

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica

**a cura di Augusta Palmo[§], Roberto
Russo^{§§}, Rete SDNC^{§§§}, A.D.I.^{§§§§}**

**§ Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica,
Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino**

**§§ Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia,
Università di Torino**

**§§§ Rete delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica della
Regione Piemonte**

**§§§§ A.D.I. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione
Clinica**

Ringraziamenti:

Gli Autori desiderano ringraziare il Prof. Giuseppe Costa, Ordinario di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino, e la Dr Elena Coffano, Medico Dirigente del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL 5 di Grugliasco, per la generosità, la competenza e la pazienza con cui li hanno instradati e guidati all'inizio del percorso di elaborazione del Manuale. Senza la loro inestimabile opera maieutica esso non avrebbe mai preso forma.

Profonda riconoscenza va inoltre al Prof Franco Balzola, Primario Emerito di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, che con la sua opera pionieristica ha posto le basi e ha portato al giusto riconoscimento la specialità a livello regionale. Egli ha trasmesso a tutti gli Autori le conoscenze, la metodologia e l'entusiasmo per il proprio lavoro che hanno permesso di sistematizzarne i principi organizzativi.

Un affettuoso grazie alla Dr Silvana Appiano, Responsabile del Progetto Oncologia dell'Assessorato Regionale alla Sanità, che da decenni sostiene, con competenza e sollecitudine, le attività di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Presentazione

Non è possibile prescindere nell'attuale contesto socioculturale da un approccio qualitativo alla prestazione sanitaria.

L'operatore sanitario moderno infatti deve trasformarsi parzialmente in manager, essendo irrazionale considerare in maniera indipendente le componenti della prestazione stessa e cioè l'aspetto professionale, economico e della qualità percepita. Quest'ultima è la grande novità nell'agire medico poiché pone di fatto il paziente-cliente in posizione centrale delegandogli la gestione della propria salute e rimuovendolo definitivamente da quel ruolo di passività in cui è stato relegato per secoli.

Nonostante l'elevato grado di penetrazione nel lessico quotidiano di terminologie manageriali e relative alla qualità, la ricaduta pratica effettiva in ambito sanitario è ancora altamente insoddisfacente a causa dell'elevato grado di diffidenza degli operatori.

Come i corsi e ricorsi storici ci hanno insegnato, anche in questa circostanza risulta elevato il rischio di inflazionare un argomento importante, al punto da ritardarne la diffusione applicativa e rischiare pericolosi ritardi in termini di progresso. L'egemonia dell'economia sui valori, il prepotente inserimento in ambito sanitario di professioni culturalmente lontane dalla medicina, nonché la forte ed in parte ingiustificata resistenza a queste innovazioni da parte dei medici, ci allontana paradossalmente dalla qualità intesa in senso "filosofico".

Anche le Società Scientifiche si stanno muovendo su questo terreno con una cautela eccessiva. L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) sta invece investendo in questo settore, consapevole della potenzialità di questo approccio anche per la specificità della materia trattata che non può prescindere da una visione olistica del trattamento sanitario. Il compito è stato parzialmente facilitato dall'esperienza pionieristica maturata in alcuni dei nostri centri (Bolzano dal 1995 e Genova nel 2000 in ambito ISO) e consolidata nella trasmissione di esperienze

concrete e pratiche da parte di colleghi quotidianamente impegnati in nutrizione clinica.

Rinfrancati da quanto sperimentato sul campo, specie in termini di rischio di burocratizzazione che doveva essere ridotto al minimo, l'ADI si è mossa attivando uno specifico **settore qualità** all'interno della sua organizzazione, che ha portato, come primo risultato, alla stesura dei criteri di accreditamento minimi per i Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Nel prossimo futuro si passerà alla verifica di questi criteri nei vari centri identificati ed alla loro ufficializzazione in ambito societario.

La considerazione che la maggior parte delle realtà, pur interessate ai problemi della qualità, non disponga dei finanziamenti necessari per permettersi consulenti o il perseguimento della certificazione di qualità, ci ha spinto verso la sperimentazione di strumenti di autoapprendimento.

Questo manuale rappresenta la prima concreta proposta. È bene rammentare peraltro come l'acquisizione di una certificazione di qualità non equivalga necessariamente alla garanzia dell'erogazione della stessa. Altrettanto possibile è il contrario. I fondamenti della qualità una volta capiti e soprattutto condivisi, possono essere applicati anche senza l'imprimatur di un organismo tecnico specifico.

Lo sforzo profuso dagli estensori di questa opera segue i dettami del modello Verifica e Revisione della Qualità (VRQ), particolarmente duttile per l'autogestione. Attraverso la verifica delle varie schede predisposte e dei punteggi parziali e finali è possibile, per ognuno, monitorare nel tempo il decorso dei propri progressi.

L'esclusività di questa opera nel panorama scientifico ci inorgoglisce e ci impegna nel contempo ad attivarci in direzione della qualità per sfruttare un'opportunità di leadership in una disciplina, come la Dietetica e Nutrizione Clinica, che continua a lottare per vedere riconosciuto il ruolo sanitario che le compete

Alla dottoressa Palmo ed al professor Russo che hanno magistralmente coordinato il lavoro del gruppo e la stesura del

testo ed a tutti i collaboratori che con impegno e capacità hanno sviluppato gli argomenti e sperimentato i percorsi, vanno i ringraziamenti dell'ADI e quelli miei personali: aver potuto ottenere nel corso del proprio mandato un così stimolante risultato grazie alla capacità dei soci afferenti al gruppo della qualità è quanto di più gratificante si possa augurare ad un Presidente eletto.

Maria Antonia Fusco
Presidente ADI

Roma luglio 2003

Gli Autori (in ordine alfabetico)

Maria Luisa Amerio, Direttore, SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, ASL 19, Asti

Lucia Bianco, Dirigente Medico, SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, ASL 9, Ivrea

Daniela Boggio Bertinet, Dirigente Medico SCDO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Laura Bosetti, Dietista, UONA Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Mauriziano di Torino

Karin Brugger, Dietista Responsabile Qualità, SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Sanitaria Ospedaliera di Bolzano

Mauro Brugnani, Dirigente Medico SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara

Lucia Cardinali, Dietista SCDO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Federico D'Andrea, SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara

Daniela Domeniconi, Direttore SCDO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo

Giuseppe Fatati, Responsabile SSD Diabetologia, Dietologia e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera s. Maria di Terni

Maria Michela Gianino, Ricercatore di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia, Università di Torino

Michael Kob, Dirigente Medico SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Sanitaria Ospedaliera di Bolzano

Lucio Lucchin, Direttore SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Sanitaria Ospedaliera di Bolzano

Paola Massarenti, Dirigente Biologo, Laboratorio di Nutrizione Clinica, SCDO Laboratorio Analisi Cliniche, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Albano Nicolai, Direttore SCO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera Umberto Prima, Ancona

Augusta Palmo, Direttore SCDO Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Andrea Pezzana, Direttore, SSD Dietetica e Nutrizione Clinica, Presidio San Giovanni Antica Sede, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Massimo Polito, Medico specializzando, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Torino

Lidia Rovera, Responsabile, UONA Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Mauriziano di Torino

Roberto Russo, Professore Associato di Organizzazione dei Servizi Sanitari, Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia, Università di Torino

Marisa Sillano, Dietista, SSD Dietetica e Nutrizione Clinica, Presidio San Giovanni Antica Sede, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

Indice

1. La valutazione.....	10
1.1 Cos'è	10
1.2 ... e perché.....	15
2. L'accreditamento.....	19
2.1 L'accreditamento: il significato del termine.....	19
2.2 Una breve storia.....	19
2.3 Alcune definizioni	21
2.4 L'accreditamento professionale	25
3. Il percorso del gruppo di lavoro.....	31
3.1 Premessa.....	31
3.2 Proposte per la definizione della funzione specialistica di dietetica e nutrizione clinica.....	31
3.3 I requisiti ulteriori	33
3.4 Il manuale di accreditamento volontario delle unità operative di dietetica e nutrizione clinica.....	34
3.5 Conclusioni	35
ALLEGATO 1: PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DI UN MANUALE DI QUALITÀ DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	37
ALLEGATO 2: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	45
4. La validazione del manuale	51
4.1 Introduzione	51
4.2 Metodologia valutativa	53
4.3 Sintesi dei risultati	55
4.4 Risultati	56
MANUALE SOTTOPOSTO A SPERIMENTAZIONE	83
5. Il manuale	93
Linee di gestione dell'organizzazione.....	94
L'organizzazione per il cliente	97
Risorse umane.....	100
Procedure.....	105
Documentazione e sistema informativo	107
Valutazione e miglioramento	109
Strutture	111
Attrezzature e dotazioni	113
Attività specifiche	119
6. Dall'accreditamento al miglioramento della qualità	129
Che cos'è l'accreditamento, termine "prepotentemente" entrato a far parte del lessico sanitario ?	130
Come funzionava la sanità prima dell'avvento dell'accreditamento?.....	131
Accreditamento e qualità sono due concetti distinti od appartengono ad un unico processo?	133
Enfatizzare la qualità in sanità non è come la scoperta dell'acqua calda?	134
I sistemi di qualità servono veramente?	135
Perché non sono sufficienti le linee guida professionali ?.....	136
Perché c'è tanto scetticismo nell'accettare i sistemi di qualità nella pratica quotidiana?.....	137
Sono più business o necessità?.....	138
Sono indispensabili i consulenti, e quindi investimenti economici, o si possono ottenere buoni risultati anche da soli?.....	139
Al prescindere dalla teoria , quali sono le esperienze concrete in merito?	140

Che bilancio può essere fatto da queste esperienze ?	141
Quali consigli per iniziare?.....	143
Quale il ruolo di questo manuale?.....	145
Che conclusioni trarre?	145
SOCIETÀ ITALIANA PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA (VRO)	
ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI – 2000	152
GLOSSARIO	148
SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE	165

1. La valutazione

Maria Michela Gianino, Augusta Palmo

1.1 Cos'è ...

Valutare deriva dal latino valere che riconosce tre significati principali:

- essere forte
- avere un valore, un prezzo
- stare bene.

Due sono le accezioni con cui viene comunemente utilizzato: dare un prezzo, una stima e avere, tenere in considerazione.

In letteratura troviamo molteplici definizioni di valutazione. Scegliendone alcune più caratterizzanti, in quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ (Box 1.1), si evidenziano alcune parole chiave:

- *...modo sistematico...*, cioè non estemporaneo, non occasionale nel tempo e negli obiettivi; l'aggettivo sistematico riporta al concetto di sistema, cioè ad un "aggregato di parti, di cui ciascuna può esistere isolatamente, ma che dipendono le une dalle altre secondo leggi e regole fisse e tendono ad un medesimo fine"²; quindi la valutazione è un processo scomponibile in parti che, per essere sistema, devono essere aggregate in regole e mosse ad un obiettivo comune;
- *...imparare dall'esperienza e utilizzare...*; il processo di valutazione è uno strumento di formazione continua per il professionista, intesa come l'attività trasformativa finalizzata alla generazione, organizzazione e riorganizzazione dell'esperienza; non si deve inoltre dimenticare che i processi di **knowledge management**ⁱ³ e di **learning organization**ⁱⁱ⁴ si basano proprio

ⁱ Con il termine **knowledge management** si intende il processo di recupero, organizzazione e sistematizzazione di tutto ciò che, indicato genericamente come conoscenza, si traduce in azienda in quel vasto insieme di competenze, esperienze, informazioni che costituiscono l'anima del vantaggio competitivo

ⁱⁱ Per **learning organization** si intende un'organizzazione capace di acquisire, creare, perfezionare, sviluppare, memorizzare, distribuire, utilizzare conoscenze a velocità accelerata modificando il modo in cui il lavoro viene effettivamente svolto per innescare cambiamenti interni e/o esterni ritenuti favorevoli al raggiungimento dei propri obiettivi

sull'acquisizione di competenze basate sull'esperienza; la valutazione può rimanere sterile – inutile, inefficace – se non si impara la lezione e non la si utilizza per ...

- ... *migliorare le attività in corso* ..., in un'ottica di modifica di ciò che si sta facendo, di come lo si fa e di quali sono gli obiettivi e le risorse utilizzate
- ... *e per promuovere una migliore pianificazione* ..., in una visione prospettica dell'utilizzo della valutazione al fine di acquisire capacità di programmazione, esemplificate nella definizione, come selezione di alternative.

BOX 1.1

Modo sistematico di imparare dall'esperienza e di utilizzare le lezioni apprese per migliorare le attività in corso e per promuovere una migliore pianificazione, selezionando attentamente le alternative per le azioni future.

Una seconda definizione di Stern⁵ (Box 1.2) pone l'accento sul fatto che la valutazione *permette alle persone coinvolte di esprimere giudizi*; qui sono da sottolineare due punti:

- permette di esprimere giudizi: senza voler forzare la definizione, tuttavia è utile suggerire una lettura, per così dire, inversa: in assenza di valutazione non possono essere espressi giudizi. Cosa si intende per giudizio? Il termine deriva dal latino *ius*, diritto, ed è "la facoltà della mente umana di confrontare, paragonare, distinguere persone o cose"⁶. La valutazione, quindi, attraverso il giudizio, permette il confronto, il paragone tra eventi;
- alle persone coinvolte: la valutazione deve essere utile a coloro che sono coinvolti nel processo; come si vedrà più avanti, diverse sono le prospettive della valutazione e sicuramente diversi sono gli interessi degli attori coinvolti nei processi di valutazione (politici, manager, professionisti, clienti); nonostante ciò, l'utilità deve essere evidente, almeno per alcuni, se non per tutti.

BOX 1.2

Qualunque attività che, tramite la pianificazione e la fornitura di programmi innovativi, permette alle persone coinvolte di esprimere giudizi sui presupposti di partenza, sui processi di implementazione e sugli outcome dell'innovazione coinvolta.

Un'ultima definizione che pare utile citare è quella di Øvretveit⁷ (Box 1.3); anche in questo caso in parte vengono sottolineati concetti già evidenziati, in parte si ravvisano elementi di originalità:

- *attribuzione di un valore ...*, che richiama il concetto di giudizio sopra discusso
- *... raccogliendo in modo sistematico ...*, che utilizza i termini della definizione dell'OMS
- *... informazioni valide e affidabili ...*: qui si apre un ulteriore elemento di riflessione e cioè la validità e l'affidabilità della misura che origina l'informazioneⁱⁱⁱ⁸. Ricordiamo che i criteri di validità di una misura (Box 1.4) sono distinguibili in criteri intrinseci – detti anche metodologici – che appartengono cioè alle caratteristiche della misura stessa e in criteri estrinseci, che appartengono cioè all'oggetto/problema che si vuole misurare;
- *... facendo confronti ...*: è forse l'elemento aggiuntivo più caratterizzante di questa rispetto alle precedenti definizioni.

BOX 1.3

Attribuzione di un valore ad una prestazione attuata, raccogliendo in modo sistematico informazioni valide e affidabili su di essa e facendo confronti, al fine di prendere decisioni più ponderate o capirne i meccanismi di base o i principi generali.

ⁱⁱⁱ Conoscenza potenziale o entità tangibile o intangibile capace di ridurre l'incertezza relativa a una situazione o a un evento oppure dati elaborati e analizzati in maniera formale e intelligente cosicché i risultati sono direttamente utili per coloro che sono coinvolti in attività operative o gestionali in un servizio sanitario.

BOX 1.4 *Criteria di validità di una misura*

- | | |
|---|---|
| 1. Criteri intrinseci alla misura | |
| 2.1. Accuratezza | Accordo tra valore osservato e valore vero |
| 2.2. Riproducibilità (affidabilità) | Accordo tra valori dello stesso fenomeno rilevati da osservatori/rilevatori diversi (riproducibilità <u>tra</u> osservatori) o dallo stesso osservatore in tempi diversi (riproducibilità <u>entro</u> osservatori) |
| 2.3. Capacità discriminante | Capacità di discriminare tra soggetti diversi o tra tempi diversi degli stessi soggetti |
| 2. Criteri estrinseci alla misura | |
| 2.1. Pertinenza | Capacità di rappresentare il fenomeno in esame |
| 2.2. Completezza della rilevazione | Acquisizione di tutti i dati previsti (a livello campionario o di popolazione) |
| 2.3. Accettabilità | |
| 2.4. Tempestività di rilevazione | |
| 2.5. Capacità di influire sulle decisioni | |
| 2.6. Semplicità di rilevazione | |
| 2.7. Economicità | |
-

Valutare è confrontare: valutare in assoluto, senza utilizzare un termine di confronto, rimane

un esercizio teorico che però nulla aggiunge a quella finalità decisionale e a quella comprensione di meccanismi e di principi che Øvretveit richiama nella sua definizione.

