse finanziarie dell'organizzazione per massimizzarne l'efficienza e soddisfare le esigenze assistenziali della comunità.

8.1 Lo stanziamento delle risorse fa parte del regolare ciclo di pianificazione dell'organizzazione.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione hanno l'incarico di sottoporre all'attenzione dell'organo di governo le raccomandazioni in merito all'allocazione delle risorse. L'organo di governo ha la responsabilità di individuare e valutare i rischi, in modo da guidare l'allocazione delle risorse, e supervisiona le decisioni di allocazione delle risorse degli alti dirigenti.

In organizzazioni che non abbiano un organo di governo, spetta ai leader farsi carico dell'allocazione delle risorse e di identificare e valutare i rischi. In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



8.2 Si redigono i bilanci operativi annuali e i bilanci degli investimenti nel rispetto delle politiche e delle procedure finanziarie dell'organizzazione.

Linea Guida

Le politiche finanziarie includono principi contabili generalmente accettati (GAAP/generally accepted accounting principles), e le linee guida dell'organo di governo. I bilanci operativi annuali e i bilanci degli investimenti dimostrano un adeguato stanziamento delle risorse nell'intera organizzazione. I bilanci operativi tengono traccia di profitti e perdite dell'organizzazione, nonché i costi dei servizi.

Nel redigere i bilanci operativi annuali e i bilanci degli investimenti, si tengono in debita considerazione mission, vision, traguardi e obiettivi strategici dell'organizzazione e si richiede il contributo dei team.


8.3

Si offrono opportunità ai leader dell'organizzazione di formazione sulle modalità di gestione e monitoraggio dei propri bilanci.


8.4

Quando si fanno scelte per l'allocazione delle risorse si raccolgono i pareri o contributi di stakeholder esterni ed interni.

Linea Guida

I contributi possono comprendere informazioni raccolte sulla comunità, quali ad esempio la valutazione dei bisogni della collettività; suggerimenti provenienti da partner del territorio sulle opportunità di condivisione delle risorse per massimizzare l'efficienza; priorità individuate da clienti, familiari e dalla comunità; indirizzi di allocazione delle risorse indicati da governi regionali o nazionali, donatori o fondazioni; richieste di risorse da parte di comitati interni, come la programmazione di investimenti in conto capitale.



8.5 Si seguono criteri prestabiliti per guidare le scelte di allocazione delle risorse.

Linea Guida

Le risorse sono distribuite secondo criteri prestabiliti che riguardano le popolazioni e le aree territoriali servite e il continuum dei servizi. I criteri impiegati per guidare le decisioni di allocazione delle risorse sono diversi a seconda delle dimensioni, del mandato e dell'oggetto sociale della singola organizzazione, anche se, in linea di massima, sono presi in considerazione: i bisogni e le priorità della comunità di riferimento; la disponibilità di finanziamenti da fonti pubbliche e private; le linee guida e i processi etici; la mission, la vision, i valori, gli obiettivi strategici e operativi dell'organizzazione; gli obiettivi di centralità di clienti e familiari nei servizi, e i dati e le evidenze (es. le analisi del rapporto costo/efficacia).

In alcune organizzazioni finanziate con fondi pubblici, il processo di attribuzione delle risorse potrebbe essere responsabilità del governo. In tali casi, i leader dell'organizzazione conoscono il processo attraverso cui le risorse vengono allocate ed i criteri guida di tali decisioni.



8.6 Esiste un processo per sottoporre i bilanci operativi annuali e i bilanci degli investimenti all'approvazione dell'organo di governo.

Linea Guida

In organizzazioni che non abbiano un organo di governo, i leader si fanno carico della redazione e dell'approvazione dei bilanci. In alcuni ordinamenti giuridici, questo processo può essere responsabilità del governo.



- 8.7 Esiste un processo per la redistribuzione delle risorse nelle aree di maggiore necessità, all'interno e tra le diverse aree operative e assistenziali o programmi.

Linea Guida

Il processo per l'allocazione delle risorse è sufficientemente flessibile da rispondere a cambiamenti di priorità e bisogni. Ciò può includere piani di emergenza per rispondere ai cambiamenti in modo tempestivo.

In organizzazioni dove il processo di allocazione delle risorse è responsabilità del governo i leader dell'organizzazione sono coinvolti nell'individuare i cambiamenti di priorità e di bisogni, e nella richiesta di risorse aggiuntive, di cui poi devono rispondere.



- 8.8 Si analizza sistematicamente l'impatto delle decisioni inerenti l'allocazione delle risorse.

Linea Guida

La frequenza con cui si analizza l'impatto delle decisioni sull'allocazione delle risorse viene stabilita e rispettata dai leader dell'organizzazione. Essi ne analizzano le ripercussioni su: qualità assistenziale, capacità di soddisfare i bisogni della comunità, cultura della vita lavorativa, salute dei membri del team, raggiungimento di traguardi e obiettivi strategici.

Nel trasferire risorse fra i servizi, i leader dell'organizzazione ne prevedono l'impatto e pianificano conseguentemente.



8.9 Si monitorano i bilanci e si generano resoconti regolari sul rendimento finanziario dell'organizzazione.

Linea Guida

La frequenza con cui si monitora un bilancio e si generano resoconti sui risultati finanziari è stabilita dall'organizzazione e si rende disponibile l'evidenza di questa programmazione. Si forniscono all'organo di governo, qualora esistente, eventuali resoconti e altre informazioni inerenti la performance finanziaria, quali i rischi potenziali per la situazione economica dell'organizzazione.

In organizzazioni senza un organo di governo, i resoconti sulla performance finanziaria vengono sottoposti all'attenzione della proprietà, degli azionisti o di altri soggetti o gruppi responsabili del suo monitoraggio.



8.10 I resoconti sulla performance finanziaria includono un'analisi dell'utilizzo delle risorse e delineano le opportunità per migliorarne efficacia ed efficienza.

Linea Guida

Si ricorre all'analisi dell'utilizzo delle risorse per individuare e affrontare opportunità per creare maggiore efficienza. Esistono diverse tecniche tramite cui l'organizzazione può rivedere l'utilizzo delle risorse. L'organizzazione può completare un riesame formale dell'utilizzo delle risorse, ad esempio un riesame retrospettivo complessivo o specifico dell'utilizzo delle risorse per programma o singola area di servizi, il calcolo dei costi suddivisi per diagnosi, o il paragone fra bilanci consuntivi e previsionali, e un'analisi dei driver che determinano scostamenti.



- 8.11 I leader dell'organizzazione verificano che essa ottemperi ai requisiti di legge nel gestire le risorse e nella rendicontazione finanziarie, ad esempio in materia di revisione contabile e di gestione del disavanzo.

Linea Guida

I requisiti di legge in materia di gestione delle finanze e di rendicontazione finanziaria variano in funzione delle dimensioni dell'organizzazione e della sua natura pubblica o privata.



9.0 L'ambiente fisico è sicuro.

- 9.1 Gli spazi fisici sono realizzati in ottemperanza a legislazione, normativa e codici vigenti in materia.

Linea Guida

Le considerazioni al riguardo comprendono: la manutenzione degli impianti di riscaldamento, aerazione e condizionamento dell'aria che controllano la temperatura, l'umidità, gli odori e i ricambi di aria; la prevenzione dell'esposizione al fumo passivo; la garanzia di efficienza e di ottemperanza ai codici applicabili per quanto concerne tutta l'infrastruttura fisica, ad esempio le finestre, i tetti e gli ascensori; la dotazione di arredi e apparecchiature idonei, che tengano conto dei fattori ergonomici e delle necessità di clienti e membri del team con bisogni speciali; i sistemi di sicurezza a tutela dei membri del team e dei clienti.

Molte organizzazioni sanitarie sono costrette a fare i conti con la vetustà degli edifici e delle infrastrutture fisiche. Andrebbero eseguite ispezioni periodiche per verificare che le condizioni ambientali e fisiche rispettino legislazione, normativa e codici vigenti in materia di tutela della salute, della sicurezza e per la protezione dei team e dei clienti.

Nei casi in cui le prestazioni sono erogate presso il domicilio dei clienti, esistono dei meccanismi per valutare la sicurezza delle abitazioni.



9.2

Esistono meccanismi per raccogliere i contributi da parte di clienti e familiari nel co-progettare nuovi spazi e determinare un utilizzo ottimale di quelli esistenti per garantire il miglior comfort e convalescenza.



9.3

Si tutelano salute e sicurezza del cliente e del team sempre e incondizionatamente e in particolare in occasione di lavori edili o di ristrutturazione.

Linea Guida

In occasione di lavori edili o di ristrutturazione, le considerazioni sulla sicurezza del cliente e del team possono includere: la prevenzione e il controllo delle infezioni; le limitazioni di accesso alle aree interessate dai lavori edili; il controllo di apparecchiature o sostanze pericolose; l'isolamento delle attività edili e di ristrutturazione allo scopo di limitare l'impatto sull'erogazione dei servizi.



- 9.4 Esiste un processo formale e trasparente per selezionare e acquistare apparecchiature e dispositivi medici e per selezionare fornitori qualificati.

Linea Guida

Il processo di selezione e di acquisto delle apparecchiature e dei dispositivi medici tiene in debita considerazione la standardizzazione delle apparecchiature in uso in tutta l'organizzazione; le informazioni fornite dai team e dai clienti e familiari; il livello e la tipologia dei servizi erogati, tenendo conto anche delle abilità funzionali dei clienti; le conoscenze e le capacità necessarie per l'utilizzo; i rischi o gli impatti potenziali sul controllo delle infezioni, compresi la riprocessazione, la salute e sicurezza degli operatori, la produzione esaltamento dei rifiuti; i risultati della ricerca, le evidenze più recenti e i progressi tecnologici; la valutazione dei benefici rispetto ai costi.