Il concetto di confronto introduce, a sua volta, un altro importante elemento utile alla valutazione e cioè: con che cosa si confronta ciò che si osserva?

La risposta a questa domanda è il concetto di standard^{iv9} che in letteratura assume sostanzialmente due significati:

^{iv} Dal francese *estandard*, cioè stendardo. In inglese, assume il significato, insegna (1154), esemplare di misura (1429), livello di eccellenza (1563), livello definito (1711).

- valore di riferimento, in genere utilizzato nel caso di indicatori per i quali rappresenta il valore di confronto (atteso) dell'indicatore rilevato (osservato); spesso è sinonimo di valore-soglia¹⁰;
- requisito, nel linguaggio più proprio dell'accreditamento, come insieme delle caratteristiche necessarie e richieste perché un prodotto o servizio rispondano ad uno scopo^{v11}.

Da ultimo si riporta la definizione di valutazione del Piccolo Dizionario della Qualità¹² che tendenzialmente riassume l'insieme dei concetti espressi e propone le tappe del processo:

“Valutare significa esprimere giudizi di valore nei confronti di “oggetti” in base a criteri determinati, facendo riferimento a standards. Per capire che cosa significa “valutare” si devono prendere in considerazione il soggetto valutante (con il suo punto di vista) ed il processo valutativo (con le sue tappe necessarie).

Il percorso che conduce alla valutazione di qualunque “oggetto” (materiale, immateriale o misto) è caratterizzato da una sequenza costante di tappe la cui concatenazione logica, indipendente dal soggetto e dall'oggetto, può essere così rappresentata:

- *il soggetto valutante,*
- *sulla base di valori, ipotesi, motivazioni, obiettivi, schemi, modelli,*
- *esplora in modo selettivo la realtà ed identifica (cioè definisce, circoscrive, sceglie) gli “oggetti” da valutare,*
- *e rispetto a questi “oggetti” sceglie (sempre in base a valori, ipotesi, etc.) criteri ed indicatori, ma anche scale e standards di riferimento;*
- *poi effettua misure, cioè usa tecniche e strumenti per rilevare dati, informazioni,*
- *quindi analizza ed elabora tali dati,*
- *ed infine formula il giudizio, cioè colloca gli “oggetti” in scale di valori in base ai criteri e agli standards scelti.*

Qualunque processo valutativo è dunque profondamente segnato dalla soggettività e soltanto nelle tappe (5) e (6) compaiono elementi tendenzialmente più oggettivi quali gli strumenti e le tecniche di rilevazione ed elaborazione dei dati. Ciò significa che quanto più complesso è l'oggetto da valutare (e quindi più numerosi gli aspetti che possono essere presi in considerazione) e quanto più numerosi sono i soggetti valutanti (con le loro differenti e talora confliggenti soggettività valoriali) tanto più improbabile sarà la formulazione di un giudizio univoco, a meno che non si adottino procedure di

^v Requisito, esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.

consenso che favoriscono il confronto tra soggetti disponibili ad esplicitare, discutere e integrare criteri, indicatori, standards.”

1.2 ... e perché.

Riportiamo, a sintesi della risposta a questa domanda, una frase di Scriven citata in Øvretveit¹³.

“La vita pratica non può procedere senza valutazione e neppure quella intellettuale e quella morale ed esse non sono costruite sulla sabbia. Il vero problema è come fare bene una valutazione, non come evitarla”

Più specificamente, la valutazione della qualità riconosce alcune motivazioni di base (Øvretveit¹⁴):

- *per permettere ai pazienti di scegliere con sicurezza quali servizi utilizzare o se iniziare un trattamento;* a questo proposito è utile ricordare una frase di Montaguti e Zanetti: “nonostante la morale sociale corrente promuova l'immagine di un cittadino in grado di interagire autonomamente e coscientemente con il sistema sanitario, una completa realizzazione di questo principio rimane nel campo delle utopie”. Per specificare meglio tale affermazione, si consideri che la scelta del cittadino è condizionata fortemente dal proprio stato di salute oggettivo e percepito, dal proprio vissuto di persona, dalla visione che ognuno ha del proprio essere non in salute, dalle attese e speranze individuali e collettive e familiari, dalla disponibilità di servizi e dalla loro accessibilità. Pur essendo in accordo sostanziale con tale affermazione, è fuor di dubbio che il processo di cambiamento individuale e collettivo che porti ad una trasformazione da utopia a realtà passa proprio attraverso la valutazione della qualità che fornisca strumenti – il più oggettivi possibile – in base ai quali il cittadino possa scegliere “liberando” i criteri di maggiore confondimento;
- *per garantire che i giudizi sulla qualità di chi ha poco potere o poca influenza vengano ascoltati e rispettati;* qui si possono richiamare almeno tre scenari:

- categorie di pazienti particolarmente fragili in termini sociali e sanitari (emarginati, immigrati, affetti da patologie psichiatriche, dipendenti da sostanze di abuso) hanno minori possibilità di esprimere, soprattutto a livello organizzato, le proprie opinioni;
 - scarsa consapevolezza del diritto/dovere di esprimere le proprie opinioni, anche negative (reclami) da parte di gruppi più deboli (anziani, cronici);
 - condizionamento dei sistemi di valutazione da parte di poteri (associazioni, organizzazioni) più forti che tendono ad imporre propri criteri più funzionali agli interessi che rappresentano piuttosto che a quelli dei pazienti e della collettività;
- *affinché i professionisti migliorino il proprio lavoro e per monitorare gli effetti dei cambiamenti sulla qualità dei servizi*; l'obiettivo di miglioramento delle proprie capacità professionali è scritto nei codici deontologici dei medici e degli infermieri; l'ulteriore stimolo è il collegamento sempre più stretto tra qualità delle attività professionali sanitarie (efficacia, efficienza, appropriatezza) e i finanziamenti delle attività stesse sia in termini istituzionali (vedi l'accreditamento istituzionale) sia in termini di accessibilità a fondi di ricerca, soprattutto internazionali;
- *affinché i manager valutino l'economicità, garantiscano che vengano serviti gli interessi di tutti i pazienti ed esercitino un maggiore controllo sui professionisti*: anche se nel nostro sistema la dicotomia tra manager (colui che gestisce risorse) e il professionista sanitario non è così netta e delineata, tuttavia rimane chiaro e condivisibile il richiamo sia all'etica del management – il buon uso delle risorse, l'equità nell'accesso e nella disponibilità – sia alla sua funzione di "altra parte" rispetto al professionista e al fatto che entrambi hanno necessità di un terzo indipendente che, valutando in modo oggettivo, offra loro le informazioni su cui confrontare gli specifici obiettivi e interessi;
- *affinché i governi proteggano i cittadini*: il termine proteggere deve essere visto dall'ottica della tutela della salute e i governi devono essere intesi come le istituzioni nelle diverse articolazioni e competenze (stato, regioni, aziende

sanitarie) che, attraverso i sistemi di valutazione della qualità, possono garantire ai cittadini i servizi adeguati e le relative prestazioni (accreditamento istituzionale, livelli essenziali di assistenza ecc.)

- *per contribuire alla conoscenza scientifica delle cause degli outcome di qualità elevata o scarsa nei sistemi di assistenza*; lo sviluppo della ricerca nel campo della qualità è tanto più necessaria quanto più essa diventa strumento diffuso nei professionisti e nelle organizzazioni sanitarie; al fine, anche, di evitare due pericoli che oggi sono abbastanza evidenti:
 - o il mettere in pratica attività e strumenti di miglioramento della qualità a bassa o nulla evidenza di efficacia
 - o il mettere in pratica in ambito sanitario modelli e strumenti che si sono sviluppati in contesti differenti (industria, mercato) senza una riflessione costante ed esaustiva sulla loro efficacia una volta applicati in un campo complesso e diverso come quello sanitario.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ WHO *Health Programme Evaluation*. Geneva, World Health Organization, 1981.
- ² Pianigiani Ottorino *Vocabolario etimologico della lingua italiana*, Società Editrice Dante Alighieri, Roma-Milano, 1907.
- ³ Masia Silvia, Merlino Massimo, Puliafito Pier Paolo *Knowledge management e vantaggio competitivo*, Sviluppo & Organizzazione, 173, maggio/giugno 1999: 93.
- ⁴ Rotondi Marco *Learning organization – teorie, modelli e tecniche manageriali* in: "Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie" di U. Wienard, R. Cinotti, F. Prandi, CSE, Torino, 1999
- ⁵ Stern Elliot *Evaluating innovatory programmes*, London: The Tavistock Institute, 1990
- ⁶ Cortellazzo Manlio, Zolli Paolo *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*, Zanichelli, Bologna, 1980
- ⁷ Øvretveit John *Valutazione degli interventi in Sanità*, CSE, Torino, 2000:12.
- ⁸ Zanetti Mario *Il medico e il management*, Ed. Accademia Nazionale di Medicina, Genova, 1996
- ⁹ Cortellazzo Manlio, Zolli Paolo *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*, Zanichelli, Bologna, 1980.
- ¹⁰ Pacchi Carlo *Qualità in organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002: 331.
- ¹¹ UNI EN ISO 8402. *Termini e definizioni*, Norma Italiana, Milano, 1995.
- ¹² Beccastrini Silvio, Gardini Andrea, Tonelli Sergio *Piccolo dizionario della qualità*, Editoriale Tosca, Firenze, 1994.
- ¹³ Øvretveit John *Valutazione degli interventi in Sanità*, CSE, Torino, 2000: 1
- ¹⁴ Øvretveit John *Valutazione degli interventi in Sanità*, CSE, Torino, 2000: 308

2. L'accreditamento

Daniela Domeniconi, Andrea Pezzana, Roberto Russo

2.1 L'accreditamento: il significato del termine.

Il termine accreditare possiede due significati principali¹:

- scrivere nel libro ciò che si deve ad altri, cioè un credito a favore di altri
- procacciare ad altri credito, fede, autorità

Nella prima accezione, si sottolinea l'esistenza di un libro che si può interpretare come un qualcosa di oggettivo, di disponibile alla lettura e alla consultazione. Nella seconda, compaiono i concetti di fede – intesa come fiducia – e di autorità; da un lato, l'atto di accreditare depone una sorta di fiducia verso qualcuno o qualcosa (un'istituzione, ad esempio) di essere in grado di ...; dall'altro, conferisce all'accreditato un'autorità nella materia oggetto dell'accREDITAMENTO stesso.

Inoltre, analizzando più attentamente il concetto di credito, ne scopriamo ulteriori e interessanti significati:

- quel che ci è dovuto da altri;
- la fiducia che uno ispira di essere onesto e solvibile
- la reputazione
- l'autorità
- il pregio.

Il credito, quindi, ha un significato tendenzialmente positivo; chi gode credito, è riconosciuto come autorità, ha pregio agli occhi degli altri.

L'accreditare – cioè il dare credito – risulta così un processo in cui viene affidata fiducia e autorità; processo ritenuto tanto più virtuoso quanto più oggettivo è l'impianto metodologico e operativo su cui si basa.

2.2 Una breve storia

La nascita dell'accREDITAMENTO viene fatta risalire all'inizio del XX secolo e precisamente alla presentazione nel 1917 del programma "Minimum Standards for Hospitals", proposto dai Chirurghi nord-americani^{vi} che aveva la finalità di "standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina"²

^{vi} American College of Surgeons, fondato nel 1913 dal dr. Franklin Martin

Già nel 1910 il dott. Ernest Codman aveva proposto un sistema di standardizzazione degli ospedali basato sui risultati³; in pratica si invitava un ospedale ad osservare per un periodo sufficiente i propri pazienti al fine di stabilire l'efficacia di un trattamento; qualora si fosse osservata un'inefficacia, l'ospedale avrebbe dovuto determinarne le cause al fine di poter trattare con maggior successo pazienti con caratteristiche simili.

I cinque criteri previsti dal programma "Minimum Standards for Hospitals" erano⁴:

1. i medici e i chirurghi, autorizzati a praticare la professione nell'ospedale, devono costituire un corpo organizzato
2. l'appartenenza al personale medico è limitata a professionisti provvisti di diploma di laurea in medicina, competenti nel loro campo e rispettosi delle regole deontologiche
3. il personale medico adotta, in accordo con il corpo dirigente, le regole di funzionamento dell'ospedale e in particolare: una riunione mensile del personale medico; l'analisi regolare delle loro esperienze cliniche nei differenti servizi a partire dai dati delle cartelle cliniche
4. tutti i pazienti devono beneficiare di una cartella clinica precisa, accessibile e completa (storia personale e della malattia, esami, consulenze, diagnosi ecc.)
5. l'ospedale deve disporre di attrezzature terapeutiche e diagnostiche sotto la responsabilità di personale competente, fra cui almeno un laboratorio e un servizio di radiologia.

Nel 1918 vennero eseguite le prime visite ispettive: risultò che solo 89 dei 692 ospedali visitati possedevano i requisiti elencati⁵.

A questa iniziativa aderirono, negli anni successivi, l'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physicians, la Canadian Medical Association, l'American Dental Association.

Nel 1951 nasce la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) che, nel 1952, riceve dall'American College of Surgeons il proprio programma e, nel 1953, pubblica i primi "Standards for Hospital Accreditation".

Nel 1987 la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) cambia la propria denominazione in Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), attualmente in vigore, per sottolineare la propria espansione del campo di indagine che è passato dall'ospedale in senso stretto ad un concetto più ampio di organizzazione sanitaria.

Nel 1993 inizia un processo di revisione della "filosofia" dell'accreditamento da parte della JCAHO che porta, nel 1995, alla pubblicazione dell'Accreditation Manual for Hospitals, Accreditation Manual for Home Care e Accreditation Manual for Mental Health, Chemical Dependency, and Mental Retardation/Developmental Disabilities Services e nel 1996 dell'Accreditation Manual for Ambulatory Health Care, Accreditation Manual for Health Care

Networks, Accreditation Manual for Long Term Care e dell'Accreditation Manual for Pathology and Clinical Laboratory Services; il punto centrale di questa revisione è lo spostamento dal concetto di requisito minimo – eredità del 1917 – al concetto di valutazione di performance, passando cioè dalla domanda "l'organizzazione ha la capacità di produrre assistenza di qualità?" alla domanda "l'organizzazione produce assistenza di qualità?"; a tale scopo introduce la valutazione di esito sanitario e lo sviluppo di un opportuno sistema di indicatori.

Anche in altri paesi – Canada, Australia, Regno Unito, Francia – si sviluppano sistemi di accreditamento con alcune specificità sia culturali sia di processo: per una lettura dettagliata dei sistemi internazionali ed europei si rimanda a testi specifici^{6,7}.

2.3 Alcune definizioni

Di seguito sono riportate alcune tra le più frequenti definizioni di accreditamento.

BOX 2.1

Processo con il quale un soggetto abilitato valuta un individuo, un'organizzazione, un programma o un gruppo e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti quali standards o criteri.

ExPeRT Bulletin 1996, citato in ⁸

BOX 2.2

L'accreditamento è il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standards prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario.

ISQUA, Regole operative della federazione, 1998, citato in ⁸

BOX 2.3

L'accreditamento è un processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standards finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. L'accreditamento è solitamente volontario. Gli standard di accreditamento sono normalmente considerati ottimali e raggiungibili. L'accreditamento

fornisce all'organizzazione un mandato visibile per migliorare la qualità delle cure fornite e assicurare un ambiente di cura sicuro.

International Accreditation Standards for Hospitals, Preview Edition, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 1999, citato in ⁸

BOX 2.4

L'accreditamento si configura come un sistema di autoregolazione in cui un'agenzia indipendente definisce e controlla gli standards di qualità della struttura.