Nelle organizzazioni in cui le apparecchiature e i dispositivi medici sono esternalizzati, ad esempio in comodato d'uso, in conto deposito o in leasing, l'organizzazione applica lo stesso processo di selezione applicato per le apparecchiature e per i dispositivi medici che vengono acquistati e applica lo stesso processo per la selezione dei fornitori.



- 9.5 Esiste un processo per formare i team sull'utilizzo in sicurezza di apparecchiature e dispositivi medici.



- 9.6 Esiste una procedura o politica per assicurare che i membri del team che utilizzano apparecchiature e dispositivi medici specialistici siano autorizzati e addestrati allo scopo.

Linea Guida

Il processo o la politica può prevedere un elenco aggiornato di utilizzatori addestrati e autorizzati all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi medici specialistici, oppure la dotazione di codici o numeri di accesso da inserire prima dell'utilizzo di dispositivi e apparecchiature.



9.7 Si seguono piani o processi per la manutenzione, riqualificazione e sostituzione di apparecchiature e dispositivi medici.

Linea Guida

I piani riguardano la calendarizzazione della manutenzione e i processi di documentazione per i controlli di servizio, degli interventi di manutenzione routinaria e preventiva; la gestione del ciclo di vita della strumentazione; la conservazione in condizioni di sicurezza ed efficienza; i servizi di assistenza e/o le riparazioni d'emergenza.



9.8 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Si implementa un programma di manutenzione preventiva per dispositivi medici, apparecchiature mediche e tecnologie mediche.

Linea Guida

Un programma di manutenzione preventiva efficace aiuta a garantire che dispositivi medici, apparecchiature mediche e tecnologie mediche siano sicuri e funzionali. Aiuta anche a individuare e affrontare eventuali problematiche inerenti che possono determinare danni agli operatori o ai clienti.

Prove di Conformità

- 9.8.1 Esiste un programma di manutenzione preventiva per tutti i dispositivi medici, le apparecchiature mediche e le tecnologie mediche.
- 9.8.2 La manutenzione preventiva è documentata.
- 9.8.3 Esiste un processo per valutare l'efficacia del programma di manutenzione preventiva.
- 9.8.4 Esistono verifiche documentate di follow up correlate alle indagini su incidenti e problemi in cui sono coinvolti dispositivi, apparecchiature e tecnologie mediche.



9.9 I leader dell'organizzazione sviluppano e seguono politiche e procedure per gestire incidenti a danno della sicurezza dei pazienti correlati all'utilizzo di dispositivi, apparecchiature e tecnologie mediche, inclusi i casi di cattivo utilizzo.

Linea Guida

La politica prevede l'obbligatorietà di un'indagine di follow-up su apparecchiature o dispositivi medici coinvolti in un incidente a danno della sicurezza del paziente.



9.10 Sono intraprese azioni, inclusa l'introduzione di impianti di riserva e di back-up, per ridurre l'impatto di eventuali guasti agli impianti tecnici sulla salute e sulla sicurezza di clienti e dei team.

Linea Guida

Per impianti tecnici si intendono gli impianti di alimentazione e/o distribuzione di elettricità, acqua potabile, acqua sterile, combustibile, gas medicali e sistemi di aspirazione.

In assenza di un sistema di back-up, i leader dell'organizzazione preparano un piano d'azione nell'eventualità di guasti a carico degli impianti che riguarda, ad esempio, le modalità per preservare farmaci e vaccini che richiedono refrigerazione, oppure modalità e luogo per lo spostamento di clienti/residenti.

In ambito territoriale, ad esempio presso il domicilio dei clienti, i leader dell'organizzazione possono predisporre la dotazione di impianti di riserva in caso di blackout elettrico, ad esempio batterie o mini-generatori per le apparecchiature per la ventilazione meccanica domiciliare.



9.11 Si intraprendono iniziative volte a minimizzare l'impatto delle attività dell'organizzazione sull'ambiente.

Linea Guida

Esempi di iniziative in tal senso sono: l'aumento delle opportunità di riduzione di utilizzo, riutilizzo e riciclo di materiali; la conservazione di risorse quali l'acqua e l'energia elettrica; l'utilizzo di prodotti ecologici e la promozione di pratiche ecologiche, ad esempio l'utilizzo di detergenti senza fosfati o la preparazione di cibi a basso impatto ambientale; il controllo delle emissioni; lo smaltimento appropriato delle sostanze pericolose per l'ambiente; la partecipazione a iniziative o eventi sul territorio che si propongono di migliorare l'ambiente, ad esempio le giornate di pulizia di prati, sentieri, spiagge, ecc.; la collaborazione con le agenzie locali di gestione ambientale; l'abbellimento e la manutenzione delle aree esterne.

10.0 L'organizzazione investe nelle persone che ne fanno parte e nel loro sviluppo professionale.



10.1 Si assumono e selezionano i membri del team in maniera equa secondo le qualifiche individuali e la capacità di contribuire ai valori, traguardi e obiettivi dell'organizzazione.



10.2 Si implementano strategie di fidelizzazione del personale.

Linea Guida

La fidelizzazione del personale è un tema strettamente correlato all'ambiente di lavoro e alla salute sul luogo di lavoro. A tal proposito, molte strategie per la fidelizzazione del personale sono simili alle strategie per la promozione di un ambiente di lavoro sano e sicuro e per la promozione della salute sul luogo di lavoro. Ne sono un esempio l'introduzione di strategie specifiche per la flessibilità sul luogo di lavoro (es. orari di lavoro flessibili); il riconoscimento dei contributi e le gratificazioni; l'offerta di servizi per l'assistenza dei figli (asili, ecc.); la creazione di opportunità di tutoraggio, promozioni, trasferimenti o affiancamento lavorativo; l'offerta di sviluppo professionale compresa l'opportunità di sviluppare le capacità di leadership; il monitoraggio dei livelli di stress e stanchezza per ridurre al minimo le lacune nelle prestazioni e il rischio di burnout del personale.

Altre strategie possono prevedere la revisione delle retribuzioni al fine di garantirne l'equità e l'imparzialità.

Le strategie di fidelizzazione dipendono dalle dimensioni dell'organizzazione, dalle tipologie dei membri del team e da altri fattori quali l'ubicazione geografica.



- 10.3 Si applica un processo di definizione della pianta organica basato sulle evidenze e che fa un uso appropriato delle capacità, della formazione e delle conoscenze individuali.

Linea Guida

Il processo di definizione della pianta organica è basato su criteri oggettivi, come ad esempio i bisogni sanitari dei clienti, il grado di acuzie dei clienti, la complessità delle prestazioni e le risorse organizzative.

Il processo di definizione della pianta organica prevede la valutazione periodica dell'efficacia della pianta organica e l'identificazione di modalità atte a correggere la situazione laddove la dotazione organica dovesse scendere sotto i livelli di sicurezza.

Il processo di definizione della pianta organica può subire l'influenza o l'impatto di contratti collettivi di lavoro, ad esempio le clausole di salvaguardia per anzianità di servizio.



- 10.4 Formazione e addestramento vengono forniti nell'intera organizzazione per promuovere e potenziare una cultura basata sulla centralità del cliente e dei familiari nelle cure.

Linea Guida

I programmi di formazione e addestramento sono stabiliti al fine di orientare i team verso strategia, traguardi, comportamenti, azioni che consentono una cultura basata sulla centralità del cliente e dei familiari nelle cure. I team ricevono addestramento sulle competenze per creare con successo una partnership e comunicare efficacemente con i clienti e le famiglie.



10.5 Si stabilisce un piano per la gestione del talento che include strategie per sviluppare capacità e competenze di leadership all'interno dell'organizzazione.

Linea Guida

Il piano per la gestione del talento dovrebbe definire questioni quali la pianificazione della successione, la pianificazione dello sviluppo delle risorse umane e piani per sviluppare le capacità di leadership in tutta l'organizzazione. Tutto ciò contribuisce a creare un ambiente di lavoro sano responsabilizzando e coinvolgendo i membri del team e impegnandoli attivamente nel perseguimento di ruoli e posizioni di leadership.

Lo sviluppo della leadership dovrebbe essere continuo e costante, incoraggiato da una cultura dell'apprendimento e dell'affiancamento (coaching).

Le strategie per formare leader nell'intera organizzazione possono includere seminari sulla leadership, coaching, tutoraggio, attività di simulazione e programmi di scambio di leadership. Un aspetto importante della leadership consiste nello sviluppo di capacità motivazionali, capacità di comunicazione interpersonale, capacità di gestione dei conflitti, gestione del gruppo e creazione di un clima di fiducia.



10.6 I rapporti gerarchici sono ben definiti per tutti i membri del team.

Linea Guida

I rapporti gerarchici e funzionali sono definiti nell'organigramma aziendale e sono noti a tutti all'interno dell'organizzazione. I rapporti gerarchici riflettono l'assetto organizzativo, l'ambito e la tipologia dei servizi erogati, una leadership e un lavoro di gruppo efficienti ed efficaci in tutta l'organizzazione, le tipologie dei membri del team, il flusso dei membri del team in tutta l'organizzazione e l'integrazione dei servizi su tutto l'arco del continuum assistenziale.



10.7 I profili di ogni singola posizione sono sviluppati e aggiornati periodicamente.

Linea Guida

La frequenza dell'aggiornamento dei profili delle posizioni è stabilita e applicata dai leader dell'organizzazione.

I profili delle posizioni, altrimenti detti anche descrizioni dei ruoli professionali, descrizioni delle posizioni lavorative, descrizioni delle mansioni o anche semplicemente job description, sono allineati alla mission, alla vision e ai valori aziendali e contengono una definizione sintetica della posizione lavorativa con una descrizione dei ruoli e delle responsabilità della posizione stessa. Descrivono inoltre la natura e l'ambito di applicazione delle mansioni lavorative, le qualifiche richieste per ricoprire la posizione, i rapporti gerarchici e le linee di comunicazione.



10.8 Si definiscono per scritto ruoli e responsabilità per la sicurezza del paziente.

Linea Guida

Ognuno nell'organizzazione svolge un ruolo importante per la sicurezza del paziente. I ruoli e le responsabilità in materia di sicurezza del paziente possono essere definiti nei profili delle posizioni, nelle valutazioni delle performance, nei manuali e nei materiali orientativi.



- 10.9 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Si fornisce formazione e addestramento sulla sicurezza del paziente per specifiche aree di interesse, con cadenza minima annuale a leader, operatori e volontari.

Linea Guida

La formazione annuale sulla sicurezza del paziente è resa disponibile per i responsabili dell'organizzazione, gli operatori e i volontari. Vengono individuate specifiche aree di interesse per la sicurezza dei pazienti quali l'uso sicuro dei farmaci, la segnalazione di incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti (incident reporting), la formazione sulle abilità non tecniche (non technical skills; human factors), tecniche di comunicazione efficace, attrezzature e presidi di sterilizzazione, lavaggio e igiene delle mani, prevenzione e controllo delle infezioni.

Prove di Conformità

- 10.9.1 È presente una formazione annuale sulla sicurezza del paziente creata su misura per le esigenze dell'organizzazione e per specifiche aree di interesse della sicurezza del paziente.



- 10.10 I rapporti gerarchici e l'ambito di controllo dei leader vengono valutati regolarmente.

Linea Guida

Valutare i rapporti gerarchici e l'ambito di controllo dei leader significa anche valutare periodicamente la formazione e le competenze di questi ultimi in relazione all'adempimento dei requisiti previsti dalle posizioni ricoperte e verificarne l'effettiva autorità sulle attività di cui sono responsabili.

La frequenza della valutazione dei rapporti gerarchici e dell'ambito di controllo è stabilita e applicata dai leader dell'organizzazione.



10.11 Le politiche e le procedure per monitorare l'operato dei membri del team sono in linea con mission, vision e valori dell'organizzazione.

Linea Guida

Le politiche e le procedure riguardano le linee guida sui comportamenti attesi sulla base dei valori aziendali (es. cure incentrate sui clienti e i familiari); la conduzione di valutazioni di performance regolari e obiettive; la documentazione delle performance; e lo sviluppo di piani per la gestione delle performance individuali basati su punti di forza, aree di miglioramento, obiettivi individuali e piani di avanzamento professionale.

Le politiche e le procedure sono condivise con tutti i membri del team.



10.12 Le politiche e le procedure dell'organizzazione riguardanti il monitoraggio delle performance includono le modalità per affrontare queste tematiche in modo obiettivo e imparziale.

Linea Guida

La gestione delle tematiche di performance può essere influenzata dai contratti collettivi.



10.13 Un colloquio di fine rapporto viene offerto ai membri del team uscenti dall'organizzazione e le informazioni relative sono utilizzate per migliorare le prestazioni, la gestione del personale e la sua fidelizzazione.

Linea Guida

Si analizzano le informazioni sul colloquio di fine rapporto per individuare tendenze che potrebbero essere utili per migliorare le strategie di gestione o fidelizzazione del personale. Ad esempio, se il motivo per cui molti membri del team decidono di andare a lavorare altrove risiede nella mancanza di opportunità di avanzamento di carriera, l'organizzazione può adoperarsi per creare nuove opportunità di avanzamento di carriera oppure altri incentivi alternativi per invogliare i soggetti a rimanere presso l'organizzazione (es. opportunità di sviluppo professionale o di distacco presso altre sedi).



10.14 Si custodiscono fascicoli personali di tutti i membri del team.

Linea Guida

I documenti comprendono le informazioni relative all'assunzione, ai programmi di orientamento, ai corsi di addestramento e di formazione, alle valutazioni di performance, al licenziamento o alle dimissioni, compreso il colloquio di fine rapporto.



10.15 I fascicoli personali sono archiviati in modo da tutelarne la privacy e ottemperare alle normative vigenti in materia.

Linea Guida

L'organizzazione osserva le normative nazionali e regionali in materia di tutela della privacy e conserva i fascicoli personali per i tempi stabiliti dalla normativa a seguito dell'interruzione del rapporto di lavoro.

11.0 I sistemi e le politiche di gestione delle informazioni dell'organizzazione ne soddisfano i fabbisogni esistenti e prendono in considerazione quelli futuri, migliorando la performance organizzativa.



11.1 I sistemi di gestione informativa scelti soddisfano le esigenze attuali dell'organizzazione e prendono in considerazione quelle future.

Linea Guida

La gestione delle informazioni comprende l'organizzazione, il recupero, l'acquisizione e la manutenzione delle informazioni sia in forma di archivi cartacei che multimediali (CD e DVD), o di dati elettronici. Un sistema di gestione delle informazioni rappresenta una metodologia gestionale degli archivi tanto cartacei quanto multimediali o elettronici di un'organizzazione che include l'archiviazione, il ciclo di vita e smaltimento, nonché la condivisione con terzi.

Nello scegliere i sistemi di gestione delle informazioni, i responsabili dell'organizzazione tengono in considerazione: le esigenze informative attuali e in evoluzione; l'affidabilità, la sicurezza e la facilità d'uso di hardware e software; il contributo da parte degli utenti del sistema; le risorse disponibili; e i requisiti di legge applicabili.

In alcuni ordinamenti giuridici, la selezione e l'implementazione di sistemi di gestione informativa sono responsabilità del governo.



11.2 Come da legislazione vigente in materia, si tutelano la privacy e la riservatezza dei dati personali del cliente.

Linea Guida

Per legislazione vigente si intende la legislazione nazionale o quella regionale.



11.3 Si implementano, riesaminano e aggiornano le politiche e procedure volte a supportare raccolta, immissione, utilizzo, trasmissione e conservazione di dati.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione decidono la frequenza con cui riesaminare e aggiornare le politiche e procedure.

Le politiche e le procedure sulla gestione delle informazioni prevedono metodologie standardizzate per la raccolta, la codifica, la classificazione e l'immissione dei dati; la formazione, l'addestramento e il supporto affinché gli utenti possano utilizzare appropriatamente il sistema informativo; la garanzia della riservatezza, della sicurezza e dell'integrità dei dati e delle informazioni; la trasmissione dei dati e delle informazioni in modo accurato e standardizzato; la definizione dei tempi di conservazione e di distruzione delle informazioni, che specifichino per quanto tempo le informazioni, compresi i dati, le registrazioni e le cartelle cliniche, devono essere conservati.



11.4 Si applicano politiche e processi per consentire ai clienti un facile accesso alle informazioni contenute nelle proprie cartelle cliniche in modo sistematico e tempestivo.

Linea Guida

Le politiche e i processi relativi all'accessibilità delle cartelle sono incentrati sui clienti e li supportano nell'accesso alle proprie informazioni. I clienti sono i proprietari dei propri dati clinici e come tali collaborano alle fasi di registrazione dei dati nelle proprie cartelle cliniche potendovi apportare il proprio contributo. I clienti hanno opportunità di discutere le informazioni, porre domande e dare un feedback. I clienti ricevono informazioni sul loro diritto e sul processo di accesso ai dati contenuti nelle proprie cartelle cliniche.



- 11.5 I leader dell'organizzazione gestiscono l'accesso e supportano e facilitano il flusso di informazioni cliniche e amministrative in tutta l'organizzazione, all'organo di governo, attraverso tutti i dipartimenti, presidi o oltre i confini regionali, e verso partner esterni e la comunità.

Linea Guida

Le informazioni possono essere di tipo clinico o amministrativo. Possono riferirsi a clienti, al team, alla sicurezza (come ad esempio il controllo delle infezioni), oppure alle performance dell'organizzazione, ad esempio in termini di qualità o di risultati o di performance finanziaria. L'accesso è regolato sulla base delle necessità, al fine di tutelare la privacy e di ottemperare alle leggi e alle normative vigenti. Allo scopo di migliorare i flussi informativi, i leader dell'organizzazione possono stabilire livelli differenziati di accesso alle informazioni e adattarle in funzione dei destinatari.



- 11.6 I team hanno la possibilità di accedere tempestivamente alle evidenze di ricerca medico-scientifica e alle informazioni sulle buone pratiche.

Linea Guida

L'accesso alle informazioni sulle evidenze medico-scientifiche basate sulla ricerca e sulle buone pratiche può differire in funzione dei gruppi o delle unità.

I leader dell'organizzazione collaborano con partner e altri stakeholder per facilitare l'accesso tempestivo a informazioni cliniche tra cui banche dati, libri o riviste scientifiche e linee guida basate sulle evidenze. Questo può anche includere iniziative volte a presentare le ricerche e le buone pratiche ai responsabili di tutta l'organizzazione; lo sviluppo dei servizi bibliotecari o dei collegamenti con biblioteche professionali per gestire le informazioni sulla ricerca e sulle buone pratiche di interesse per l'organizzazione; il coinvolgimento in reti o partnership di ricerca.


11.7

Si valutano periodicamente qualità e utilità di dati e informazioni dell'organizzazione al fine di migliorare i sistemi informativi.

Linea Guida

La frequenza della valutazione della qualità e dell'utilità di dati e informazioni è stabilita e applicata dai leader dell'organizzazione.

La valutazione comprende i processi e i controlli atti a garantire l'accuratezza, l'attendibilità, la sicurezza, la riservatezza e la trasmissione tempestiva dei dati e delle informazioni. Può prevedere anche l'inventario delle fonti informative esistenti allo scopo di favorire l'integrazione delle informazioni provenienti da fonti diverse; la prevenzione delle duplicazioni superflue (es. raccolta delle stesse informazioni da più fonti); la rilevazione di eventuali lacune e l'individuazione di nuovi campi per la raccolta dati; la promozione di un approccio più completo alla gestione delle informazioni.

I leader dell'organizzazione richiedono il contributo degli utenti per assicurare che dati e informazioni forniti siano utili e pertinenti.