ASSR, 2000⁹

Dall'insieme delle definizioni si possono trarre alcuni elementi qualificanti dell'accreditamento:

- l'accreditamento è un *processo*: ciò denota da un lato l'esistenza di fasi e di attività che portano, come risultato finale, all'accreditamento; dall'altro, sottolinea la dinamicità dell'accreditamento che non è un qualcosa di statico ma rimanda ai concetti di continuità e di ciclicità che sono propri dei processi di miglioramento della qualità
- l'accreditamento è un *processo di autovalutazione e di revisione esterna*: le due macrofasi, di cui sopra si diceva, sono:
 - o l'autovalutazione, in cui la struttura che richiede l'accreditamento deve leggersi, interrogarsi e, appunto, valutarsi in base ai requisiti su cui verrà rilasciato l'accreditamento
 - o la revisione esterna, in cui un'organizzazione esterna conferma o meno, di fatto, i risultati dell'autovalutazione
- il processo di revisione esterna è *fra pari* ed è condotto da una *organizzazione* usualmente *non governativa e indipendente*: le caratteristiche di parità (cioè i professionisti valutano i professionisti) e di indipendenza (rispetto al committente che può essere un'istituzione governativa ai diversi livelli) sono elementi di garanzia sia rispetto all'organizzazione accreditata (che vede – o dovrebbe vedere – riconosciuti i propri meriti senza alcun ombra di dubbio rispetto alla sua capacità di influenzare il valutatore) sia rispetto al cliente finale del processo e cioè il cittadino che usufruirà di quell'organizzazione, consapevole che l'indipendenza del sistema è garanzia di verità del giudizio
- la valutazione avviene rispetto a *requisiti* (standards o criteri) *prestabiliti*: il processo di accreditamento, basandosi su requisiti prestabiliti (cioè prima del processo medesimo) permette:

- la trasparenza delle “regole del gioco” che, essendo predefinite, sono disponibili a tutti gli attori del processo (organizzazione valutata, valutatore, committente ecc.);
- l'autovalutazione che altrimenti sfocerebbe in autoreferenzialità;
- la possibilità del soggetto che richiede l'accreditamento di partecipare in modo consapevole al processo stesso;
- standards per attivare modalità di *miglioramento continuo della qualità*: il processo di accreditamento ha come finalità fondamentale quella del miglioramento continuo della qualità nella duplice direzione della qualità delle cure – in termini di efficacia, appropriatezza, accessibilità, trasparenza ecc. – e della qualità degli ambienti di vita e di lavoro – in termini soprattutto di sicurezza –;
- standards *ottimali e raggiungibili*: uno spunto di discussione che spesso coinvolge i gruppi di lavoro sull'accreditamento è il livello qualitativo e quantitativo degli standards; la definizione di standards ottimali e raggiungibili crea una giusta miscela tra il concetto di standard come punto di riferimento all'eccellenza – ottimale – che sia alla portata delle organizzazioni che intendono accreditarsi – raggiungibile –; in altri termini, se tenere troppo verso il “basso” gli standards di fatto appiattisce il processo (e in Italia, come vedremo più avanti, vorrebbe dire tendere all'autorizzazione), l'innalzamento eccessivo dei medesimi potrebbe produrre un documento nella pratica inutilizzabile, una sorta di “libro dei sogni”, tanto più irraggiungibile quanto più vanificante il processo stesso. Questa possibilità può verificarsi soprattutto in quegli standard inerenti le attività specifiche;
- *volontario*: la volontarietà del processo di accreditamento rappresenta un concetto a duplice e opposta valenza; da un lato, essa rappresenta un indubbio punto di forza per il processo in quanto i professionisti, sentendosi liberi di aderirvi, dovrebbero dispiegare efficacemente le proprie conoscenze ed esigenze senza vincoli istituzionali o di mercato, con l'unica tensione al miglioramento della qualità; dall'altro – e l'esperienza lo insegna – può indurre un effetto bloccante poiché l'assenza di una ricaduta – ad esempio economica, tariffaria, di mercato – può rendere poco gratificante il processo se non supportato da una profonda etica della professione e dalla convinzione della qualità come elemento di propulsione e come obiettivo della professione stessa.

Come sottolineano Di Stanislao e Liva¹⁰, il processo di accreditamento riconosce tre motivazioni fondamentali:

- “la volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi
- l'interesse delle associazioni e delle società scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva,

favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti

- la richiesta, da parte del servizio sanitario alle strutture che richiedono convenzione, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione o per garantire i processi di miglioramento continuo".

Il prevalere delle prime due motivazioni porta allo sviluppo delle forme di accreditamento definito volontario o professionale o all'eccellenza; se, invece, diventa particolarmente preponderante la terza motivazione, si imbecca la strada che porta all'accreditamento obbligatorio o istituzionale.

Da notare che il primo non esclude il secondo: in altri termini, l'accreditamento volontario può rappresentare uno strumento per essere riconosciuti come erogatori di servizi da parte di organizzazioni governative o private (assicurazioni): vedasi, per tutti, l'esempio dei rapporti tra l'accreditamento della JCAHO e i programmi governativi Medicare e Medicaid^{vii}.

La sintesi delle differenze tra accreditamento professionale e accreditamento istituzionale nel caso italiano è riportata in tabella 2.1.

Tabella 2.1. Differenze tra accreditamento professionale e accreditamento istituzionale in Italia.

	Accreditamento professionale	Accreditamento istituzionale
Obiettivo	Promozione della qualità delle attività sanitarie e dei risultati sui pazienti	Accesso al mercato regolamentato dal soggetto pagante
Opzione	Volontario	Obbligatorio per erogare prestazioni per conto del SSN
Livello di qualità richiesto	Eccellente	Ulteriore rispetto al minimo dell'autorizzazione
Contenuti	Prevalentemente professionali e scientifici	Prevalentemente istituzionali e normativi (sicurezza)
Riferimenti	Evidenza scientifica e stato dell'arte	Norme, regolamenti, piani sanitari
Processo	Processo continuo che tende a migliorare la performance	Adeguamento a requisiti standard

^{vii} Programmi statunitensi di assistenza per persone anziane over 65 anni (Medicare) e per indigenti (Medicaid).

Gestione	Professionale, in collaborazione con società scientifiche e associazioni	Istituzionale, tramite appositi uffici e procedure formalizzate
Modalità operativa	Azione di consulenza e revisione tra pari	Ispezione/verifica della formale corrispondenza ai requisiti
Valutatori	Professionisti volontari, opportunamente addestrati, ricusabili, senza conflitti di interesse, con azione di facilitazione/consulenza	Designati dalla Regione, opportunamente addestrati, non ricusabili, con azione di ispezione
Esito	Rapporto finale con dichiarazione di accreditamento (spesso a livelli) e con raccomandazioni di miglioramento	Rapporto finale con dichiarazione di accreditamento (anche a livelli)
Ricaduta	Prestigio, promozione professionale e della struttura	Economica
Aggiornamento	Ogni qualvolta necessario (in base all'evidenza)	In base all'evoluzione della normativa di riferimento
Committente	Società Scientifica	Regione

[Fonte: Di Stanislao¹¹, Neri¹², Argentero¹³]

2.4 L'accreditamento professionale

Dello sviluppo storico dell'accreditamento professionale si è già detto nei paragrafi precedenti. Dall'iniziale modello statunitense sono successivamente derivate applicazioni in altri paesi (Canada, Australia, Regno Unito, Francia, Spagna per citare i più consolidati); anche in Italia si sono sviluppate in questi ultimi anni numerose iniziative orientate all'accreditamento professionale che fanno riferimento a numerose Società Scientifiche: la Società Italiana di Endoscopia Digestiva^{viii}, l'Associazione Medici Diabetologi^{ix}, la Società

^{viii} <http://www.sied.it/>

^{ix} <http://www.aemmedi.it/>

Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa^x, la Società di Ecografia Ostetrica^{xi}, la Società di Igiene^{xii}, la Società Italiana di Nefrologia^{xiii}.

Le aree in cui si sono o si stanno sviluppando in Italia programmi per l'accreditamento sono molteplici: medicina d'urgenza, diabetologia, igiene, nefrologia, radioterapia, cardiologia, medicina dello sport, prevenzione, case alloggio per persone con AIDS, pediatria, servizi infermieristici, sistemi informativi aziendali, direzioni mediche ospedaliere, farmacia clinica ecc.

Per quasi tutte le esperienze, il modello di riferimento è quello sviluppato nell'ambito della Società Italiana di Verifica e Revisione della Qualità che, iniziato nel 1992, è giunto a definire un modello generale di riferimento pubblicato nel 1999 nella rivista QA, riportato nell'appendice b di questo testo che, come detto nel capitolo 3, è servito come traccia anche per questo lavoro.

Al di là delle differenze tra i modelli di accreditamento e tra le applicazioni ai contesti specifici, alcuni elementi sono caratterizzanti dell'accreditamento¹⁴:

1. attività di autoregolazione del sistema orientato al miglioramento continuo della qualità: l'accreditamento è un sistema di autoregolazione sia perché dovrebbe essere gestito direttamente dai professionisti che "dettano le regole" cioè i criteri sia perché non ha caratteristiche di obbligatorietà, cioè non vi è un committente che obbliga all'accreditamento in funzione di produzione o di finanziamento; l'obiettivo fondamentale è "il raggiungimento dei massimi livelli di salute per il paziente, tenuto conto delle conoscenze e delle risorse disponibili"¹⁴;
2. volontarietà dell'adesione: proprio nell'evoluzione della qualità, l'approccio esterno, di tipo ispettivo e sanzionatorio, ha dimostrato molti limiti e il suo superamento è consistito nella necessità di coinvolgere i professionisti che devono sentirsi parte integrante e integrata nel processo di miglioramento (Total Quality Management);
3. ruolo delle associazioni professionali e delle società scientifiche nella definizione dei criteri e delle procedure: la volontarietà dell'adesione e la centralità sul professionista non può prescindere dal ruolo attivo e determinante che devono giocare le società scientifiche sia come luogo di confronto tra i professionisti sia come elemento di diffusione della cultura della qualità;
4. revisione periodica dei criteri: l'accreditamento professionale permette una continua verifica della bontà dei criteri attraverso una revisione che può essere calendarizzata annualmente; naturalmente questo implica la presenza di un gruppo di lavoro adeguatamente organizzato e motivato;
5. valutazione tra pari: la valutazione deve essere eseguita da professionisti esperti, in genere formati alla visita vera e propria, che hanno lo scopo non solo di verificare ma anche di aiutare i colleghi valutati, laddove esistano problematiche organizzative o professionali;

^x <http://www.simfer.it/home.htm>

^{xi} http://www.unipa.it/~obgyn/sieog/eco_line/screen.htm

^{xii} <http://www.sitinazionale.it/>

^{xiii} <http://www.sin-italia.org/>

6. periodicità della procedura: l'accreditamento è un credito temporaneamente concesso e deve essere rinnovato almeno ogni tre anni; in casi di non completa adesione ai criteri o di livelli di adesione non adeguati, il rinnovo può essere anticipato a un anno.

In tabella 2.2 sono sintetizzati i principali benefici economici e non economici di un programma di accreditamento in funzione degli interventi che delincono il processo stesso.

I benefici non economici sono sintetizzabili in:

- diffusione della cultura della qualità
- coinvolgimento e responsabilizzazione del personale
- miglioramento diffuso dell'organizzazione (anche di quelle parti non direttamente coinvolte nel processo)
- miglioramento di efficacia, efficienza, appropriatezza (dimensioni della qualità)
- standardizzazione di comportamenti e razionalizzazione dei processi

I benefici economici sono tradizionalmente suddivisi in

- diretti, come la riduzione dei costi e degli sprechi, l'aumento della produttività
- indiretti, come la riduzione del burn-out, della conflittualità interna, il miglioramento del clima interno.

Tabella 2.2 Benefici economici e non economici derivati dall'applicazione di un programma di accreditamento professionale

Interventi	Benefici non economici	Benefici economici
Definizione della mission, esplicitazione e condivisione degli obiettivi della struttura	Maggiore partecipazione e responsabilizzazione del personale	Indiretti (riduzione burn-out, aumento senso di appartenenza)
Definizione del funzionigramma e delle responsabilità	- aumento motivazione del personale - migliore definizione delle responsabilità - miglioramento dell'organizzazione	Indiretti (riduzione conflittualità interna, miglioramento clima)
Definizione di procedure per il ricovero, la dimissione, il trasferimento dei pazienti	- aumento efficacia ed efficienza - miglioramento appropriatezza - riduzione disagi pazienti	Riduzione costi, aumento produttività
Adozione di linee guida e procedure	- razionalizzazione dei processi	Riduzione costi, riduzione sprechi

	<ul style="list-style-type: none"> - standardizzazione dei comportamenti - aumento garanzia di efficacia e miglioramento efficienza 	
Pianificazione della formazione in relazione ai bisogni e finalizzata al raggiungimento degli obiettivi della struttura	<ul style="list-style-type: none"> - cambiamento diffuso - maggiore probabilità di raggiungimento degli obiettivi - miglioramento professionale 	Indiretti
Organizzazione e pianificazione di attività di Miglioramento Continuo della Qualità	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento del personale nella individuazione, selezione e soluzione di problemi prioritari - miglioramento della qualità organizzativa e tecnico-professionali 	Riduzione costi, aumento appropriatezza, aumento efficacia, miglioramento del clima (partecipazione e condivisione)

[Fonte: Tozzi¹⁵: 49-50, modificata.]

Infine una riflessione sul rapporto tra accreditamento professionale e certificazione a norma ISO; da molti anni si assiste ad una specie di contrapposizione tra i sostenitori dei due sistemi, anche se – sempre più spesso – si cerca di individuare punti di contatto e di collaborazione.

Premesso che:

- entrambi sono strumenti di miglioramento della qualità privilegiando l'aspetto organizzativo di un servizio
- a seconda della tipologia dell'oggetto, possono essere equivalenti oppure possono effettivamente essere scelti per specifiche caratteristiche

in tabella 2.3 viene proposta una sintesi di confronto tra questi due strumenti.

Senza voler entrare nel merito, riteniamo comunque utile sottolineare alcune specificità:

- come già sottolineato prima, uno degli elementi di forza dell'accreditamento sicuramente è la base volontaria, centrata sui professionisti la cui collaborazione e coinvolgimento diventa essenziale per lo sviluppo e applicazione del sistema
- la certificazione a norma ISO ha, dalla sua, la lunga storia che si sviluppa nell'industria – e quindi potrebbe essere elemento di diffidenza anche se ormai l'esperienza nei servizi e in sanità incomincia ad essere consolidata – e che ha portato a numerose versioni e ridefinizioni sempre più orientate alle reali necessità dei valutati; inoltre – e a nostro avviso è sicuramente un elemento fondamentale – la certificazione necessita del coinvolgimento della Direzione Generale e la caratteristica ispettiva della visita può, in effetti, indurre una maggiore attenzione e tensione emotiva al processo stesso.

In ogni caso, ci sembra opportuno sottolineare che non esistono a priori elementi così forti da scegliere uno dei due strumenti; esistono invece elementi ambientali, economici, culturali, specifici per la realtà che possono indurre a scegliere. L'importante è che la diafrasi tra accreditamento e certificazione non porti ad un blocco dell'orientamento al miglioramento della qualità.

Tabella 2.3 Confronto tra accreditamento professionale e certificazione ISO

	Accreditamento professionale	Certificazione ISO
Promotori	Professionisti Società Scientifiche	Agenzia di certificazione Direzione aziendale Responsabile di struttura
Finalità	- No profit - Miglioramento prestazioni sanitarie - Diffusione cultura della qualità (MCQ)	- Profit - Miglioramento prestazioni sanitarie - Diffusione cultura della qualità (ISO)
Attività	Volontaria	Obbligatoria
Filosofia	Strumento per migliorare la salute dei pazienti	Strumento per migliorare la qualità delle procedure sanitarie
Costo	Basso	Medio/alto
Partecipazione	Alta	Medio/bassa
Verifica	Consulenza tra pari	Visita ispettiva
Origine	Sanità	Industria
Consulenza a supporto	Gratuita	A pagamento
Conformità	A criteri di qualità	A norme e procedure
Motivazione operatori	Alta	Medio/bassa
Coinvolgimento della Direzione Generale	Non indispensabile (ma auspicabile)	Indispensabile
Ruolo Società Scientifiche	Fondamentale	Assente

[Fonte: Tozzi¹: 42-43, modificata.]

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Pianigiani O. (1907) Vocabolario etimologico della lingua italiana. Società Editrice Dante Alighieri, Roma-Milano.
- ² Scrivens E. (1995) Accreditation. Protecting the professional or the Consumer? Open University Press. Buckingham-Philadelphia Ed.
- ³ <http://www.jcaho.org/about+us/history/index.htm>
- ⁴ Di Stanislao F., Liva C., (1998) Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. CSE, Torino: 2-3.
- ⁵ <http://www.jcaho.org/about+us/history/index.htm>
- ⁶ Di Stanislao F., Liva C. (1998) Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. CSE, Torino
- ⁷ Monitor (2002) Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, novembre_ dicembre 2002: 12-26
- ⁸ Liva C. (1999) L'accreditamento per l'eccellenza, QA, 10, 3, Settembre:145-161
- ⁹ Catalano N., Pasquarella A. (a cura di) L'Accreditamento, ASSR, 2000
- ¹⁰ Di Stanislao F., Liva C. (1998) Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. CSE, Torino: 33-34
- ¹¹ Di Stanislao F., Liva C. (1998) Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. CSE, Torino
- ¹² Neri V., Moro S. (1997) Requisiti minimi organizzativi e requisiti ulteriori per l'accreditamento. Organizzazione Sanitaria, 3-4: 12-30.
- ¹³ Argentero P.A., Campobasso G.A. (2002) Manuale di accreditamento per la prevenzione del rischio infettivo in ospedale. CSE, Torino.
- ¹⁴ Di Stanislao F., Liva C. (1998) Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. CSE, Torino: 36-37
- ¹⁵ Tozzi Q. (2000) Manuale di Accreditemento Professionale all'eccellenza delle strutture cardiologiche. CSE, Torino.

3. Il percorso del gruppo di lavoro

Mauro Brugnani, Daniela Boggio Bertinet, Lidia Rovera

3.1 PREMESSA

L'interesse per la qualità in sanità si è andato diffondendo recentemente anche in Italia, nella convinzione che "attivare sistemi di qualità ed utilizzarli nel modo giusto porta inevitabilmente ad un miglioramento dell'atto clinico e ad un processo di miglioramento continuo dello stesso e della politica sanitaria " (1), anche se sono ancora molte le difficoltà interpretative, la confusione sulle terminologie specialistiche e le resistenze nel timore che l'orientamento alla qualità si traduca in un "ulteriore elemento di aggravio ed appiattimento delle procedure amministrative e di controllo" (1).

Il concetto di "qualità delle prestazioni" compare per la prima volta in ambito normativo nel D.Lgs. 502/92 mentre il D.Lgs. 517/93 che modifica il 502 introduce il concetto di accreditamento.

In linea generale l'accreditamento risponde all'esigenza di operare un processo di selezione delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie attraverso criteri di qualità: l'accreditamento si basa su una attività di valutazione per verificare il rispetto di standard prefissati e per promuovere il miglioramento continuo di qualità (2,3).

A questo proposito il Piano Sanitario Regionale 1997-99 della Regione Piemonte (L.R. 12-12-1997 n.61 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997-99") individuava come obiettivo operativo delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica (SDNC) della Regione Piemonte la "individuazione e validazione di un sistema di indicatori di attività e di qualità", tuttora non esistenti a livello regionale o nazionale per l'area specifica della Dietetica e Nutrizione Clinica.

In ottemperanza al mandato istituzionale le SDNC hanno pertanto iniziato un percorso di riflessione e di confronto attraverso l'attivazione di uno specifico gruppo di lavoro rappresentativo delle figure professionali coinvolte finalizzato alla definizione di un manuale di qualità specialistico. Il lavoro del gruppo è stata anche l'occasione per fare chiarezza sugli ambiti operativi specifici della disciplina specialistica di DNC, disciplina "nascente", non ancora e non sempre ben definita e dai confini spesso labili ed incerti.

3.2 PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

Funzioni, competenze, organici e strutture dei Servizi di Dietetica sono stati delineati già a partire dagli anni '80 facendo riferimento alla dietetica ospedaliera come scienza applicata il cui obiettivo primario è "di assicurare a tutti i degenti uno stato ottimale di nutrizione in modo di ovviare ai processi di malnutrizione secondaria determinati dalla malattia; di promuovere una adeguata risposta alle infezioni, traumi e

interventi chirurgici; di facilitare il controllo delle alterazioni metaboliche; di contribuire in senso generale alla guarigione di molti processi morbosi e al recupero di funzioni lese da malattie o accidenti" (4).

Tali concetti sono stati ripresi da un documento elaborato da una specifica commissione della Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) nel 1991 (5) in cui si puntualizzava, a fronte di una legislazione alquanto vaga e in considerazione del ruolo sempre più importante della nutrizione in ambito ospedaliero e territoriale, l'esigenza di arrivare ad una uniformità nazionale dei servizi di dietetica.

Successivamente la Consensus Conference ADI sui Servizi di Dietetica (6) ribadiva quanto già espresso in precedenza richiedendo in primo luogo il riconoscimento di dignità di branca medica alla DNC e l'istituzione e il potenziamento dei servizi di DNC almeno nelle Aziende Ospedaliere e/o ASL di maggiori dimensioni.

Partendo da queste premesse e da altre successive elaborazioni che affrontavano da un punto di vista generale le problematiche organizzative (7), il gruppo di lavoro della Regione Piemonte si è orientato in una prima fase (maggio 1998-giugno 1999), sotto la guida metodologica del Servizio di Epidemiologia dell'ASL 5 di Collegno (TO) (dr. G. Costa e dr.ssa E. Coffano), su una lettura più approfondita delle attività connesse alla DNC in un'ottica meno descrittiva rispetto ai testi citati.

L'attività del gruppo si è svolta in sessioni residenziali di lavoro comune sotto la guida metodologica di esperti di qualità e in "homeworks" individuali discussi e rivalutati nelle sessioni di gruppo con successiva stesura contestuale dei materiali prodotti dopo approfondite discussioni per arrivare a definizioni condivise dei contenuti e dei termini.

In una prima fase si è cercato di acquisire le principali conoscenze generali sulla qualità per arrivare alla definizione di un linguaggio e di una terminologia comuni; successivamente ci si è dedicati ad una riflessione più analitica sulla funzione specialistica della DNC e sulla dettagliata scomposizione del lavoro svolto da una SDNC allo scopo di individuare le funzioni peculiari e identificative della disciplina e i rispettivi compiti caratterizzanti le attività svolte.

Il progetto è stato così articolato:

- Definizione della funzione specialistica di DNC come specialità autonoma dell'area medica finalizzata al mantenimento o al raggiungimento di un adeguato stato di nutrizione attraverso interventi preventivi, diagnostici e terapeutici. Vengono riconosciuti due ambiti prevalenti in cui si esplica l'intervento di NC: prevenzione e/o terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia e prevenzione e/o terapia delle patologie in cui l'indirizzo dietetico è componente terapeutica essenziale.
- Individuazione e descrizione delle fasi del processo di intervento dietetico-nutrizionale: l'intervento si attua secondo uno schema generale (inquadramento clinico e nutrizionale, formulazione e attuazione del programma nutrizionale, monitoraggio e rivalutazione) con aspetti peculiari per ognuno dei due ambiti operativi definiti precedentemente.
- Individuazione delle macrofunzioni che identificano l'attività dell'area specialistica; definizione analitica dei singoli compiti che definiscono ogni macrofunzione; analisi, per ogni compito, dei momenti organizzativi necessari per attuare ogni macrofunzione (strutture, attrezzature, risorse umane, metodi) (8).

- Inoltre si è tentata una prima definizione di indicatori e di standard nonché delle criticità fondamentali, rimandando però ad una fase successiva una analisi più accurata e meditata di tale aspetto.

I punti principali del documento sono riportati in Allegato 1.

Anche l'ADI nazionale, in accordo all'esigenza di garantire la qualità delle prestazioni sanitarie erogate, costituiva un Gruppo Settore Qualità che formulava delle proposte di definizione dei parametri per l'Accreditamento minimo delle Strutture di DNC (9).

Il documento si articola nei seguenti punti:

- ✓ funzioni indispensabili per configurare una Struttura di DNC: ristorazione ospedaliera, consulenza specialistica per degenti, nutrizione artificiale, attività ambulatoriale, rapporti con il territorio;
- ✓ prestazioni minime richieste per la ristorazione ospedaliera, le consulenze specialistiche per degenti, la nutrizione artificiale e l'attività ambulatoriale;
- ✓ strutture e attrezzature: ufficio, ambulatorio e sala visita, attrezzature, presidi e attrezzature per nutrizione artificiale, sistema informatico;
- ✓ requisiti organizzativi: procedure scritte, modulistica;
- ✓ risorse umane: personale.

3.3 I REQUISITI ULTERIORI

Dopo le riflessioni precedenti, è stata sentita l'esigenza di orientare in modo più specifico il lavoro del gruppo verso la definizione di un manuale della qualità trasformando in primo luogo la gran mole del lavoro precedente in un documento più fruibile e che potesse avere maggiori ricadute pratiche anche e soprattutto in sede di amministrazione regionale; in una seconda fase (luglio 1999-agosto 2000), il materiale prodotto è servito pertanto come punto di partenza per l'elaborazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle SDNC, sotto la supervisione del prof. Roberto Russo (Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università di Torino).

Il D.P.R. 14-1-1997 n.37 definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi (generali e specifici per le strutture che erogano prestazioni sanitarie) necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie; spetta invece alle Regioni determinare gli standards di qualità che costituiscono requisiti necessari per l'accreditamento, definiti ulteriori rispetto agli stessi requisiti minimi (art. 2, comma 4).

Il D.Lgs 19-6-1999 n. 229 indica gli elementi caratterizzanti l'accreditamento così detto istituzionale da parte delle Regioni (art. 8-quater), obbligatorio per far parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'elaborato finale veniva definito un pool di requisiti ulteriori da proporre alla Regione Piemonte per l'accreditamento istituzionale (10); il documento è riportato in Allegato 2.

I requisiti ulteriori proposti si propongono di delineare le specificità e le peculiarità di una struttura specialistica che sia autorizzata ad erogare quelle prestazioni di DNC

individuare sulla base dei precedenti documenti regionali e nazionali. In breve sono rappresentati da:

- ✓ requisiti organizzativi: esistenza di delibera costitutiva della Struttura, di definizione della sua mission, di delibera di composizione delle commissioni per la stesura dei capitolati e l'aggiudicazione delle gare per la ristorazione ospedaliera e per prodotti, attrezzature e presidi per la nutrizione artificiale in cui sia prevista la presenza di un operatore della Struttura, di documenti che definiscono le attività e l'attribuzione delle responsabilità, di protocolli di intesa per l'organizzazione del supporto nutrizionale domiciliare;
- ✓ requisiti strutturali: esistenza di un ufficio e di un ambulatorio dedicati e identificabili con spazi autonomi per le diverse figure professionali, di servizi igienici e sala d'attesa, di disponibilità funzionale di posti letto in regime di Day Hospital, di personale (medici specialisti, dietisti, personale infermieristico e amministrativo);
- ✓ requisiti tecnologici: sistema informatico, modulistica specifica (cartelle cliniche specialistiche, modulistica per prescrizione diete, materiale informativo per l'utenza per le principali patologie trattate, manuale di istruzioni per la nutrizione artificiale domiciliare), tecnologie per ambulatorio e Day Hospital (bilance, letto bilancia, arredi, materiale di medicazione, presidi e prodotti per la nutrizione artificiale), dietetico scritto (comprendente almeno 2 diete a composizione fisiologica, 1 iposodica, 1 ipocalorica, 1 a contenuto proteico controllato, 1 a contenuto di fibre controllato), procedure principali (valutazione clinico-nutrizionale, formulazione e attuazione del programma nutrizionale, monitoraggio, esecuzione della nutrizione enterale domiciliare).

3.4 IL MANUALE DI ACCREDITAMENTO VOLONTARIO DELLE UNITA' OPERATIVE DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

A partire dal settembre 2000 il gruppo ha ritenuto di recuperare e valorizzare ulteriormente l'esperienza precedente in un'ottica di accreditamento volontario tra pari, ovvero un processo di autovalutazione e di revisione focalizzato alla promozione del miglioramento continuo della qualità.

Dopo aver ricevuto mandato dalla Società Scientifica di riferimento (ADI), è pertanto iniziata l'elaborazione di un Manuale di Accreditamento volontario, sempre con il supporto metodologico del prof. Russo.

Il manuale della qualità è un documento contenente la descrizione scritta da parte degli operatori delle principali procedure gestionali e tecniche caratteristiche della organizzazione, periodicamente aggiornabile ed accessibile a tutti.

Il Manuale è stato redatto seguendo il modello omogeneo "trasversale" proposto dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIVRQ) che comprende parti comuni che devono essere soddisfatte da qualsiasi soggetto accreditabile e parti specifiche di settore peculiari della disciplina in oggetto secondo le proposte degli specialisti (11).

La costruzione del Manuale è avvenuta seguendo la usuale metodologia di lavoro.

In una prima fase, partendo dal citato modello generale della SIVRO (11), sono stati individuati i criteri generali idonei alla DNC eliminando quelli ritenuti superflui o poco caratterizzanti o strettamente dipendenti da normative generali (nazionali o aziendali); successivamente sono stati elaborati i criteri specifici della disciplina. Si sono così identificati 131 criteri raggruppati in 9 macroaree corrispondenti agli elementi costitutivi di un sistema organizzativo (linee di gestione dell'organizzazione; l'organizzazione per il cliente; risorse umane; procedure; documentazione e sistema informativo; valutazione e miglioramento; strutture; attrezzature e dotazioni; attività specifiche). Ogni capitolo inizia con una definizione che esprime i principi fondamentali relativi ai contenuti del capitolo stesso; inoltre per alcuni criteri vi sono delle ulteriori interpretazioni per chiarire meglio il significato dei criteri stessi e le modalità di applicazione e verifica anche con esempi specifici.

La fase di sperimentazione di questa prima versione è descritta in dettaglio nel capitolo 4.

Ad essa è seguita una fase di condivisione con i rappresentanti di altre SDNC del territorio nazionale indicati dal direttivo della Società Scientifica di settore: in questa occasione il Manuale è stato discusso e sono stati in parte riformulati alcuni criteri ed alcuni livelli di performance.

Sulla base di tale percorso si è arrivati alla formulazione della versione attuale del Manuale riportata nel capitolo 5.

3.5 CONCLUSIONI

Il manuale sottoposto all'attenzione degli operatori delle SDNC è un documento dinamico che necessita di approfondita discussione e verifica in una fase di sperimentazione nelle diverse realtà operative; rappresenta pertanto una guida ad un primo percorso di autovalutazione ed uno strumento diagnostico della qualità organizzativa, tenendo conto anche della variegata realtà organizzativa della Dietetica e Nutrizione Clinica sul territorio nazionale. In questa fase si confrontano le differenze tra la qualità attesa (come indicata dai criteri) e la realtà attuale del servizio (7) e su questa base si possono pianificare delle prime attività di miglioramento scegliendo ovviamente sulla base delle priorità.

Successivamente potrà costituire la traccia formalizzata e strutturata del processo di valutazione da parte dei valutatori secondo le modalità usuali dell'accreditamento (visite tra pari, visite di esperti esterni designati).