MONITORARE E MIGLIORARE QUALITÀ E SICUREZZA



12.0 Esiste un processo per gestire e mitigare i rischi nell'organizzazione.

12.1 Si applica un processo strutturato volto a individuare e analizzare rischi o problemi esistenti e potenziali.

Linea Guida

Analizzare i rischi potenziali significa valutare e classificare ogni singolo rischio in base alla probabilità del suo verificarsi e alla gravità potenziale del suo impatto o delle sue conseguenze.

Per rischi o problemi potenziali si intendono, a titolo di esempio, le rimodulazioni dei finanziamenti, i cambiamenti politici o le agitazioni sindacali, le carenze di risorse umane o di altre risorse.

Tramite l'identificazione proattiva dei potenziali rischi o problematiche, i responsabili dell'organizzazione sono in grado di mobilitare le risorse in modo rapido ed efficace al fine di prevenire o arginare le situazioni di crisi, avendo predisposto i meccanismi atti a garantire la continuità delle attività operative in caso di crisi.



12.2 I leader dell'organizzazione implementano un approccio integrato di gestione del rischio per attenuarlo e gestirlo.

Linea Guida

La gestione integrata del rischio è un processo continuo, proattivo, sistematico volto a comprendere, gestire, comunicare in merito al rischio secondo una prospettiva di livello organizzativo. Richiede una valutazione continua del rischio a ogni livello organizzativo, aggregando i risultati a livello aziendale per trasmetterli e assicurarne un monitoraggio e riesame adeguati. La gestione integrata del rischio comprende l'utilizzo dei risultati aggregati per informare in merito a pratiche decisionali e operative interne all'organizzazione.

Per metodologia di gestione integrata del rischio si intende che la gestione del rischio è integrata nella cultura dell'organizzazione. I leader dell'organizzazione coinvolgono i responsabili di tutta l'organizzazione nella pianificazione della gestione del rischio e li invitano a considerare la gestione del rischio nelle attività quotidiane. Tutto ciò prevede la dotazione di piani od obiettivi operativi e l'attribuzione o di responsabilità o incarichi di rendicontazione in tutta l'organizzazione.

I responsabili dell'organizzazione informano l'organo di governo sui rischi reali o potenziali che riguardano l'organizzazione e collaborano assieme al fine di integrare le metodiche di gestione del rischio nel piano strategico. La gestione del rischio d'impresa, compresa la gestione del rischio amministrativo od organizzativo, prende in considerazione i rischi finanziari, infrastrutturali, di reputazione e di posizionamento sul mercato. Può comprendere anche la valutazione delle coperture assicurative, i processi di pianificazione del bilancio e del capitale, le risorse umane, la governance aziendale, i rischi di non conformità correlate a standard, politiche e normative, i sistemi informativi e le tecnologie informatiche, il patrimonio immobiliare e l'infrastruttura fisica, la pianificazione della risposta a emergenze e disastri, la gestione dei contratti, i rischi correlati alla reputazione, alle credenziali e alla responsabilità civile.

La riduzione del rischio clinico a carico di clienti e familiari e

dei team è legata all'erogazione di cure sicure ed efficaci e può riguardare alcune aree specifiche ad alto rischio, come ad esempio la prevenzione e il controllo delle infezioni, l'erogazione dei servizi di laboratorio oppure altre aree potenziali di rischio clinico individuate dall'organizzazione.

In organizzazioni senza organo di governo, i leader si fanno carico dell'integrazione della gestione del rischio nel processo decisionale organizzativo.



- 12.3 Nell'ambito della metodologia di gestione integrata del rischio, i responsabili dell'organizzazione elaborano i piani di riduzione del rischio.

Linea Guida

I piani di riduzione del rischio dell'organizzazione sono basati sulla frequenza e sulla gravità del rischio. Affrontano i rischi o le problematiche identificate e delineano le azioni da intraprendere al fine di ridurre l'impatto degli incidenti qualora dovessero verificarsi.



- 12.4 L'approccio di gestione del rischio e i piani di emergenza sono diffusi in tutta l'organizzazione.



12.5 Si valuta periodicamente l'efficacia della metodologia di gestione integrata del rischio e si introducono i miglioramenti laddove necessario.

Linea Guida

La frequenza della valutazione è stabilita e applicata dai leader dell'organizzazione.

Per valutare l'efficacia della metodologia è necessario monitorare la performance rispetto ad obiettivi prestabiliti e introdurre i miglioramenti in base ai risultati. A tal fine, è possibile sviluppare audit interni da utilizzarsi al fine di esaminare i processi e le procedure di gestione del rischio in tutta l'organizzazione e di individuare le aree di miglioramento. Gli audit interni sono condotti sui processi o sulle azioni implementate a seguito dell'applicazione della metodologia di gestione integrata del rischio a tutti i livelli dell'organizzazione. Gli audit interni dovrebbero prevedere anche un'analisi del rapporto costi/efficacia della metodologia e il monitoraggio degli indicatori di performance correlati al rischio, al fine di valutare il contributo all'organizzazione della metodologia di gestione integrata del rischio.



12.6 Nell'ambito della metodologia di gestione integrata del rischio, si applicano politiche e procedure prestabilite per la selezione dei fornitori esterni dei servizi e per la negoziazione dei servizi esternalizzati.

Linea Guida

L'organizzazione dispone di politiche e procedure apposite per la scelta di affidare servizi a singoli individui o ditte; per la negoziazione delle clausole contrattuali; per la sottoscrizione, la revisione e l'aggiornamento di tutti i contratti di fornitura dei servizi; per la previsione e la gestione dei rischi associati ai servizi esternalizzati.



12.7 Nell'ambito della metodologia di gestione integrata del rischio, si valuta la qualità dei servizi esternalizzati e dei relativi fornitori.

Linea Guida

Ai fini della gestione dei servizi esternalizzati, i leader dell'organizzazione applicano processi di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi esternalizzati e dei relativi fornitori, in linea con la valutazione dei servizi interni, il che prevede la garanzia del mantenimento delle condizioni di sicurezza dei pazienti, la gestione delle controversie e delle non-conformità rispetto al codice di condotta o alle politiche o procedure, e l'identificazione e la gestione delle aree di miglioramento.



13.0 Si valuta e si migliora il flusso dei clienti.

- 13.1 Si raccolgono e analizzano le informazioni sul flusso dei clienti per individuarne gli ostacoli all'ottimizzazione, le relative cause, e l'impatto sul grado di soddisfazione e sulla sicurezza dei clienti.

Linea Guida

Le barriere che si frappongono a un flusso dei clienti ottimale comprendono le situazioni in cui le richieste di prestazioni superano la capacità dell'organizzazione di erogare tali prestazioni, inficiando la possibilità dei clienti di passare da un servizio all'altro senza interruzioni su tutto l'arco della continuità assistenziale. Per barriere si intendono quindi, a titolo di esempio, le attese, i ritardi, i “colli di bottiglia” o i carichi di lavoro arretrato. Gli ambiti assistenziali che hanno più probabilità di rappresentare una barriera a un flusso dei clienti ottimale ed efficiente includono le cure primarie, i dipartimenti di emergenza-urgenza e pronto soccorso ospedaliero (attese per il ricovero del cliente), le unità di terapia intensiva e le sale di risveglio post-anestesia (attese per il posto letto in medicina o in chirurgia), i reparti di degenza (attese per il posto letto nel successivo livello di assistenza), i servizi territoriali (attese per i servizi residenziali di lungodegenza, per i servizi di assistenza domiciliare, per i servizi di sostegno a domicilio, per l'alloggio o per i servizi di cure palliative).

L'analisi del flusso dei clienti dovrebbe prevedere l'esame del sistema dal punto di vista del cliente, il riesame dei tassi di occupazione dei reparti/dipartimenti e della frequenza con cui i clienti sono trattenuti nelle diverse aree in attesa di poter passare a un altro livello di assistenza, o a un altro ambito assistenziale. Valutare le opportunità di valutare le opinioni espresse dai clienti tramite sondaggi e più attivamente attraverso focus group mirati, o le opportunità di giri dei reparti o visite di aree da parte dei dirigenti responsabili. Si può includere anche l'analisi della variabilità delle richieste di prestazioni, compresi gli andamenti dei volumi di interventi chirurgici, oppure dei tempi di attesa in pronto soccorso, per le procedure chirurgiche o per i servizi residenziali di lungodegenza, e la capacità dell'organizzazione di far fronte a tali richieste.


13.2

Si utilizzano le informazioni sulle barriere al flusso dei clienti allo scopo di elaborare una strategia di potenziamento della capacità dell'organizzazione di soddisfare le richieste di prestazioni e di migliorare il flusso dei clienti in tutta l'organizzazione.

Linea Guida

La strategia per la gestione del flusso dei clienti può riguardare l'intera regione, il sistema sanitario, le reti di enti sanitari, oppure una singola organizzazione sanitaria. I team, i clienti e i familiari vengono coinvolti nel complessivo processo di sviluppo della strategia per la gestione del flusso dei clienti. Una volta individuate le barriere o le problematiche che si frappongono a una gestione ottimale del flusso dei clienti e le loro cause, il miglioramento del flusso dei clienti può prevedere la gestione delle attività o dei processi inefficienti o insicuri che contribuiscono alla gestione inefficiente del flusso dei clienti in tutta l'organizzazione.

Per migliorare il flusso dei clienti può rendersi necessario valutare e migliorare i processi di triage; aggiungere o spostare posti letto, oppure dotarsi di politiche e procedure per la definizione della capacità di ricezione in caso di impennate nell'afflusso dei clienti, comprensive delle soglie massime di capacità di ricezione; migliorare i tempi per la pulizia e il rifacimento dei letti; migliorare il trasferimento di informazioni tra i dipartimenti e servizi sanitari; stabilire quali clienti o casi abbiano la priorità per il posto letto e garantirne il posto letto; bilanciare il programma operatorio tra interventi elettivi e non, in modo da garantire flessibilità nell'esecuzione di interventi chirurgici non programmati o di emergenza.