E' quindi auspicabile che il Manuale possa rappresentare un fattore di crescita organizzativa e culturale, e che sia in grado inoltre di contribuire, unificando le differenti realtà esistenti a livello nazionale e fornendo anche alle autorità sanitarie un modello di riferimento, al processo di definizione degli ambiti applicativi della dietetica e nutrizione clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Lucchin L. Gestire la qualità in clinica: fondamenti per iniziare. In: L. Lucchin (ed.), Malnutrizione: una sfida del terzo millennio per la società postindustriale. Strategie di prevenzione e cura. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000; pag.617-631.
2. Bizzarri G, Vannucci A, Salis C. L'ABC per iniziare il percorso della qualità in Nutrizione Clinica: come assicurare la qualità delle prestazioni. In: L. Lucchin (ed.), Malnutrizione: una sfida del terzo millennio per la società postindustriale. Strategie di prevenzione e cura. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000; pag. 633-669.
3. Catalano N, Pasquarella A (a cura di). L'accreditamento. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma, 2000-2001 (<http://www.assr.it>)
4. Gatti E. Organizzazione dei Servizi Dietetici Ospedalieri. In: Fidanza F, Altucci P, Di Toro R, Gatti E, Giordano C, Mancini M, Moro CO, Stoppoloni G: Nutrizione Clinica e Preventiva. Idelson, Napoli, 1985; pag. 299-305.
5. ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica). Documento elaborato dalla Commissione ADI istruita per definire le funzioni, le competenze, gli organici e le strutture dei servizi dietologici. ADI Notiziario 1991; VII (4):50-51.
6. ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica): Consensus ADI sul ruolo dei Servizi di Dietologia e Nutrizione Clinica. Terni 19-20-21 ottobre 1995.
7. Balzola F, Palmo A. Organizzazione di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica. In: Guarnieri G, Situlin R, Toigo G. Dietetica e Nutrizione Clinica, Masson Milano 1998, pag. 156-167.
8. Balzola F, Boggio Bertinet D, Cardinali L, Massarenti P, Pezzana A, Sillano M, Rovera L, Bosetti L, Amerio ML, Domeniconi D, Palmo A, Brugnani M, D'Andrea F. Proposte per la definizione di un manuale di qualità della funzione specialistica di dietetica e nutrizione clinica. ADI Magazine 1999; 3(4): 203-206.
9. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica. Gruppo Settore Qualità (Amerio ML, Gennaro M, Giacosa A, Lucchin L, Pallini P, Palmo A, Vincenzi M). Proposte di definizione dei criteri per accreditamento minimo di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica. ADI Magazine 2000; 4(2):99-100
10. Brugnani M, Boggio Bertinet D, Palmo A, Amerio ML, Bosetti L, Cardinali L, Domeniconi D, Massarenti P, Pezzana A, Rovera L, Sillano M, Russo R, Balzola F. La lunga strada dell'accreditamento: proposte per la definizione dei requisiti ulteriori. ADI Magazine 2000; 4(3):173.
11. Liva C. Accredito volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000. QA 1999; 10(3):145-161.

ALLEGATO 1: PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DI UN MANUALE DI QUALITÀ DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

1. DEFINIZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

La Nutrizione Clinica è quella branca della medicina che si occupa della prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie correlate all'assunzione, assorbimento e metabolismo dei nutrienti e dei costituenti della dieta.

La nutrizione clinica comprende lo studio della regolazione degli ingesta e delle spese energetiche, della relazione tra dieta, malattie cardiovascolari e tumori, delle malattie metaboliche, della malnutrizione primitiva e secondaria e del supporto nutrizionale per i pazienti degenti e ambulatoriali.

Lo stato di nutrizione è la risultante di complessi processi metabolici che avvengono a livello subcellulare, cellulare e d'organo. Risente di afferenze esogene ed endogene, può influire sull'andamento, sulla prevalenza di complicanze e sulla prognosi di molte patologie e viene gravemente compromesso in corso di malattie di entità clinica rilevante.

L'intervento di nutrizione clinica è un continuum in cui differenti strumenti diagnostico-terapeutici vengono utilizzati.

Si esplica prevalentemente in due ambiti:

1. Prevenzione e/o terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia

Le fasi del processo consistono nella rilevazione precoce del rischio nutrizionale, valutazione dello stato di nutrizione, prevenzione e terapia dietetico-nutrizionale in corso di patologie che inibiscono in tutto o in parte l'alimentazione spontanea, nella nutrizione sostitutiva nell'insufficienza cronica di funzione o d'organo. Le modalità d'intervento sono rappresentate dall'alimentazione orale assistita, che utilizza specifiche variazioni della composizione e consistenza dei pasti e la fornitura di integrazioni dietetiche specificamente formulate, e dalla nutrizione artificiale enterale e parenterale.

2. Prevenzione e/o terapia delle patologie in cui l'indirizzo dietetico è componente terapeutica essenziale.

Le fasi del processo consistono nell'individuazione dei soggetti a rischio e, in caso di patologia in atto, nell'inquadramento clinico e nella valutazione dello stato di nutrizione e delle ingesta, nella programmazione di un appropriato intervento dietoterapeutico. Le modalità d'intervento sono rappresentate da interventi di indirizzo dietetico e dalla prescrizione di programmi di trattamento dietetico all'interno dei moderni concetti di terapia comportamentale

Fondamentale è l'esistenza di un modello organizzativo che integri tali attività a livello ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare e che connetta in modo organico l'area di dietetica e nutrizione clinica con le altre aree terapeutiche. Per alcune funzioni

altamente specialistiche è inoltre previsto un intervento di 2° livello, che si esplica in UO di elevata specializzazione.

Le Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica garantiscono che l'intervento specialistico si svolga in modo tempestivo, efficace, efficiente e sicuro, usando al meglio le risorse disponibili, tramite l'impiego di Personale Sanitario specializzato ed esclusivamente dedicato. Le figure professionali fondamentali della Struttura sono il Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica e il Dietista.

Il modello organizzativo prevede che l'attività di dietetica e nutrizione clinica si espliciti in cinque aree.

Aree del processo	Aree organizzative
A. Ospedale	Referenza organizzativa per l'Ente per tutte le attività di dietetica e nutrizione artificiale
B. Degenza ordinaria	Consulenza o Presa in carico dei degenti con indicazione all'alimentazione per via orale Consulenza o Presa in carico dei degenti con indicazione a nutrizione artificiale Degenza specialistica
C. Day Hospital	Assistenza specialistica per nutrizione orale o artificiale Gestione Nutrizione Artificiale Domiciliare
D. Ambulatorio	Ambulatori generali Ambulatori specialistici Gestione Nutrizione Artificiale Domiciliare
E. Domicilio	Equipe per Nutrizione Artificiale Domiciliare
F. Territorio	Referenza organizzativa per il SAST (ADI/RSA) * Consulenza per pazienti in ADI

* SAST: Servizio Assistenza Sanitaria Territoriale; ADI: Assistenza Domiciliare Integrata; RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

2. FASI DEL PROCESSO DI INTERVENTO DIETETICO-NUTRIZIONALE

L'intervento dietetico-nutrizionale si attua secondo uno schema generale (inquadramento clinico e nutrizionale, formulazione e attuazione del programma nutrizionale, monitoraggio e rivalutazione) con alcuni aspetti peculiari per ogni ambito operativo.

Ambito 1 : prevenzione e terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia

1. *Screening del rischio di malnutrizione.*

Identificazione con indici appropriati dei soggetti malnutriti o a rischio di sviluppare malnutrizione.

1.1 Lo screening identifica i problemi nutrizionali e l'indicazione a una valutazione clinico-nutrizionale specialistica.

Viene definito il rischio nutrizionale valutando:

- lo stato di nutrizione e la capacità di nutrizione per via orale;
- la funzione intestinale;
- la patologia in atto e le terapie (mediche e chirurgiche) previste.

1.2 I soggetti a rischio sono quindi sottoposti a valutazione specialistica approfondita dello stato di nutrizione.

2. *Valutazione clinico-nutrizionale.*

Vengono definiti lo stato di nutrizione, il tipo di alimentazione in atto e i fabbisogni nutrizionali teorici. Viene valutata la situazione clinica del paziente.

2.1 Lo stato di nutrizione viene caratterizzato da parametri antropometrici, biochimici, clinici e dall'anamnesi clinica e nutrizionale. Con queste determinazioni vengono identificati i deficit e i fattori di rischio nutrizionali specifici del singolo paziente.

2.2 L'anamnesi alimentare valuta le ingesta energetico-proteiche, le abitudini alimentari, le preferenze, avversioni ed eventuali intolleranze alimentari del paziente.

Valuta la possibilità di raggiungere gli obiettivi nutrizionali con l'utilizzazione dell'alimentazione orale o con la nutrizione artificiale di supporto o totale.

2.3 Vengono inoltre calcolati i fabbisogni teorici.

2.4 Viene definita la patologia, con relativo grado di gravità ed eventuali complicanze, la prognosi, le prospettive terapeutiche. Viene inoltre valutata l'integrità funzionale dell'apparato digerente.

3. *Formulazione di un programma di intervento nutrizionale.*

3.1 Considerando le valutazioni di cui ai punti 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, viene formulato l'obiettivo nutrizionale, che indica la finalità dell'intervento (di mantenimento; di ripristino dello stato di nutrizione; palliativo) e i tempi previsti per il suo raggiungimento; vengono quindi definiti i fabbisogni nutrizionali dei singoli individui e identificata la via di nutrizione più adeguata (orale, enterale, parenterale, mista).

3.2 Viene quindi formulato un programma scritto dettagliato di nutrizione con la prescrizione di:

- dieta per via orale: alimenti normali e specificamente formulati, integratori e indicazione delle modalità e dei tempi di assunzione;
- nutrizione artificiale per via enterale o per via parenterale con dettaglio dei prodotti da utilizzare, delle quantità e dei tempi e metodologie di somministrazione.

3.3 Vengono quindi definiti i parametri (antropometrici, biochimici, clinici) e i tempi di controllo per il raggiungimento dell'obiettivo.

4. *Attuazione del programma di intervento nutrizionale.*

4.1 L'attuazione segue le indicazioni del programma nutrizionale.

4.2 Alimentazione per via orale: la preparazione delle diete e la fornitura e l'utilizzazione degli integratori viene eseguita da personale dedicato, secondo procedure appropriate.

4.3 Alimentazione artificiale:

4.3.1: gli accessi per nutrizione enterale o parenterale devono essere posizionati da personale specializzato, secondo procedure appropriate a minimizzare i rischi per i pazienti;

4.3.2: la fornitura e la preparazione delle soluzioni o miscele e il controllo di stabilità e di compatibilità devono essere eseguiti da personale specializzato, secondo procedure appropriate;

4.3.3: la somministrazione delle soluzioni e delle miscele nutritive deve avvenire secondo quanto prescritto, con metodologie specifiche e da personale specificamente formato.

5. *Monitoraggio*

5.1. Valutazione delle eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali.

5.2 Valutazione dell'evoluzione dei parametri di valutazione nutrizionale previsti dal programma nutrizionale (punto 3.3).

5.3 Valutazione della compliance e della tolleranza al programma nutrizionale.

5.4 Verifica del raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale.

6. *Rivalutazione e riformulazione del programma nutrizionale o fine trattamento.*

6.1 Sulla base delle valutazioni di monitoraggio, viene riformulato, quando necessario, il programma nutrizionale. La riformulazione può prevedere il cambiamento, parziale o totale, della via di nutrizione, con l'utilizzazione di programmi di transizione tra le differenti metodiche.

6.2 Quando l'obiettivo nutrizionale è raggiunto, il paziente termina il trattamento nutrizionale.

Ambito 2: Prevenzione e terapia delle patologie in cui l'indirizzo dietetico è componente

essenziale.

1. Inquadramento clinico e valutazione dietetico-nutrizionale.

Vengono definiti la patologia del paziente, lo stato di nutrizione, il tipo di alimentazione in atto e i fabbisogni nutrizionali teorici.

- 1.1 Viene valutata la patologia in termini di fase (latente, iniziale, acuta, cronica) e di gravità funzionale.
- 1.2 Vengono inoltre valutate le eventuali associazioni patologiche, la prognosi e la tipologia terapeutica prevista.
- 1.3 Lo stato di nutrizione attuale viene definito da parametri antropometrici, biochimici e clinici; viene inoltre eseguita un'anamnesi delle variazioni ponderali.
- 1.4 L'anamnesi alimentare valuta le ingestie energetico-proteiche, le abitudini alimentari, anche relativamente a fattori socio-ambientali e psicologici, le preferenze, avversioni ed eventuali intolleranze alimentari. Valuta inoltre l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare.
- 1.5 Vengono inoltre calcolati i fabbisogni teorici.

2. Formulazione del programma dietetico.

- 2.1 Considerando le valutazioni di cui ai punti 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, viene formulato l'obiettivo dell'intervento dietetico (di mantenimento, di miglioramento o di normalizzazione degli indici metabolici o delle funzioni; di prevenzione) e i tempi previsti per il suo raggiungimento.
- 2.2 Vengono quindi definiti i fabbisogni nutrizionali del singolo individuo, in relazione all'obiettivo.
- 2.3 Il programma dietetico viene formulato con differenti metodologie (stesura scritta oppure organizzazione di programmi volti alla variazione del comportamento alimentare).
- 2.4 Vengono quindi definiti i parametri (antropometrici, biochimici, clinici) e i tempi e le modalità di monitoraggio per il raggiungimento dell'obiettivo.

3. Monitoraggio.

- 3.1 Valutazione dell'evoluzione dei parametri di controlli previsti dal programma dietetico (punto 2.4).
- 3.2. Valutazione delle eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e dietetiche.
- 3.3 Valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico.
- 3.4 Verifica del raggiungimento dell'obiettivo.

4. *Rivalutazione e riformulazione del programma nutrizionale o fine trattamento.*

4.1 Sulla base delle valutazioni di monitoraggio, viene riformulato, quando necessario, il programma dietetico. La revisione può prevedere il cambiamento, parziale o totale, del piano dietetico o della metodologia di attuazione.

4.2 Quando l'obiettivo dietetico è raggiunto, viene stesa una dieta di mantenimento, oppure il paziente viene avviato a programmi volti al mantenimento del comportamento alimentare acquisito.

3. INDIVIDUAZIONE DELLE MACROFUNZIONI DELL'AREA SPECIALISTICA

Per ogni macrofunzione sono stati definiti in modo analitico i singoli compiti che la definiscono, e, per ogni compito, le strutture, le attrezzature, il personale e i metodi.

Funzione 1: Ambito ospedaliero; riferimento per l'Ente Ospedaliero per le attività di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Compiti:

- Stesura di protocolli di screening dello stato di nutrizione
- Stesura di protocolli standardizzati di terapia nutrizionale
- Partecipazione a commissioni per la stesura di capitolati e per l'aggiudicazione di gare per il servizio di ristorazione e per la scelta di prodotti, attrezzature e presidi per la nutrizione artificiale
- Partecipazione a commissioni di controllo del servizio di ristorazione
- Elaborazione di Dietetico Ospedaliero
- Organizzazione e controllo dell'allestimento di pasti a contenuto nutrizionale definito.

Funzione 2: Ambito ospedaliero; regime di degenza. Consulenza per terapia nutrizionale non continuativa in pazienti con alimentazione orale.

Compiti:

- Gestione delle richieste
- Accettazione delle richieste
- Visita e referto
- Attuazione del programma nutrizionale.

Funzione 3: Ambito ospedaliero; regime di degenza. Consulenza per terapia nutrizionale continuativa in pazienti con alimentazione orale (3a) o con nutrizione artificiale (3b).

Compiti:

Capitolo 4	La validazione del manuale Maria Luisa Amerio, Massimo Polito, Roberto Russo	Pagina 42 di 177
------------	--	------------------

- Gestione delle richieste
- Accettazione delle richieste
- Visita e referto
- Attuazione del programma nutrizionale
- Monitoraggio
- Visita di fine trattamento e referto.

Funzione 4: Ambito ospedaliero; regime di degenza. Gestione di letti di ricovero ordinario o di ricovero Day Hospital attribuiti alla Struttura.

Compiti:

- Gestione richieste
- Ricovero
- Gestione clinica e nutrizionale
- Dimissione

Funzione 5: Ambito ospedaliero; regime ambulatoriale. Attività ambulatoriale.

Compiti:

- Prenotazione e gestione richieste
- Visita e referto
- Attuazione del programma nutrizionale

Funzione 6: Ambito territoriale; regime domiciliare. Nutrizione enterale domiciliare.

Compiti:

- Gestione richieste
- Accettazione richieste
- Visita e referto
- Posizionamento accesso enterale
- Training alla gestione domiciliare
- Attuazione programma nutrizionale
- Monitoraggio clinico-organizzativo

Funzione 7: Ambito territoriale; regime domiciliare. Nutrizione parenterale domiciliare.

Compiti:

- Gestione richieste
- Accettazione richieste
- Valutazione clinico-nutrizionale del paziente in regime di ricovero ordinario
- Posizionamento accesso venoso
- Attuazione del programma nutrizionale
- Training alla gestione domiciliare
- Monitoraggio clinico-organizzativo

Funzione 8: Ambito territoriale; regime domiciliare. Consulenze per l'Ente e consulenze per pazienti in nutrizione orale

Compiti:

- Consulenza alla dirigenza ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)/SAST (Servizio Assistenziale Sanitario Territoriale) per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari
- Elaborazione di Dietetico standardizzato per patologie e per pazienti a rischio di malnutrizione per Residenze Sanitarie Assistenziali e Residenze di comunità di soggetti a rischio di malnutrizione
- Visita domiciliare: referto e attuazione del programma nutrizionale
- Programmi di prevenzione primaria e secondaria della malnutrizione e delle patologie sensibili alla dieta.

ALLEGATO 2: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

1. Requisiti ulteriori organizzativi

1.1 Esistenza di delibera di costituzione della Struttura.	SI	NO
--	----	----

Si intende una delibera dell'Azienda (ospedaliera o territoriale) che costituisce l'U.O. e ne esplica le funzioni; tale delibera è a cura della Direzione Generale dell'Azienda.

1.2 Esistenza di delibera di composizione delle Commissioni in cui sia prevista la presenza di un operatore della Struttura.	SI	NO
--	----	----

Si intendono le commissioni per la stesura dei capitolati e aggiudicazione gare per Servizio Ristorazione e per prodotti, attrezzature e presidi per nutrizione artificiale; tale delibera è a cura della Direzione Generale dell'Azienda.

1.3 Esistenza della mission della Struttura.	SI	NO
--	----	----

La Struttura ha definito la propria mission che è condivisa e a conoscenza di tutto il personale.

1.4 Esistenza di un documento di definizione delle attività e di attribuzione delle responsabilità	SI	NO
--	----	----

La Struttura si è dotata di un documento, a conoscenza della dirigenza aziendale, che ne identifica le attività principali, e ne definisce le rispettive responsabilità organizzative e gestionali.

1.5 Esistenza di un documento che identifica la pianta organica della Struttura.	SI	NO
--	----	----

La Struttura si è dotata di un documento, in accordo con la dirigenza aziendale, che ne identifica la pianta organica.

1.6 Esistenza di protocolli di intesa condivisi con la dirigenza SAST e ADI per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari	SI	NO
---	----	----

Solo per Strutture afferenti ad ASL

2. Requisiti ulteriori strutturali

2.1 Ufficio

2.1.1 Esistenza di un ufficio dedicato alla Struttura.	SI	NO
--	----	----

Per ufficio dedicato si intende un ufficio di esclusiva assegnazione alla Struttura

2.1.2 Esistenza di un ufficio chiaramente identificabile	SI	NO
--	----	----

Per chiaramente identificabile si intende un ufficio la cui collocazione sia prevista dai documenti di segnalazione (Carta dei Servizi oppure cartellonistica generale dell'ospedale)

2.1.3 Esistenza nell'ufficio di spazi autonomi suddivisi per professionisti	SI	NO
---	----	----

Per spazi autonomi si intendono spazi in cui i medici e i dietisti possano contemporaneamente lavorare in piena autonomia

2.2 Servizi igienici

2.2.1 Esistenza di servizio igienico dedicato	SI	NO
---	----	----

Per servizio igienico dedicato si intende un servizio igienico cui possano accedere esclusivamente il personale e i pazienti della Struttura

2.3 Ambulatorio

2.3.1 Esistenza di un ambulatorio chiaramente identificabile	SI	NO
--	----	----

Per chiaramente identificabile si intende un ambulatorio la cui collocazione sia prevista dai documenti di segnalazione (Carta dei Servizi oppure cartellonistica generale dell'ospedale)

2.3.2 Esistenza nell'ambulatorio di spazi autonomi suddivisi per professionisti	SI	NO
---	----	----

Per spazi autonomi si intendono spazi separati in cui almeno due professionisti (un medico e un dietista) possano contemporaneamente lavorare in piena autonomia

2.3.3 Esistenza di sala d'attesa attrezzata	SI	NO
---	----	----

Per sala d'attesa attrezzata si intende uno spazio dedicato all'attesa con posti a sedere sufficienti e dedicati

2.4 Posti letto di Day Hospital

2.4.1 Disponibilità funzionale alla Struttura di posti letto in Day Hospital	SI	NO
--	----	----

Per disponibilità funzionale si intende l'esistenza di un documento che con atto formale riconosca la disponibilità – almeno funzionale o anche come dotazione – di posti letto di Day Hospital alla Struttura

2.5 Personale

2.5.1 Esistenza di un Medico Responsabile della Struttura, specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	SI	NO
--	----	----

2.5.2 Esistenza di almeno due Medici nella Struttura.	SI	NO
---	----	----

Uno dei due Medici può essere il responsabile della Struttura. In accordo con criterio 1.5

2.5.3 Esistenza di almeno due Dietisti nella Struttura.	SI	NO
---	----	----

In accordo con criterio 1.5

2.5.4 Esistenza di personale infermieristico nella Struttura.	SI	NO
---	----	----

Il personale infermieristico può anche essere condiviso con altre Strutture, purchè sia formalmente identificata l'attività svolta e l'assegnazione parziale alla struttura

2.5.5 Esistenza di almeno un coadiutore amministrativo nella Struttura.	SI	NO
---	----	----

Il coadiutore amministrativo può anche essere condiviso con altre Strutture, purchè sia formalmente identificata l'attività svolta e l'assegnazione parziale alla struttura.

3. Requisiti ulteriori tecnologici

3.1 Sistema informatico

3.1.1 Esistenza di un personal computer dedicato alla Struttura con dotazione di programmi minimi di videoscrittura e di archiviazione dati	SI	NO
---	----	----

I programmi minimi di videoscrittura e archiviazione dati sono tipo Office per Windows

3.2 Modulistica

3.2.1 Esistenza di cartella clinica specialistica ospedaliera	SI	NO
3.2.2 Esistenza di cartella clinica specialistica ambulatoriale	SI	NO
3.2.3 Esistenza di modulistica per prescrizione diete	SI	NO
3.2.4 Esistenza di modulistica per singole procedure	SI	NO

Per le procedure v. 3.6

3.2.5 Esistenza di:		
3.2.5.1 materiale informativo per l'utenza per le principali patologie sensibili alla dieta	SI	NO
3.2.5.2 manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare	SI	NO

Si intende un Manuale di istruzioni, rivolto ai pazienti, contenente:

- introduzione alla tecnica
- norme igieniche
- preparazione sacca o flaconi
- somministrazione sacca o flaconi
- somministrazione liquidi o farmaci
- fine somministrazione
- tempi e modalità di somministrazione
- nursing e medicazioni
- gestione complicanze

3.3 Tecnologie per ambulatorio

3.3.1 Esistenza di bilancia a bascula con sistema di pesata sino a 200 Kg e fornita di altmetro	SI	NO
3.3.2 Esistenza di sfigmomanometro con bracciale specifico per soggetti obesi	SI	NO
3.3.3 Esistenza di lettino per sala visita medica	SI	NO
3.3.4 Esistenza di carrello con materiale di medicazione per sala visita medica	SI	NO
3.3.5 Esistenza di presidi e prodotti per la Nutrizione Enterale	SI	NO

Domiciliare		
-------------	--	--

3.4 Tecnologie per posti letto di Day Hospital

3.4.1 Esistenza di postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi	SI	NO
---	----	----

3.4.2 Esistenza di attrezzature per Nutrizione Artificiale		
3.4.2.1 pompe per somministrazione dei nutrienti per via enterale e parenterale	SI	NO
3.4.2.2 presidi per Nutrizione Artificiale (sonde, sacche, deflussori)	SI	NO

3.5 Dietetico

3.5.1 Esistenza di Dietetico scritto	SI	NO
--------------------------------------	----	----

Per Dietetico si intende la raccolta di diete standardizzate a composizione bromatologica nota, comprendente almeno 6 diete e precisamente:

- n. 2 diete a composizione fisiologica
- n. 1 dieta iposodica
- n. 1 dieta ipocalorica
- n. 1 dieta a contenuto proteico controllato
- n. 1 dieta a contenuto di fibre controllato

3.6 Procedure

3.6.1 Esistenza e condivisione tra il personale della Struttura di regole scritte per la definizione delle procedure per la valutazione clinico-nutrizionale	SI	NO
--	----	----

Per "condivisione" si intende che tutto il personale è a conoscenza dell'esistenza e sa dove trovare le regole scritte.

Per "regole" si intende che la procedura deve contenere almeno i seguenti punti:

- identificazione stato nutrizionale
- anamnesi alimentare
- calcolo fabbisogni teorici
- inquadramento clinico

3.6.2 Esistenza e condivisione tra il personale della Struttura di regole scritte per la definizione delle procedure per la formulazione del programma nutrizionale	SI	NO
---	----	----

Per "condivisione" si intende che tutto il personale è a conoscenza dell'esistenza e sa dove trovare le regole scritte.

Per "regole" si intende che la procedura deve contenere almeno i seguenti punti:

- definizione dell'obiettivo
- definizione del piano di trattamento
- definizione dei parametri e dei tempi di controllo del raggiungimento dell'obiettivo

3.6.3 Esistenza e condivisione tra il personale della Struttura di regole scritte per la definizione delle procedure per l'attuazione del programma nutrizionale	SI	NO
--	----	----

Per "condivisione" si intende che tutto il personale è a conoscenza dell'esistenza e sa dove trovare le regole scritte.

Per "regole" si intende che la procedura deve contenere almeno i seguenti punti:

- aderenza al programma nutrizionale
- somministrazione di dieta e/o integratori e/o miscela per nutrizione artificiale da parte di personale dedicato secondo metodologie specifiche

3.6.4 Esistenza e condivisione tra il personale della Struttura di regole scritte per la definizione delle procedure per il monitoraggio	SI	NO
--	----	----

Per "condivisione" si intende che tutto il personale è a conoscenza dell'esistenza e sa dove trovare le regole scritte.

Per "regole" si intende che la procedura deve contenere almeno i seguenti punti:

- variazioni quadro clinico
- evoluzione parametri di valutazione nutrizionale
- valutazione compliance/tolleranza al programma

3.6.5 Esistenza e condivisione tra il personale della Struttura di regole scritte per la definizione delle procedure per la rivalutazione e riformulazione del programma nutrizionale	SI	NO
---	----	----

Per "condivisione" si intende che tutto il personale è a conoscenza dell'esistenza e sa dove trovare le regole scritte.

3.6.6 Esistenza di procedura scritta per lo screening del rischio di malnutrizione	SI	NO
--	----	----

3.6.7 Esistenza di procedura scritta di esecuzione della nutrizione enterale domiciliare	SI	NO
--	----	----

4. La validazione del manuale

Maria Luisa Amerio, Massimo Polito, Roberto Russo

4.1 Introduzione

Il manuale nella prima versione consta di 131 criteri così suddivisi:

Linee di gestione dell'organizzazione	Da 1 a 11
L'organizzazione per il cliente	Da 12 a 28
Risorse umane	Da 29 a 57
Procedure	Da 58 a 66
Documentazione e sistema informativo	Da 67 a 73
Valutazione e miglioramento	Da 74 a 85
Strutture	Da 86 a 98
Attrezzature e dotazioni	Da 99 a 122
Attività specifiche	Da 123 a 131

Al termine di questo capitolo è riportato l'elenco dei criteri del manuale sottoposto a sperimentazione.

Gli obiettivi di questa fase sono stati:

- condividere con il personale dei servizi i criteri proposti
- sperimentare la comprensibilità e l'applicabilità dei criteri
- stimare i pesi relativi all'importanza dei criteri stessi.

Il processo di validazione è consistito nell'applicazione del manuale in 7 strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica (di seguito denominate SDNC) della Regione Piemonte i cui rappresentanti avevano già partecipato al gruppo di lavoro che aveva predisposto il manuale stesso.

La metodologia di validazione ha previsto il coinvolgimento del personale delle SDNC; pertanto si è anche ottenuto il risultato di una condivisione generalizzata del modello, dei criteri e dei livelli di performance.

Il processo di validazione infine ha, di fatto, portato ad un'autovalutazione dei servizi che, pur tenendo conto dei successivi cambiamenti (criteri modificati o eliminati), ha rappresentato una prima fotografia dello stato dei servizi medesimi.

In termini di criteri, i risultati della fase di validazione sono riassunti in Tabella 4.1.

Tabella 4.1. Risultati della fase di validazione del manuale.

AREA	Criteri prima della validazione	Criteri modificati	Criteri eliminati	Criteri nuovi	Criteri dopo la validazione
Linee di gestione dell'organizzazione	11	3 (27.3%)	1 (9.1%)	1	11
L'organizzazione per il cliente	17	1 (5.9%)	7 (41.2%)	-	10
Risorse umane	29	2 (6.9%)	7 (24.1%)	1	23
Procedure	9	4 (44.4%)	1 (11.1%)	-	8
Documentazione e sistema informativo	7	2 (28.6%)	1 (14.3%)	-	6
Valutazione e miglioramento	12	1 (8.3%)	5 (41.7%)	-	7
Strutture	13	-	2 (15.4%)	-	11
Attrezzature e dotazioni	24	5 (20.8%)	5 (20.8%)	2	21
Attività specifiche	9	-	-	5	4
TOTALI	131	18 (13.7%)	29 (22.1%)	9	111

Complessivamente sono stati eliminati 29 criteri (22.1%) perché ritenuti ridondanti oppure non applicabili oppure di pertinenza dell'organizzazione ospedaliera cui il servizio

appartiene e su cui è scarsa la capacità di azione del servizio stesso. Diciotto criteri (13.7%) sono stati modificati rendendoli più comprensibili, generalizzabili e applicabili alle realtà dei servizi. Infine ne sono stati aggiunti 9, di cui 5 relativi al settore delle attività specifiche.

4.2 Metodologia valutativa

Per ogni criterio sono state previste due tipologie di score; è stato inoltre calcolato un punteggio quantitativo.

Score quantitativo

Ogni criterio prevede uno score in funzione del livello di performance specifico che è articolato su una scala di 5 livelli dove:

1 = piena adesione al criterio

da 2 a 4 = gradi discendenti di adesione al criterio

5 = non adesione al criterio.

I livelli non sono necessariamente tutti presenti per ogni criterio: in alcuni casi, anzi, vi sono solo due livelli (1 e 5), configurando una risposta dicotomica al criterio stesso.

Ad ogni livello di score corrisponde un diverso livello di "successo" secondo la tabella 4.2.

Tabella 4.2. Score e livelli di "successo"

Livello di score	Score	Livello di successo (%)
1	Piena adesione al criterio	100
2	Buona adesione al criterio	75
3	Sufficiente adesione al criterio	50
4	Insufficiente adesione al criterio	25

5	Non adesione al criterio	0
---	--------------------------	---

Score qualitativo

Per ogni criterio è stata inoltre prevista una scala qualitativa da applicare nel caso in cui lo score quantitativo sia diverso da 1. In altri termini, laddove non si risponde con la piena adesione al criterio, è stata richiesta un'autovalutazione su tre livelli:

- non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio
- si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili
- ci si sta lavorando

Per ognuno di questi livelli è stata richiesta una stima della probabilità a 6 mesi (v. Appendice C) di:

- attivare un intervento migliorativo, nel caso in cui non si sia mai pensato a quanto richiesto;
- ottenere le risorse necessarie, nel caso in cui esse non siano al momento disponibili;
- terminare l'attività, nel caso in cui ci si stia lavorando.

Punteggio quantitativo

Nella fase sperimentale è stato inoltre richiesto di dare un punteggio quantitativo ad ogni criterio, in una scala ascendente di importanza:

- punteggio basso, importanza inferiore
- punteggio alto, importanza superiore

tendendo ad un totale complessivo di 1000.

I punteggi espressi dalle sette strutture in sperimentazione sono stati sintetizzati come valore medio per singolo criterio.