13.3

I leader dell'organizzazione collaborano con altri operatori sanitari e partner per migliorare e ottimizzare il flusso dei clienti.

Linea Guida

I responsabili dell'organizzazione sviluppano collaborazioni con operatori sanitari esterni all'organizzazione quali possono essere dei consulenti (ad esempio per esami diagnostici), operatori per cure primarie e di terapia intensiva, ambulatori e servizi residenziali di lungodegenza, per migliorare le problematiche inerenti il flusso dei clienti al momento del ricovero e delle dimissioni. Una metodologia utile in tal senso consiste nella definizione di linee guida per l'individuazione dell'ambito assistenziale più appropriato (ad esempio: quali clienti dovrebbero essere inviati in pronto soccorso, rispetto a quelli che dovrebbero essere gestiti a livello di assistenza primaria).



13.4 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Si migliora il flusso dei clienti nell'intera organizzazione e il sovraffollamento del dipartimento di emergenza viene contenuto operando in maniera proattiva assieme a gruppi interni o provenienti da altri settori.

Linea Guida

Il sovraffollamento del dipartimento di emergenza rappresenta una problematica a livello di sistema. La causa principale risiede solitamente in un inefficiente flusso di clienti (ad esempio indisponibilità di posti letto ospedalieri, ricoveri inappropriati, conferma di ricovero ritardata, ritardi nelle dimissioni e mancanza di un accesso tempestivo ai servizi diagnostici e all'assistenza territoriale) derivante dalla mancata corrispondenza tra capacità e domanda. Grazie alla valutazione dei dati sul flusso dei clienti e tenendo conto di ogni diversa provenienza della domanda (come i ricoveri di emergenza e pianificati, l'assistenza ambulatoriale e di follow-up), le organizzazioni possono comprendere le dinamiche della domanda e sviluppare strategie per soddisfarne la variabilità, oltre che per ridurre gli ostacoli al flusso ed evitare il sovraffollamento. L'approccio deve essere in linea con gli indicatori e le strategie esistenti a livello locali e territoriale.

L'approccio specifica il ruolo svolto dai team clinici e non all'interno dell'ospedale (ad esempio medicina, chirurgia, controllo delle infezioni, diagnostica, pulizie, ricovero, pianificazione delle dimissioni e trasporto) e nell'intero sistema sanitario (ad esempio lungodegenza, assistenza domiciliare, cure palliative, riabilitazione e cure primarie).

I possibili interventi per affrontare la variabilità nella domanda e gli ostacoli al flusso includono lo sviluppo di criteri chiari per il ricovero, la riduzione della durata della degenza (soprattutto se estesa), il miglioramento dell'accesso ai servizi ambulatoriali (diagnostica, laboratorio e visite), il miglioramento della pianificazione delle dimissioni, le collaborazioni a livello territoriale per migliorare i tempi di inserimento dei clienti. Occorre che le organizzazioni analizzino con costanza il flusso dei clienti per sapere se gli interventi hanno portato a eventuali miglioramenti.

Per migliorare il flusso dei clienti occorre il supporto di una solida leadership. La responsabilità degli alti dirigenti, tra cui i medici, è dimostrabile attraverso la politica, i loro ruoli e responsabilità specifiche, o attraverso la valutazione delle performance.

Prove di Conformità

- 13.4.1 I leader dell'organizzazione, inclusi i medici, rispondono delle attività proattive finalizzate al miglioramento del il flusso dei clienti ed a contenere il sovraffollamento nel dipartimento di emergenza.
- 13.4.2 I dati sul flusso dei clienti (ad esempio la durata della degenza, i tempi di consegna dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, le tempistiche di inserimento territoriale, i tempi di risposta per consulti) vengono analizzati per individuare le variazioni a livello di domanda e gli ostacoli a un'assistenza tempestiva nel dipartimento di emergenza.
- 13.4.3 Si segue un approccio documentato e coordinato per migliorare il flusso dei clienti e affrontare la problematica del sovraffollamento nel dipartimento di emergenza.
- 13.4.4 L'approccio specifica i ruoli all'interno dell'ospedale e in altri settori del sistema sanitario per il miglioramento del flusso dei clienti.
- 13.4.5 L'approccio specifica gli obiettivi specifici per migliorare il flusso dei clienti (ad esempio tempo di trasferimento dei clienti in un letto ospedaliero in seguito a conferma di ricovero, la durata della permanenza nel dipartimento di emergenza per clienti non ammessi, i tempi di trasferimento dai servizi di medicina d'urgenza al dipartimento di emergenza).
- 13.4.6 Si implementano interventi finalizzati al miglioramento del flusso dei clienti che affrontano gli ostacoli individuati e la variabilità della domanda.
- 13.4.7 Qualora risultasse necessario, si implementano le azioni a breve termine utili per gestire il sovraffollamento e ridurre così i rischi associati per il cliente e gli operatori (ad esempio protocolli per sovracapacità).
- 13.4.8 Si utilizzano i dati sul flusso dei clienti per valutare se gli interventi eseguiti aiutano a prevenire o ridurre il sovraffollamento nel dipartimento di emergenza e se necessario si apportano eventuali miglioramenti.



- 13.5 Si valuta l'efficacia e l'impatto della strategia per la gestione del flusso dei clienti.



14.0 L'organizzazione è preparata per eventuali disastri ed emergenze.

14.1 Si sviluppano e implementano piani per prevenire e attenuare o contenere gli effetti di potenziali disastri ed emergenze.

Linea Guida

La prevenzione si riferisce alle misure per evitare un incidente o il verificarsi di emergenze o disastri. Per mitigare o contenere si intende intraprendere azioni per ridurre rischi e impatti derivanti da pericoli.

I piani di prevenzione e contenimento dovrebbero essere basati sulle informazioni ottenute tramite l'identificazione dei pericoli, la valutazione del rischio e un'analisi dell'impatto sull'operatività.



14.2 Si sviluppa e implementa un piano di risposta per disastri ed emergenze che tenga conto di tutti i possibili pericoli (all-hazard disaster and emergency response plan) .

Linea Guida

Il piano identifica le azioni immediate da porre in essere in risposta a disastri ed emergenze, comprese le responsabilità e i ruoli funzionali interni ed esterni (es. quelli dei partner sul territorio), e stabilisce le catene di comando. Il piano affronta tutti i pericoli identificati dai leader dell'organizzazione, dalla valutazione del rischio e dall'analisi dell'impatto sull'operatività.

Le organizzazioni con due o più presidi applicano lo stesso piano oppure piani molto simili per prepararsi e ridurre i rischi di disastri ed emergenze.



- 14.3 Il piano di risposta per disastri ed emergenze comprensivo di tutti i possibili pericoli (all-hazard disaster and emergency response plan) è allineato con quelli di organizzazioni partner e di governi locali, regionali, nazionali.

Linea Guida

I piani dell'organizzazione per disastri ed emergenze sono integrati con quelli di organizzazioni partner ed enti governativi per facilitare eventuali interventi coordinati e su larga scala



- 14.4 Si offre una formazione apposita a supporto del piano di risposta per disastri ed emergenze (all-hazard disaster and emergency response plan).

Linea Guida

L'obiettivo della formazione consiste nel sensibilizzare e potenziare le competenze richieste per sviluppare, implementare, aggiornare ed eseguire il piano di risposta per disastri ed emergenze.

La formazione può riguardare: piani e processi di risposta alle emergenze; il primo soccorso avanzato (manovre salvavita essenziali atte ad aumentare le possibilità di sopravvivenza di clienti critici e a prevenire ulteriori lesioni), il triage da campo (suddivisione dei clienti in classi di gravità in base alle lesioni riportate e alle priorità di trattamento e/o di evacuazione), l'adozione di standard di assistenza modificati (es. quando la richiesta di assistenza erogata secondo gli standard ordinari supera le risorse disponibili) comprese le condizioni per la loro attivazione, le modalità di comunicazione dell'attivazione alle squadre sanitarie di soccorso e le modalità di applicazione sul campo degli standard di assistenza modificati.



14.5 il piano di risposta dell'organizzazione per disastri ed emergenze viene testato periodicamente tramite simulazioni ed esercitazioni per valutare il grado di preparazione.

Linea Guida

A seconda del livello di rischio, i test periodici di almeno una tipologia di emergenza o di almeno un elemento del piano sono effettuate come minimo su base trimestrale, mentre le esercitazioni annuali di evacuazione sono condotte in modo da coprire tutti i turni di lavoro. La tempistica e la frequenza delle esercitazioni e delle simulazioni possono dipendere dalla criticità delle fasce orarie e dalla complessità dei piani di emergenza. Una struttura avente un alto tasso di rotazione del personale può necessitare di esercitazioni più frequenti. Spesso è possibile correlare la calendarizzazione dell'addestramento e delle esercitazioni ai pericoli stagionali o ad eventi scatenanti.

I leader dell'organizzazione incoraggiano più membri possibili del team a partecipare alle prove di simulazione dei piani per disastri ed emergenze e ne monitorano e documentano la partecipazione.



14.6 Si utilizzano i risultati derivanti da analisi e resoconti successivi alle esercitazioni per riesaminare e revisionare eventualmente i propri piani e le procedure di risposta per disastri ed emergenze.



14.7 Si sviluppa e implementa un sistema di gestione di incidenti per dirigere e coordinare attività ed operazioni durante e dopo eventuali disastri ed emergenze

Linea Guida

Un sistema di gestione di incidenti (noto anche come sistema di gestione di emergenze) definisce ruoli e responsabilità dei membri del team, oltre a descrivere le procedure operative da eseguire nella gestione di emergenze e altri eventi. I ruoli e le responsabilità variano a seconda della natura dell'emergenza o dei disastri.



14.8 Si sviluppa e implementa un piano di comunicazione per emergenze.

Linea Guida

Il piano di comunicazione individua informazioni e messaggi essenziali da trasmettere e ricevere, coloro a cui comunicarli, le modalità in cui l'organizzazione trasmetterà comunicazioni internamente ed esternamente, inclusa la collettività.