4.3 Sintesi dei risultati

La metodologia utilizzata per descrivere i risultati è la seguente:

- **frequenze assolute** (in tabella) di posizionamento nei livelli di performance (score quantitativo) delle 7 SDNC, suddivise per area e per singolo criterio: tale sintesi permette di evidenziare i criteri più "a rischio" (cioè quelli per i quali quasi tutte o tutte le SDNC sono in livello 5) o quelli "di successo"; in tal caso, l'analisi è stata complessiva per le tutte le SDNC in sperimentazione;
- **grafici radar** in funzione dell'adesione al criterio: per ogni criterio, indicato dal relativo numero in circolo intorno al radar, è stata stimata la frequenza percentuale di SDNC che non sono il livello 1 (cioè piena adesione al criterio); pertanto, al radar "pieno" corrisponde un'area di criteri in cui tutte le SDNC non sono in livello 1 mentre al radar "vuoto" corrisponde un'area di criteri in cui tutte le SDNC sono in livello 1 (cioè di massima adesione al criterio).

Ad esempio, nel caso del criterio 4, quattro SDNC sono a livello 1; pertanto:

$$\frac{(Totale\ SDNC - SDNC\ in\ livello\ 1)}{Totale\ SDNC} = \frac{7-5}{7} * 100 = 28.6\%$$

Nel caso, invece, del criterio 8:

$$\frac{(Totale\ SDNC - SDNC\ in\ livello\ 1)}{Totale\ SDNC} = \frac{7-0}{7} * 100 = 100.0\%$$

Nel caso, infine, del criterio 24

$$\frac{(Totale\ SDNC - SDNC\ in\ livello\ 1)}{Totale\ SDNC} = \frac{7-7}{7} * 100 = 0\%$$

Anche in tal caso, l'analisi è stata complessiva per le tutte le SDNC in sperimentazione;

- **punteggi** (in tabella) ottenuti dalle SDNC in sperimentazione e disaggregati per singolo criterio e per area; la colonna "punteggio" riporta il valore massimo

ottenibile per quel criterio; le altre colonne riportano il valore effettivamente ottenuto dalle SDNC secondo la seguente formula:

$$\text{punteggio per SDNC} = \text{punteggio} * \text{livello score}$$

dove livello score (da 100% a 0%) è quello riportato in Tabella 4.2;

- **grafici ad area:** per ogni SDNC che ha partecipato alla sperimentazione è stato stimato il punteggio ottenuto (complessivo e per singola area), confrontato con il punteggio massimo ottenibile (complessivo e per singola area); così più l'area è bianca, più vi è aderenza complessiva ai criteri mentre più l'area è grigia, più elevata è la distanza tra quanto osservato nel servizio e quanto atteso secondo il manuale.

4.4 Risultati

Nell'area relativa alle linee di gestione dell'organizzazione, nessun criterio ha raggiunto pienamente il punteggio massimo. Il criterio 4 (relativo all'orientamento degli obiettivi) è in posizione migliore con cinque SDNC in livello 1.

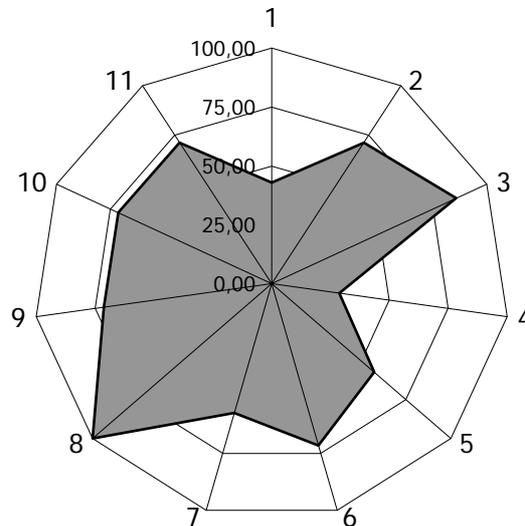
I criteri più critici sono il numero 8 (Il servizio deve identificare i soggetti/clienti cui fornisce prestazioni, e concordare con essi quali sono i loro bisogni e le modalità più adeguate di soddisfazione degli stessi. Devono essere concordati obiettivi di soddisfazione di tali bisogni, il cui grado di raggiungimento deve essere dimostrato) , che peraltro è stato eliminato dopo la sperimentazione; il criterio 9 (Esistono protocolli di intesa condivisi con la dirigenza SAST e ADI per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari) che è stato modificato ma non nel suo significato di condivisione di protocolli; il criterio 11 (Nel caso in cui venga svolta attività di ricerca, vi sono documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo) che è stato limitato all'attività di ricerca multicentrica.

Tabella 4.3. Area: Linee di gestione dell'organizzazione. Risultati score quantitativo.

Criterion		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5	
<i>Linee di gestione dell'organizzazione</i>	1	4		2		1	7
	2	2		4		1	7
	3	1	0		2	4	7
	4	5		2		0	7
	5	3		0		4	7
	6	2		2		3	7
	7	3		1		3	7
	8	0		2		5	7
	9	2		0		5	7
	10	2		5		0	7
	11	2				5	7

La distanza complessiva dell'area tra quanto atteso dal manuale e quanto osservato è piuttosto ampia (figura 4.1); anche escludendo i criteri 8, 9 e 11, rimane la percezione di un'area in cui vi siano spazi di miglioramento per i servizi. Da notare che i criteri relativi agli obiettivi (da 4 a 7) sono a basso livello di piena attuazione, soprattutto per quanto concerne la formulazione dei medesimi con le componenti del servizio (criterio 6).

Figura 4.1 Linee di gestione dell'organizzazione



L'area relativa all'organizzazione per il cliente (Tabella 4.4) evidenzia una forte disomogeneità in funzione dei criteri sottoposti a sperimentazione; tale disomogeneità, spesso da imputarsi a difficoltà di comprensione del criterio, rende ragione del fatto che i criteri 12, 14, 16, 18, 20, 23 e 25 sono stati eliminati dalla versione ultima del manuale.

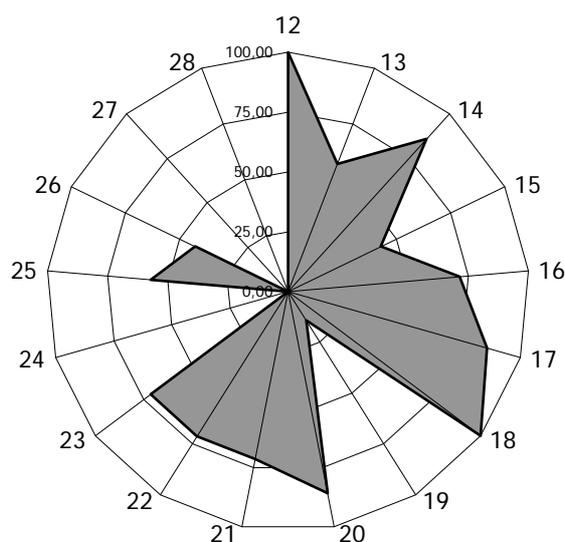
Tra quelli non eliminati, il 24 (Al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo è prevista una relazione scritta conclusiva, che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante), il 27 (Il servizio partecipa a iniziative formalizzate di educazione sanitaria se attivate a livello aziendale) e il 28 (E' possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio e, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio) sono soddisfatti da tutte le SDNC.

Spazi di miglioramento si evidenziano nell'ambito della comunicazione delle figure professionali (criterio 17), delle periodiche indagini sulla soddisfazione del cliente (criterio 21) e sui documenti di esplicitazione dei diritti del cliente (criterio 22).

Tabella 4.4. Area: L'organizzazione per il cliente. Risultati score quantitativo.

Criterio		Score quantitativo					TOTALE
Area	Numero	1	2	3	4	5	
L'organizzazione per il cliente	12	0		2		5	7
	13	3		0		4	7
	14	1		0		6	7
	15	4		0		3	7
	16	2		1		4	7
	17	1		1		5	7
	18	0			0		7
	19	6					1
	20	1					6
	21	2			3		2
	22	2			1		4
	23	2					5
	24	7	0	0			0
	25	3			2		2
	26	4	2			0	1
	27	7					0
	28	7			0		0

Figura 4.2 L'organizzazione per il cliente



L'area relativa alle risorse umane è la più numerosa (29 criteri). La figura 4.3 evidenzia sostanzialmente due sottoinsiemi:

- dal criterio 29 al criterio 40 (escluso il 31) e dal criterio 49 al criterio 53 (escluso il 52), dove l'adesione è di buon livello
- dal criterio 41 al 48 e dal 54 al 56 dove, invece, i livelli sono piuttosto scarsi.

Vi è, quindi, una buona dotazione di personale (criteri dal 36 al 40), anche se non vi è una chiara definizione delle funzioni delle diverse figure (criterio 41) e, in modo non soddisfacente, delle competenze e del training necessario (criterio 42).

Non vi sono valutazioni periodiche del clima interno (criterio 48).

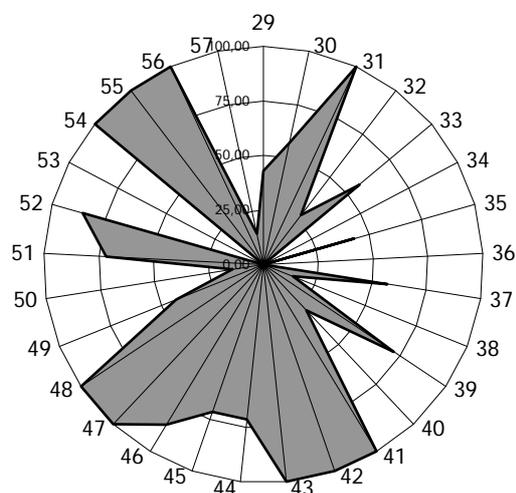
L'aggiornamento e formazione continua del personale è documentabile (criterio 51) e in tutte le SDNC sono garantite iniziative interne di aggiornamento (criterio 53).

Tuttavia non sono diffuse modalità di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi esterne (criterio 54) e nessuna SDNC dichiara di avere in atto iniziative di formazione mirate ai rapporti con i clienti (criterio 56).

Tabella 4.5. Area: Risorse umane. Risultati score quantitativo.

Criterion		Score quantitativo					TOTALE	
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5		
<i>Risorse umane</i>	29	4		2		1	7	
	30	3		2		2	7	
	31	0		6		1	7	
	32	5				2	7	
	33	3				4	7	
	34	7		0		0	7	
	35	4		3		0	7	
	36	7				0	7	
	37	3		4		0	7	
	38	6		1		0	7	
	39	2	3			2	7	
	40	5				2	7	
	41	0				7	7	
	42	0		3		4	7	
	43	0				7	7	
	44	2				5	7	
	45	2				5	7	
	46	1	0			1	5	7
	47	0	1				6	7
	48	0		0			7	7
	49	4		3			0	7
	50	6					1	7
	51	2		5			0	7
	52	1		2			4	7
	53	7					0	7
	54	0		3			4	7
	55	0		4			3	7
	56	0					7	7
	57	6		1			0	7

Figura 4.3 Risorse umane



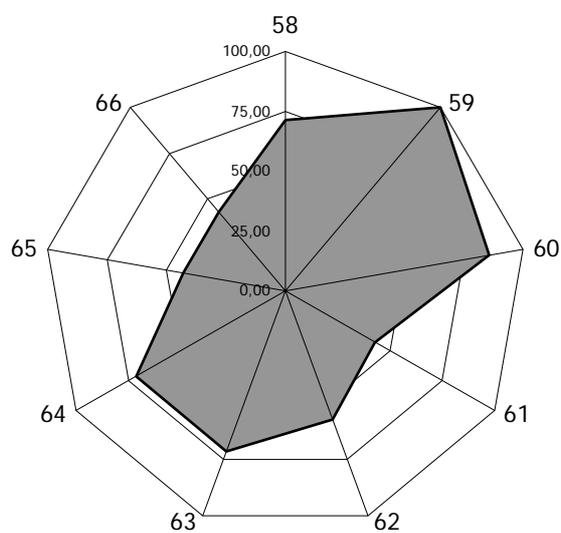
L'area delle procedure evidenzia ampi spazi di miglioramento (figura 4.4). Nessun criterio raggiunge la piena adesione da parte di tutte le SDNC. Nel caso del criterio 59 (Di ogni linea guida o regolamento devono essere chiaramente indicati: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento) nessun servizio risponde a quanto richiesto.

Il criterio 61 è stato eliminato perché coerente con un approccio più di tipo certificativo, anche se quattro SDNC dichiarano la piena adesione.

Tabella 4.6. Area: Procedure. Risultati score quantitativo.

Criteria		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	
<i>Procedure</i>	58	2	0	1	1	3	7
	59	0	1	3	3	3	7
	60	1	0	3	2	1	7
	61	4	3	2	3	3	7
	62	3	0	0	4	4	7
	63	2	0	1	4	4	7
	64	2	0	2	3	3	7
	65	4	0	1	2	2	7
	66	4	0	1	2	2	7

Figura 4.4 Procedure



L'area relativa alla documentazione e sistema informativo appare essere di buon livello in tutte le SDNC.

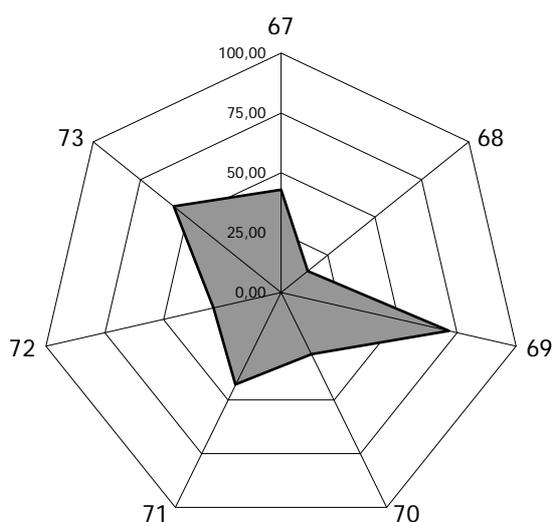
Nel criterio 69 (Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio, approvati dalla Direzione Medica) manca prevalentemente solo l'approvazione da parte della Direzione Medica.

E' stato deciso, in sede di revisione, di eliminare il criterio 73 (Esiste un software specifico per la stesura delle diete) in quanto ritenuto non importante ai fini dell'accreditamento.

Tabella 4.6. Area: Documentazione e sistema informativo. Risultati score quantitativo.

Criterio		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5	
<i>Documentazione e sistema informativo</i>	67	4				3	7
	68	6				1	7
	69	2		4		1	7
	70	5		1		1	7
	71	4		3		0	7
	72	5		2		0	7
	73	3		0		4	7

Figura 4.5 Documentazione e sistema informativo

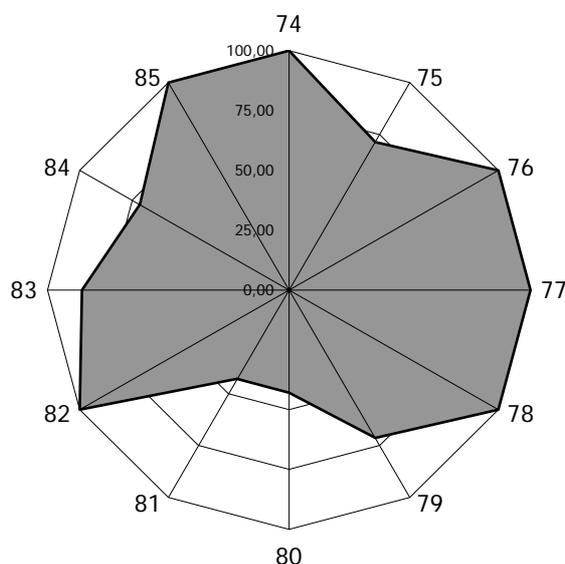


I criteri relativi all'area di valutazione e miglioramento appaiono essere, in assoluto, quelli più critici (figura 4.6): solo nel caso della presenza di indicatori di valutazione (criterio 80) e del loro utilizzo per impostare cambiamenti (criterio 81), quattro SDNC su sette dichiarano la piena adesione. Anche per quest'area si è deciso di revisionare a fondo i criteri (5 eliminati su 12), soprattutto per quelli che si è ritenuto di competenza non specifica del servizio (in particolare, i criteri 82, 83, 84 e 85).

Tabella 4.7. Area: Valutazione e miglioramento. Risultati score quantitativo.