14.9 Si sviluppa e implementa un piano di continuità operativa (business continuity plan) per non interrompere le attività critiche durante e dopo disastri o emergenze.

Linea Guida

Il piano di continuità operativa si basa su risultati ricavati dall'analisi di impatto sull'operatività e comprende l'individuazione di funzioni e applicazioni critiche che non possono essere procrastinate, i requisiti per le risorse associate e le interdipendenze.



14.10 Il piano di continuità operativa riguarda i sistemi di back-up per impianti tecnici e sistemi essenziali durante e dopo le situazioni di emergenza.

Linea Guida

Gli impianti tecnici includono gli impianti di alimentazione e/o distribuzione di elettricità, acqua potabile, acqua sterile, combustibile, gas medicali e sistemi di aspirazione.

I sistemi includono gli ascensori/scale mobili; i sistemi di riscaldamento, di ventilazione e di condizionamento dell'aria; il vapore per la sterilizzazione; sistemi di comunicazione come telefoni, fax, cellulari, cercapersone e interfonni; sistemi informatici.



- 14.11 Se si verificano disastri o emergenze, si forniscono a membri del team, ai clienti ed alla collettività opportunità di supporto e debriefing.

Linea Guida

A seconda dell'entità dell'emergenza o del disastro, il momento di debriefing può prevedere un incontro informale di un piccolo gruppo di persone direttamente coinvolte nell'evento oppure qualcosa di più grande, come un forum di discussione aperto ai partner e alla comunità.

15.0 La sicurezza del paziente è monitorata e migliorata in maniera costante.



- 15.1 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Si sviluppa e implementa un piano per la sicurezza del paziente per l'organizzazione.

Linea Guida

Vi è uno stretto rapporto tra eccellenza del servizio sanitario e sicurezza. Garantire la sicurezza durante le prestazioni assistenziali è uno degli obblighi principali dell'organizzazione verso i clienti e gli operatori. La sicurezza del paziente può essere migliorata laddove l'organizzazione sviluppi un piano mirato.

I piani per la sicurezza del paziente devono affrontare le problematiche relative alle condizioni di sicurezza interne dell'organizzazione, alle prestazioni assistenziali e alle esigenze di clienti e familiari. Possono includere una serie di argomenti e approcci quali le attività di affiancamento per gli operatori, il ruolo della leadership (es. visite della leadership dedicate alla sicurezza del paziente - patient safety leadership walkabouts), l'implementazione di iniziative per la sicurezza del paziente nell'ambito di tutta l'organizzazione, la possibilità di accedere alle banche dati delle buone pratiche basate sulle evidenze, e riconoscimenti per gli operatori che contribuiscono con iniziative innovative di miglioramento della sicurezza del paziente.

Prove di Conformità

- 15.1.1 Si valutano le problematiche relative alla sicurezza del paziente nell'organizzazione.



- 15.1.2 Esiste un piano e un processo per affrontare le problematiche relative alla sicurezza del paziente.
- 15.1.3 Il piano prevede che la sicurezza del paziente sia tra le priorità o gli obiettivi definiti per scritto.
- 15.1.4 Si stanziavano risorse a sostegno dell'implementazione del piano per la sicurezza del paziente.
- 15.2 Si incarica un consiglio, comitato, gruppo o singolo individuo dell'implementazione e del monitoraggio del piano per la sicurezza del paziente e della conduzione delle relative attività di miglioramento.

Linea Guida

La responsabilità del piano per la sicurezza del paziente può essere affidata a un consiglio, comitato o team i cui incarichi includono la sicurezza del paziente a livello di tutta l'organizzazione; un membro designato del team responsabile della sicurezza del paziente; o membri dei team che fungano da modelli di riferimento e promotori (champions) per la sicurezza del paziente, incaricati di agevolare e migliorare la sicurezza del paziente all'interno di tutta l'organizzazione o entro specifiche aree di lavoro.



15.3 Si sviluppa e implementa una strategia volta a prevenire atti di abuso sui clienti.

Linea Guida

L'abuso corrisponde anche a un trattamento inappropriato nei confronti di un cliente. Gli abusi possono essere di tipo fisico, verbale, emotivo, economico (anche come sfruttamento), sessuale e di incuria.

È importante identificare i fattori di rischio all'interno dell'organizzazione che possono favorire gli atti di abuso e incuria. Questi comprendono:

- fattori di rischio dell'organizzazione (es. personale ridotto, eccessiva stanchezza o stress del team, elevata rotazione del personale, cultura organizzativa negativa, assenza di una politica di prevenzione degli abusi)
- fattori di rischio del cliente (es. demenza, elevato grado di dipendenza, isolamento sociale)
- fattori di rischio relazionale del cliente (es. pregressi conflitti con il team o con i familiari, poco o nessun contatto con i familiari)

Una strategia organizzativa atta a prevenire abusi può includere molti elementi tra cui una politica di prevenzione degli abusi; formazione per i team, i clienti e i familiari; strumenti per identificare i clienti a rischio di abuso; un protocollo per la segnalazione di abusi.

La creazione di una politica di prevenzione degli abusi rappresenta un primo passo importante nel ridurre il rischio di abusi all'interno di un'organizzazione. La politica dovrebbe includere informazioni su come riconoscere i segni e i sintomi di abuso, e sulle apposite procedure di segnalazione e indagine, oltre a dover essere allineata alla legislazione vigente in materia. L'addestramento e la formazione del team in merito sono fondamentali per la prevenzione degli abusi e dovrebbero includere argomenti come la capacità di comunicazione, la gestione della rabbia, comportamenti o sintomi che rendono un individuo a rischio di abuso, come disturbi mentali o demenza, come reagire in modo appropriato a problematiche e scontri.



15.4 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Viene implementato un sistema di gestione degli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente, che supporta l'attività di segnalazione e di formazione.

Linea Guida

In una cultura della sicurezza del paziente tutti sono incoraggiati a segnalare e ad imparare dagli incidenti sulla sicurezza del paziente, sia che abbiano causato un danno o meno, o che si tratti di quasi eventi (near miss). È essenziale avere un sistema di segnalazione semplice (poche fasi), chiaro (cosa occorre segnalare, con quali modalità e a quale soggetto), riservato e incentrato sul miglioramento del sistema. Clienti e familiari potrebbero segnalare gli incidenti sulla sicurezza del paziente con modalità diverse rispetto agli operatori, ma occorre che tutti siano a conoscenza di come fare. Le informazioni sulle modalità di segnalazione possono essere adattate alle esigenze degli operatori e dei clienti, oltre ad essere integrate nella formazione degli operatori ed inclusi nelle comunicazioni scritte e verbali a clienti e familiari riguardo il loro ruolo nella sicurezza.

L'intervento immediato nei confronti di un incidente che riguarda la sicurezza del paziente consiste nel prestare le cure urgenti e far fronte alle necessità dei soggetti coinvolti. È inoltre importante salvaguardare qualsiasi elemento connesso (che sarà analizzato dall'apposito team), segnalare l'incidente con le procedure approvate, avviare il processo di comunicazione (se necessario) e prendere provvedimenti per ridurre qualsiasi rischio di recidiva.

Attraverso l'analisi dell'incidente (nota anche come “analisi delle cause alla radice” – “root cause analysis”) vengono identificati i fattori che hanno contribuito all'evento e ne vengono raccomandate le attività di miglioramento. Analizzare insieme incidenti simili (quali i “near miss”) per individuare pattern o tendenze, può fornire informazioni utili, così come anche l'analisi isolata degli eventi. Divulgare i risultati derivanti dall'analisi di incidenti (ad esempio a clienti e familiari, all'organo di governo, alla leadership, ai team clinici e ai partner esterni) accresce la fiducia nel sistema di gestione degli incidenti e promuove l'apprendimento dagli incidenti sulla sicurezza del paziente.

Global Patient Safety Alerts (Allarmi globali sulla sicurezza del paziente) è una banca dati presente online in cui sono condivise esperienze sugli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente.

Prove di Conformità

- 15.4.1 Si sviluppa, riesamina e aggiorna un sistema di gestione degli incidenti con il contributo di clienti e familiari, nonché di operatori, che include processi per segnalare, analizzare, raccomandare azioni e monitorare i miglioramenti.
- 15.4.2 Si condividono dati con clienti e familiari, nonché membri del team perché comprendano cosa, quando e come segnalare in caso di incidenti a danno della sicurezza del paziente.
- 15.4.3 Si offre formazione, che deve essere documentata, agli operatori sul tipo di intervento immediato da prestare in caso di incidenti che riguardano la sicurezza del paziente.
- 15.4.4 Esistono procedure per riesaminare incidenti sulla sicurezza del paziente e si ricorre a criteri stabiliti per dare priorità a quelli da sottoporre ad ulteriori analisi.
- 15.4.5 Tutte le attività suggerite a seguito dell'analisi degli incidenti sulla sicurezza del paziente vengono riesaminate e la logica seguita per accettarle, rifiutarle o ritardarne l'implementazione viene documentata.
- 15.4.6 Le informazioni sulle attività suggerite e sui miglioramenti realizzati in seguito all'analisi degli incidenti sono condivise con operatori, clienti e familiari.
- 15.4.7 L'efficacia del sistema di gestione degli incidenti sulla sicurezza del paziente viene valutata e vengono fatti miglioramenti sulla base dei riscontri ricevuti. I meccanismi valutativi possono comprendere:
- raccogliere pareri sul sistema da clienti e familiari, nonché dagli operatori
 - monitorare le segnalazioni di incidenti che riguardano la sicurezza del paziente in base a tipologia e gravità
 - verificare se i miglioramenti vengono implementati e supportati
 - verificare se gli operatori si sentono a proprio agio nel segnalare incidenti che riguardano la sicurezza del paziente


15.5

I leader dell'organizzazione supportano una cultura dell'imparzialità e forniscono ai membri del team le opportunità di apprendimento dagli incidenti sulla sicurezza del paziente.

Linea Guida

Una cultura dell'imparzialità incoraggia i membri del team a segnalare gli incidenti sulla sicurezza. Favorisce un ambiente libero da giudizi in cui si focalizza l'attenzione sull miglioramento dei sistemi e sull'apprendimento dagli incidenti sulla sicurezza del paziente, pur riconoscendo la responsabilità professionale dei membri del team. In una cultura imparziale, la risposta a un incidente è corretta, coerente e solidale ed in questo modo si promuove l'ulteriore segnalazione di incidenti. Quando si verificano incidenti a danno della sicurezza in un ambiente pervaso da una cultura dell'imparzialità, esaminare i fattori causali e discutere delle modalità per prevenire recidive rappresenta una vera e propria opportunità.



15.6 **PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: È implementato un approccio documentato e coordinato per informare i clienti e i familiari degli incidenti che riguardano la loro sicurezza, che favorisce la comunicazione e una reazione di sostegno.

Linea Guida

La comunicazione degli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente, è un processo comunicativo che include i seguenti passaggi essenziali:

- Informare coloro che sono colpiti che c'è stato un incidente sulla sicurezza del paziente ed offrire le proprie scuse
- spiegare l'accaduto e perché, una volta che i fatti siano noti
- discutere delle azioni immediate intraprese a tutela del cliente e per ridurre la possibilità di ulteriori danni
- esaminare le azioni raccomandate al fine di prevenire futuri incidenti
- offrire supporto a tutti i soggetti coinvolti

Il supporto fornito soddisfa le esigenze dei soggetti coinvolti (clienti e familiari, operatori) e può essere di tipo pratico (ad esempio rimborso delle spese vive) o emotivo/psicologico (ad esempio aiutare ad accedere a gruppi di sostegno o offrire sostegno psicologico).

Informare di un incidente sulla sicurezza del paziente che riguarda più clienti (ad esempio errori nella sterilizzazione, violazioni della privacy) comprende elementi aggiuntivi quali:

- individuare i clienti che sono stati esposti al rischio
- decidere quali clienti devono essere contattati e le relative modalità
- rintracciare e quindi comunicare con i clienti coinvolti
- informare la comunità, altre organizzazioni e i media

Quando si chiedono feedback in ai clienti e familiari, li si invita a dare il proprio punto di vista esprimendosi con parole proprie.

Prove di Conformità

- 15.6.1 Esiste un processo documentato e coordinato al fine di informare clienti, e familiari, sugli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente individuando:
 - quali incidenti a danno della sicurezza del paziente richiedono divulgazione
 - i soggetti responsabili di orientare e sostenere il processo di divulgazione
 - quali informazioni sull'incidente comunicare e a quali soggetti
 - tempistiche e modalità della divulgazione
 - dove documentare la divulgazione
- 15.6.2 Si riesamina ed aggiorna il processo di divulgazione, come necessario, con il contributo di clienti e familiari, nonché degli operatori.
- 15.6.3 Si formano i responsabili incaricati di orientare e sostenere il processo di divulgazione.
- 15.6.4 Durante l'intero processo di divulgazione dell'incidente, c'è una comunicazione continua con i clienti, i familiari e gli operatori coinvolti. Le comunicazioni vengono documentate e si basano sulle esigenze individuali.
- 15.6.5 Come parte integrante del processo di divulgazione si offre sostegno pratico ed emotivo/psicologico ai clienti e familiari, nonché agli operatori coinvolti nell'incidente.
- 15.6.6 Si richiede un feedback ai clienti e familiari, nonché ai membri del team, su come hanno percepito il processo di divulgazione, per apportarvi eventuali miglioramenti.



15.7 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Un processo documentato e coordinato di riconciliazione farmacologica viene utilizzato per trasmettere un'informazione accurata e completa sui farmaci assunti dal cliente ad ogni passaggio di transizione assistenziale.

Linea Guida

La riconciliazione farmacologica è riconosciuta come un'iniziativa importante per la sicurezza del paziente da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Può rappresentare un modo conveniente per ridurre gli errori terapeutici (ad esempio omissioni, duplicazioni, prescrizioni errate) e il doppio lavoro spesso associato alla gestione dei medicinali.

La riconciliazione farmacologica è un processo suddiviso in tre fasi, per cui il team (ad esempio medici, infermieri, farmacisti) lavora collaborando con clienti e familiari per generare una miglior anamnesi farmacologica possibile (Best Possible Medication History -BPMH), individua e risolve le discrepanze terapeutiche e comunica una lista dei farmaci completa e accurata al cliente e al successivo operatore sanitario che lo prende in carica.

Una politica organizzativa dedicata è indicativa dell'impegno della leadership verso la riconciliazione farmacologica e fronde un orientamento generale (ad esempio una panoramica del processo, ruoli e responsabilità, transizioni assistenziali dove è richiesta la riconciliazione farmacologica, esenzioni). Anche l'allocazione di risorse dedicate destinate all'organico, la formazione, gli strumenti, le infrastrutture informatiche e software per la comunicazione, ecc. dimostra un impegno per la riconciliazione farmacologica. La formazione del team dovrebbe includere il razionale e i passaggi della riconciliazione farmacologica. Implementare e sostenere la riconciliazione farmacologica in un'intera organizzazione dà esiti positivi se è guidata da un team interdisciplinare di coordinamento. A seconda dell'organizzazione, il team di coordinamento potrebbe includere dirigenti senior (fra cui responsabili clinici in rappresentanza del settore medico, infermieristico e di farmacia); gli operatori direttamente coinvolti nel processo; il personale informatico; rappresentanti dei comitati di qualità e della sicurezza del paziente; rappresentanti di clienti e familiari. È importante monitorare, in accordo con il gruppo di coordinamento e il team di assistenza sanitaria, che la politica di riconciliazione farmacologica sia rispettata (ad esempio accertandosi che i clienti ricevano la riconciliazione farmacologica, che la prassi di raccolta della BPMH sia documentata) e la qualità del processo (ad esempio che la BPMH sia completa, che eventuali discrepanze terapeutiche siano individuate e risolte durante la riconciliazione).

Prove di Conformità

- 15.7.1 Si attuano una politica e un processo di riconciliazione farmacologica per raccogliere e usare informazioni accurate e complete sulla terapia del cliente durante le transizioni assistenziali.
- 15.7.2 Si definiscono ruoli e responsabilità per il completamento della riconciliazione farmacologica.
- 15.7.3 Il piano organizzativo per sostenere la riconciliazione farmacologica è guidato da un team interdisciplinare di coordinamento.
- 15.7.4 Esistono prove documentate che gli operatori (inclusi i medici) responsabili della riconciliazione farmacologica abbiano ricevuto la formazione pertinente.
- 15.7.5 Il livello di adesione (compliance) al processo di riconciliazione farmacologica è monitorato e migliorato se necessario.



- 15.8 Almeno un'analisi prospettica sulla sicurezza del paziente è stata condotta nel corso dell'ultimo anno e vengono apportati gli appropriati miglioramenti individuati.

Linea Guida

Svolgere un'analisi prospettica sistematica sui potenziali incidenti a danno della sicurezza del paziente rappresenta una metodologia efficace per prevenire o ridurre gli errori. L'intento è quello di eliminare azioni non sicure e situazioni che possono provocare incidenti dannosi. Ad esempio, sono stati registrati miglioramenti significativi quando un'analisi FMEA (Failure Modes and Effects Analysis/Analisi delle modalità di guasto e degli effetti) è stata applicata a due situazioni ad alto rischio: errori di trascrizione nella scheda terapeutica dei clienti ricoverati, e sovraffollamento del pronto soccorso. Per la conduzione di un'analisi prospettica sono disponibili numerosi strumenti e tecniche. L'analisi FMEA rappresenta un approccio proattivo e sistematico basato su un lavoro di team. Tale metodologia mira a identificare le modalità in cui un processo o un progetto potrebbe fallire, cause ed effetti di tale fallimento, modalità per renderlo più sicuro. Altre metodologie per condurre analisi proattive di processi chiave includono, tra gli altri, la FTA (analisi dell'albero dei guasti), l'analisi del rischio, simulazioni, e il modello di Reason che analizza gli errori di omissione.



15.9 L'organizzazione valuta periodicamente la propria cultura della sicurezza del paziente.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione riconoscono le proprie responsabilità per la promozione di una cultura della sicurezza del paziente, per la prevenzione di incidenti, per l'allocatione di risorse da destinare al miglioramento della sicurezza e per l'adozione di una cultura della non colpevolizzazione (no-blame culture) che incoraggi l'apprendimento dagli errori.



15.10 L'organizzazione ha messo in atto delle attività sulla base dei risultati emersi dalla valutazione della propria cultura della sicurezza del paziente.

Linea Guida

Le attività possono includere , seppur non in maniera esaustiva:

- Condividere i risultati con il team, il cliente e i familiari
- Individuare le aree di forza, ma anche le aree da migliorare
- Selezionare una o più aree a cui apportare miglioramenti tramite progetti appositi
- Stabilire una base di riferimento (baseline) rispetto alla quale confrontare le valutazioni future



15.11 PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA: Pratiche organizzative Obbligatorie: Si presentano all'organo di governo relazioni trimestrali sulla sicurezza del paziente che comprendono le azioni suggerite dall'analisi condotta sugli incidenti sulla sicurezza del paziente, nonché i miglioramenti apportati.

Linea Guida

L'organo di governo ha la responsabilità finale della qualità e della sicurezza dei servizi resi dall'organizzazione. Ricopre un ruolo importante nel favorire una cultura organizzativa orientata a valorizzare la sicurezza del paziente.

Vi è maggiore probabilità che un'organizzazione consideri il miglioramento delle condizioni di sicurezza e della qualità una caratteristica fondamentale, laddove l'organo di governo sia consapevole delle problematiche e degli incidenti connessi alla sicurezza del paziente e guidi gli sforzi di miglioramento della qualità dell'organizzazione. Inoltre, l'organo di governo deve essere informato e poter esprimere un parere riguardo le azioni successive o gli interventi di miglioramento adottati a seguito di incidenti che riguardano la sicurezza dei paziente. Le organizzazioni aventi un organo di governo impegnato attivamente sul fronte della sicurezza dei paziente, sono in grado di migliorare sia i risultati che i processi sanitari.

Prove di Conformità

- 15.11.1 Le relazioni trimestrali sulla sicurezza del paziente vengono fornite all'organo di governo.
- 15.11.2 Le relazioni trimestrali sulla sicurezza dei paziente delineano nello specifico attività e adempimenti organizzativi a sostegno di scopi e obiettivi relativi alla sicurezza del paziente.
- 15.11.3 L'organo di governo sostiene attività e adempimenti della sicurezza del paziente e si attiva sulla base delle azioni suggerite nelle relazioni trimestrali sulla sicurezza del paziente.

16.0 Esiste un sistema integrato di gestione della qualità, utilizzato per valutare la performance e migliorare la qualità.



16.1 Si sviluppa e implementa un piano integrato per il miglioramento della qualità.

Linea Guida

Un piano integrato per il miglioramento della qualità incorpora la gestione dei rischi e dell'utilizzo delle risorse ; misure operative con incluso il monitoraggio di traguardi e obiettivi strategici; la sicurezza del paziente; il miglioramento della qualità. Riconosce che tali attività sono interconnesse e che, quindi, devono essere coordinate.

Come parte del piano integrato di miglioramento della qualità, i leader dell'organizzazione possono usare una balanced scorecard, che consente un allineamento dei parametri di performance e di miglioramento della qualità con gli scopi e gli obiettivi strategici, oppure di proiettare la strategia sulle attività operative. Risulta particolarmente importante coinvolgere settori di rilievo e responsabili di ogni livello nel conseguimento degli scopi e degli obiettivi strategici. La balanced scorecard è adattabile a questi ultimi e può riferirsi a tematiche finanziarie, alla soddisfazione dei clienti e del team, a sistemi interni o a informazioni sulla performance dei processi.

Usando le informazioni derivanti dalla balanced scorecard, i leader dell'organizzazione possono condividere informazioni sulle performance con l'organo di governo, laddove appropriato; creare cruscotti di monitoraggio o balanced scorecard per programmi specifici, unità o team; generare resoconti sulla soddisfazione dei clienti o dei team; e ottenere informazioni relative ad altre misure di sistema.

Un approccio per l'analisi e il miglioramento dei processi e della qualità complessiva di un'organizzazione sanitaria è rappresentato dalla metodologia Lean, incentrata sulla comprensione del sistema sulla base del grado di soddisfazione dei clienti e che utilizza tale informazione per incrementare l'efficienza, ridurre gli sprechi ed aumentare la qualità. La metodologia Six Sigma rappresenta un'altra tipologia di approccio utilizzabile per migliorare la qualità e minimizzare la variabilità nei servizi. Questo tipo di approccio utilizza dati e analisi statistiche per individuare la fonte degli errori e apportare miglioramenti.



16.2 Si applica un processo predefinito per selezionare e monitorare gli indicatori di esito e di processo a livello di sistema allo scopo di valutare la performance dell'organizzazione a un livello strategico.

Linea Guida

A livello strategico, i leader dell'organizzazione selezionano indicatori a livello di sistema che consentono di valutare il rendimento complessivo dell'organizzazione. Questi indicatori sono spesso definiti come misure o indicatori “big-dot”. Sono utilizzati per valutare la performance dell'organizzazione nel corso del tempo e in relazione a traguardi e obiettivi strategici; per paragonare l'operato dell'organizzazione a quello di altre; per pianificare traguardi e obiettivi strategici e iniziative volte al miglioramento della qualità.

Questi indicatori possono rispecchiare il continuum assistenziale (come ad esempio assistenza primaria, cure acute, cure di lungodegenza e domiciliari) e possono trattare tematiche quali accessibilità, durata della degenza, sicurezza del paziente, centralità di clienti e familiari, grado di soddisfazione del cliente, o risorse umane sanitarie. L'organizzazione dovrebbe selezionare gli indicatori in base al suo allineamento alle priorità nazionali o regionali e ai propri obiettivi strategici per il miglioramento della qualità.

I leader dell'organizzazione collaborano con l'organo di governo, laddove applicabile, al fine di selezionare gli indicatori di esito e di processo pertinenti e appropriati che si ricollegano ai traguardi e obiettivi strategici.

In organizzazioni senza un organo di governo, i leader si fanno carico della selezione e del monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dell'organizzazione.



16.3 I leader dell'organizzazione richiedono, verificano e supportano che i servizi, le unità o le aree di programma monitorino i propri indicatori di processo e di esito, allineati con i traguardi e gli obiettivi strategici più ampi dell'organizzazione.

Linea Guida

I leader dell'organizzazione ricevono una prospettiva equilibrata dell'organizzazione intera utilizzando una serie di indicatori di sistema integrati con misure o indicatori di microlivello correlati all'operato di servizi, unità o aree di programma.

Gli indicatori di servizi o di programma riguardano l'efficacia nell'erogare prestazioni, la capacità di risposta, la centralità dei clienti e familiari, la soddisfazione del cliente e i risultati clinici. Ricorrendo ai propri dati di performance i team sono in grado di determinare la capacità effettiva di realizzare i propri traguardi e obiettivi, l'eventuale esistenza di carenze operative e le aree di miglioramento.



16.4 L'organizzazione valuta regolarmente l'esperienza diretta del cliente.

Linea Guida

L'esperienza del cliente riguarda tutti i momenti di interazione vissuti all'interno dell'organizzazione, comprese le cure e le interazioni con i membri del team assistenziale. Comprendere l'esperienza diretta vissuta dal cliente è a una componente essenziale per essere in grado di rendere le cure maggiormente incentrate sul cliente e ifamiliari.



16.5 L'organizzazione agisce sulla base dei risultati emersi dalla valutazione dell'esperienza diretta dei clienti.

Linea Guida

A titolo esemplificativo, seppur non in maniera esaustiva, le azioni comprendono:

- condividere i risultati con il team, il cliente e i familiari
- individuare aree di forza, ma anche aree da migliorare
- selezionare una o più aree dove apportare miglioramenti tramite progetti dedicati
- Stabilire una base di riferimento (baseline) rispetto alla quale confrontare le valutazioni future



16.6 I leader dell'organizzazione individuano opportunità di miglioramento della qualità sulla base dei trend degli incidenti sulla sicurezza del paziente, dei dati di performance, dei dati sulla soddisfazione del cliente, dei feedback da consigli consultivi di clienti e familiari e altre fonti. Vengono quindi sviluppati piani volti a dare priorità e affrontare tali opportunità.

Linea Guida

Altre fonti di dati utili a individuare aree di miglioramento includono risultati di carattere sanitario, quali ad esempio cambiamenti nello stato di salute delle popolazioni assistite dall'organizzazione; risultati sul grado di soddisfazione di clienti, comunità e team; reclami; informazioni sull'adeguatezza dei servizi offerti dall'organizzazione; risultati di riesami sull'utilizzo delle risorse, quali il rapporto costi/efficacia e l'efficienza; livello di integrazione raggiunto e continuità assistenziale.

Le opportunità di miglioramento della performance vengono privilegiate in base alle esigenze sanitarie della comunità; aree ad alto rischio o ad alto volume o costo, oppure suscettibili di problematiche; allineamento con traguardi e obiettivi strategici.



16.7 I leader dell'organizzazione verificano che i piani di miglioramento della qualità e i cambiamenti correlativi vengano implementati.

Linea Guida

Al fine di ottenere miglioramenti a livello organizzativo, i responsabili dell'organizzazione individuano opportunità di miglioramento e verificano che i cambiamenti e i miglioramenti corrispondenti siano implementati. I team, i clienti e i familiari sono coinvolti nell'interpretazione dei risultati, nella risoluzione dei problemi e nella realizzazione dei miglioramenti.



16.8 Regolarmente si generano resoconti sulle performance dell'organizzazione e si condividono tali informazioni con l'organo di governo, laddove applicabile.

Linea Guida

La frequenza dei resoconti sulle performance è stabilita e applicata dai leader dell'organizzazione e dall'organo di governo, laddove applicabile. I resoconti includono informazioni riguardanti le performance correnti ed includono le opportunità di miglioramento, nonché piani o iniziative per migliorare le performance.

Si condividono i resoconti con l'organo di governo per tenerlo aggiornato sulle performance, le priorità per il miglioramento e i risultati. In organizzazioni senza organo di governo, i leader si fanno carico di monitorare le performance dell'organizzazione e le iniziative di miglioramento delle performance.



16.9 I resoconti sulle performance e sulla qualità dei servizi dell'organizzazione sono condivisi con i team, i clienti e i familiari, la comunità assistita, altri partner e stakeholder.

Linea Guida

La frequenza con cui sono preparati i resoconti sulle performance è stabilita dall'organo di governo e dai leader dell'organizzazione. I resoconti includono informazioni riguardanti le performance correnti ed includono le opportunità di miglioramento, nonché piani o iniziative per migliorare le performance.



16.10 I risultati delle attività di miglioramento della qualità sono divulgati diffusamente, come appropriato.

Linea Guida

Una divulgazione diffusa dei risultati delle attività di miglioramento della qualità include la divulgazione all'organo di governo laddove applicabile, ai team, a clienti e familiari. I risultati delle attività di miglioramento della qualità sono condivisibili anche con partner, stakeholder e l'intera comunità.

I risultati delle attività di miglioramento della qualità vengono trasmessi in conformità con la legislazione vigente in materia di tutela dei dati correlati a qualità, sicurezza, gestione del rischio e dati clinici personali sensibili.