Criterio		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5	
<i>Valutazione e miglioramento</i>	74	0		0		7	7
	75	2				5	7
	76	0				7	7
	77	0		2		5	7
	78	0		2		5	7
	79	2		2		3	7
	80	4				3	7
	81	4				3	7
	82	0		0		7	7
	83	1		1		5	7
	84	2				5	7
	85	0		2		5	7

Figura 4.6 Documentazione e sistema informativo

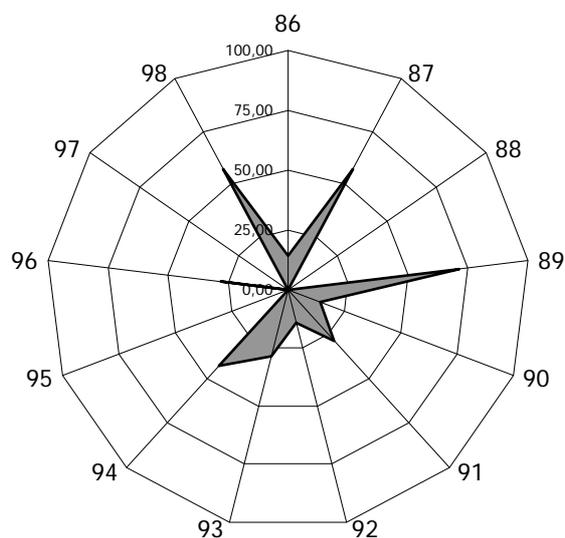


I criteri relativi all'area delle strutture (tabella 4.8) offrono un'immagine di buon livello dei servizi. I criteri 89 (Vi é documentazione che tutti gli impianti (elettrici, anti-incendio, gas ecc.) sono a norma) e 90 (Sono presenti e adeguatamente indicate le vie di fuga in caso incendio o catastrofe) sono stati eliminati perché ritenuti non di pertinenza specifica del servizio.

Tabella 4.8. Area: Strutture. Risultati score quantitativo.

Criterion		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5	
<i>Strutture</i>	86	6				1	7
	87	3		4		0	7
	88	7				0	7
	89	2				5	7
	90	6		1		0	7
	91	5				2	7
	92	6		1		0	7
	93	5		2		0	7
	94	4		3		0	7
	95	7				0	7
	96	5		0		2	7
	97	7		0		0	7
	98	3		2		2	7

Figura 4.7 Strutture

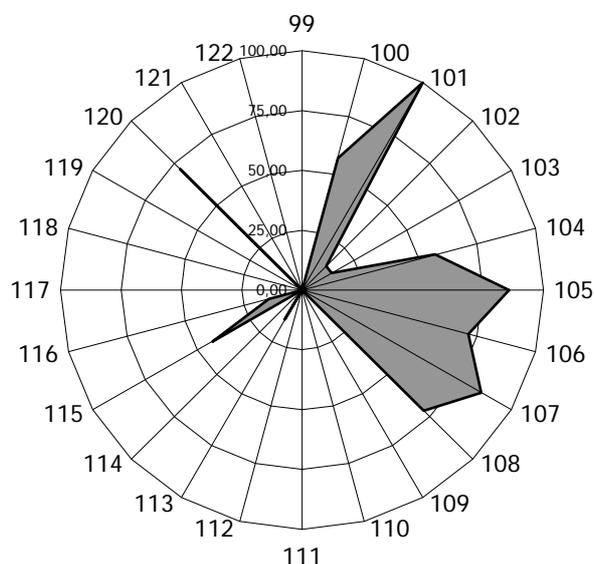


Anche in questa area, i livelli di adesione sono risultati elevati; sono stati eliminati alcuni criteri perché ridondanti o non specifici del servizio. Il criterio 108 è stato ricompreso nel criterio 120.

Tabella 4.9. Area: Attrezzature. Risultati score quantitativo.

Criterio		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	1	2	3	4	5	
<i>Attrezzature</i>	99	7				0	7
	100	3	4			0	7
	101	0		0		7	7
	102	6				1	7
	103	6				1	7
	104	3				4	7
	105	1		1		5	7
	106	2		3		2	7
	107	1	2		2	2	7
	108	2				5	7
	109	7	0		0	0	7
	110	7				0	7
	111	7				0	7
	112	7				0	7
	113	6				1	7
	114	7		0		0	7
	115	4				3	7
	116	6				1	7
	117	7				0	7
	118	7				0	7
	119	7				0	7
	120	2				5	7
	121	7				0	7
	122	7		0		0	7

Figura 4.8 Attrezzature

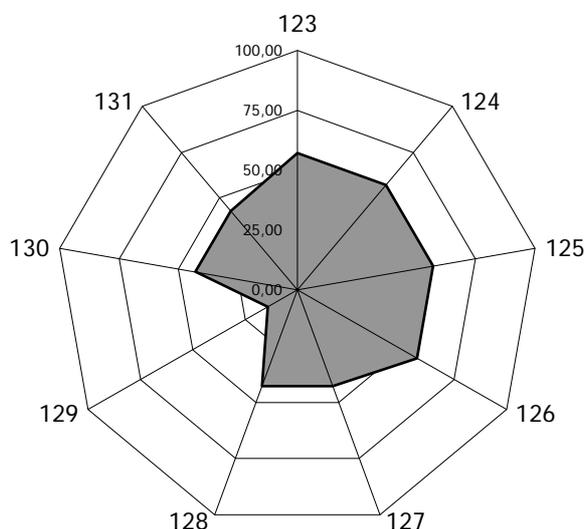


Per quanto riguarda, infine, l'area delle attività specifiche, si è deciso di mantenere i criteri e i livelli di performance sperimentati e di aggiungere ulteriori criteri inerenti alle attività caratterizzanti.

Tabella 4.10. Area: Attività specifiche. Risultati score quantitativo.

Criterion		Score quantitativo					TOTALE
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	
<i>Attività specifiche</i>	123	3	2	2	0	0	7
	124	3	2	2	0	0	7
	125	3	3	1	0	0	7
	126	3	2	2	0	0	7
	127	4	3	0	0	0	7
	128	4	2	1	0	0	7
	129	6	1	0	0	0	7
	130	4	3	0	0	0	7
	131	4	3	0	0	0	7

Figura 4.9 Attività specifiche



Per quanto concerne le successive analisi, relative ai punteggi ottenuti dalle singole SDNC, si ricorda che più l'area è grigia, più è elevato lo scostamento tra ciò che è il punteggio atteso (1000) e il punteggio ottenuto (area bianca). L'analisi per ogni servizio permette di avere un confronto tra di essi e, ad ognuno, di avere informazioni sul proprio posizionamento rispetto agli altri.

Così, la figura 4.10 – punteggio complessivo – mostra una sostanziale omogeneità tra le autovalutazioni: la distanza massima è di 173 punti (tra P_C e P_G).

L'analisi, invece, delle singole aree mostra una certa disomogeneità; infatti, come si evince dall'elenco seguente, il valore massimo e il valore minimo per ogni singola area non è sempre del medesimo servizio ma varia a seconda dell'area considerata; in altri termini, da questa autovalutazione non emerge il servizio 'migliore' e il servizio 'peggiore', ma emergono realtà differenti che necessitano di differenti interventi di miglioramento.

Linee di gestione dell'organizzazione Figura 4.11 Max P_B Min P_E

L'organizzazione per il cliente Figura 4.12 Max P_C Min P_G

Risorse umane	Figura 4.13	Max P_C	Min P_G
Procedure	Figura 4.14	Max P_E	Min P_G
Documentazione e sistema informativo	Figura 4.15	Max P_D	Min P_G
Valutazione e miglioramento	Figura 4.16	Max P_D	Min P_F
Strutture	Figura 4.17	Max P_C	Min P_B
Attrezzature e dotazioni	Figura 4.18	Max P_E	Min P_G

Inoltre, volendo ulteriormente sintetizzare le distanze tra servizio 'migliore' e servizio 'peggiore' per area, si è calcolato un indice – definibile di distanza relativa – secondo la seguente formulazione:

$$[(\text{Punteggio}_{\text{max}} - \text{Punteggio}_{\text{min}}) / \text{Totale punteggio}]_{\text{area}} * 100$$

dove:

- ✓ Punteggio_{max} è il punteggio massimo ottenuto da un servizio nell'area
- ✓ Punteggio_{min} è il punteggio massimo ottenuto da un altro servizio nella medesima area
- ✓ Totale punteggio è il punteggio complessivo raggiungibile nell'area

Area	Totale punteggio	Punteggio _{max}	Punteggio _{min}	Indice di distanza relativa
Linee di gestione dell'organizzazione	80	63	13	62.5
L'organizzazione per il cliente	114	81	41	35.1
Risorse umane	208	143	95	23.1
Procedure	85	76	11	76.5
Documentazione e sistema informativo	50	40	14	52.0
Valutazione e miglioramento	79	34	0	43.0
Strutture	101	93	61	31.7
Attrezzature e dotazioni	175	154	126	16.0

Si può notare che la più forte disomogeneità – cioè disallineamento tra i servizi – è nell'area delle procedure (distanza relativa del 76.5%) mentre la minore – cioè allineamento tra i servizi – è nell'area delle attrezzature e dotazioni (distanza relativa del 16%).

Essendo questo il caso di un'autovalutazione a scopo sperimentale, non si è autorizzati ad estrapolare dai dati presentati giudizi di merito. Tuttavia, almeno a scopo esemplificativo, si può segnalare come questa analisi comparativa può permettere ad ogni SDNC di

- sapere la propria distanza rispetto all'atteso del manuale nel complesso e in ogni singola area
- osservare l'andamento degli altri servizi e il proprio posizionamento
- identificare in quale area la propria distanza rispetto all'atteso è maggiore (e di quanto è maggiore) rispetto alle distanze degli altri servizi, al fine di creare opportune e strategiche sinergie di comunicazione e confronto.

Figura 4.10 Punteggio complessivo

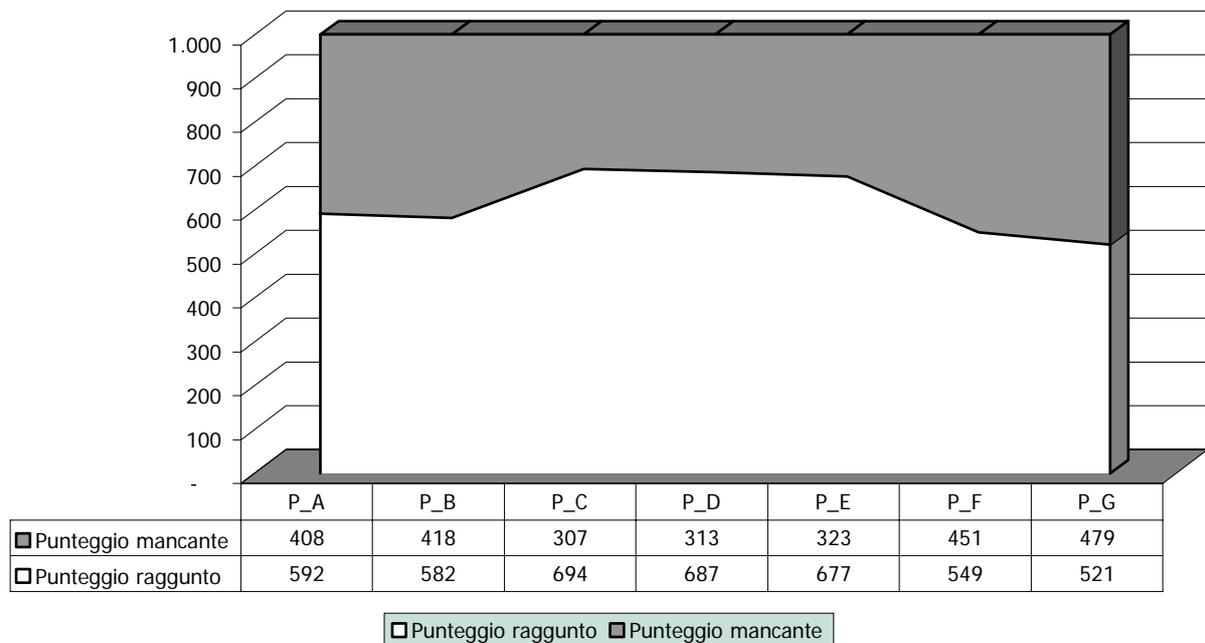


Figura 4.11. Linee di gestione dell'organizzazione

Linee di gestione dell'organizzazione	CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
	1	9	4	9	9	9	0	4	9
2	9	4	9	9	4	0	4	4	
3	10	0	3	0	10	3	0	0	
4	7	7	7	7	7	4	4	7	
5	7	0	7	7	7	0	0	0	
6	7	0	7	3	7	0	3	0	
7	6	0	6	6	6	0	0	3	
8	5	0	0	3	0	3	0	0	
9	4	4	0	0	0	0	0	4	
10	9	4	9	9	4	4	4	4	
11	7	0	7	0	7	0	0	0	
TOTALE	80	24	63	52	62	13	20	32	

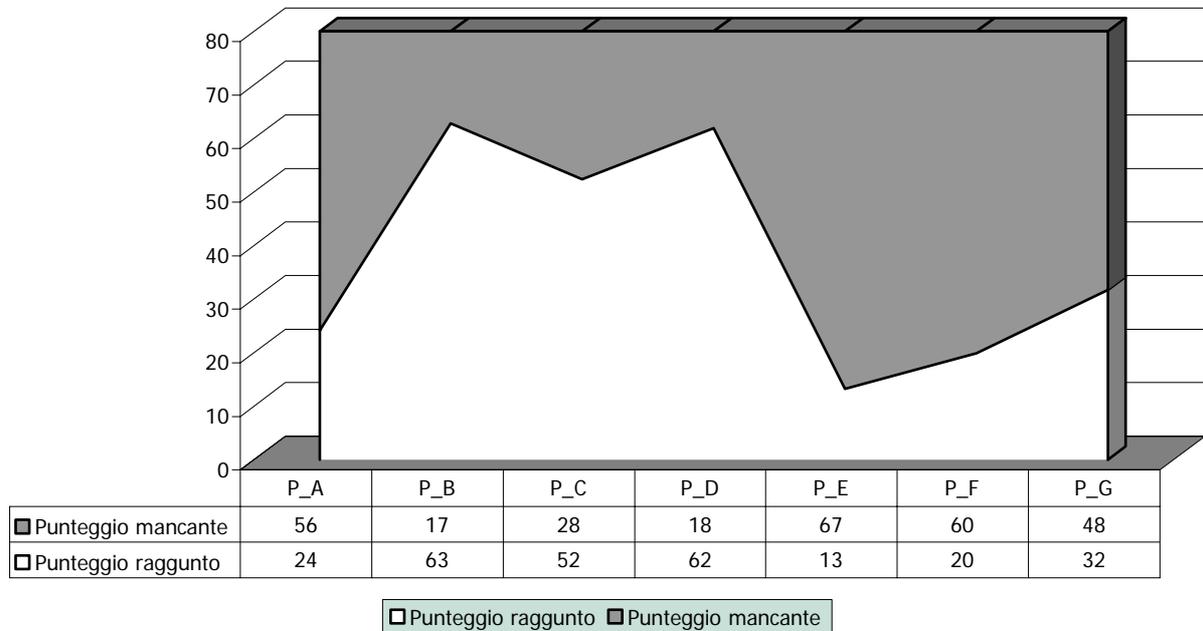


Figura 4.12 Organizzazione per il cliente

CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
12	8	4	0	4	0	0	0	0
13	8	8	0	8	0	0	8	0
14	7	0	0	7	0	0	0	0
15	6	0	0	6	0	6	6	6
16	8	0	8	0	4	8	0	0
17	6	0	0	6	3	0	0	0
18	7	0	0	0	0	0	0	0
19	6	6	6	6	0	6	6	6
20	5	0	0	5	0	0	0	0
21	7	7	7	4	4	4	0	0
22	6	0	6	3	6	0	0	0
23	5	0	5	0	5	0	0	0
24	8	8	8	8	8	8	8	8
25	7	0	7	3	7	3	7	0
26	7	0	7	7	7	5	5	7
27	7	7	7	7	7	7	7	7
28	6	6	6	6	6	6	6	6
TOTALE	114	47	68	81	57	54	54	41

Organizzazione per il cliente

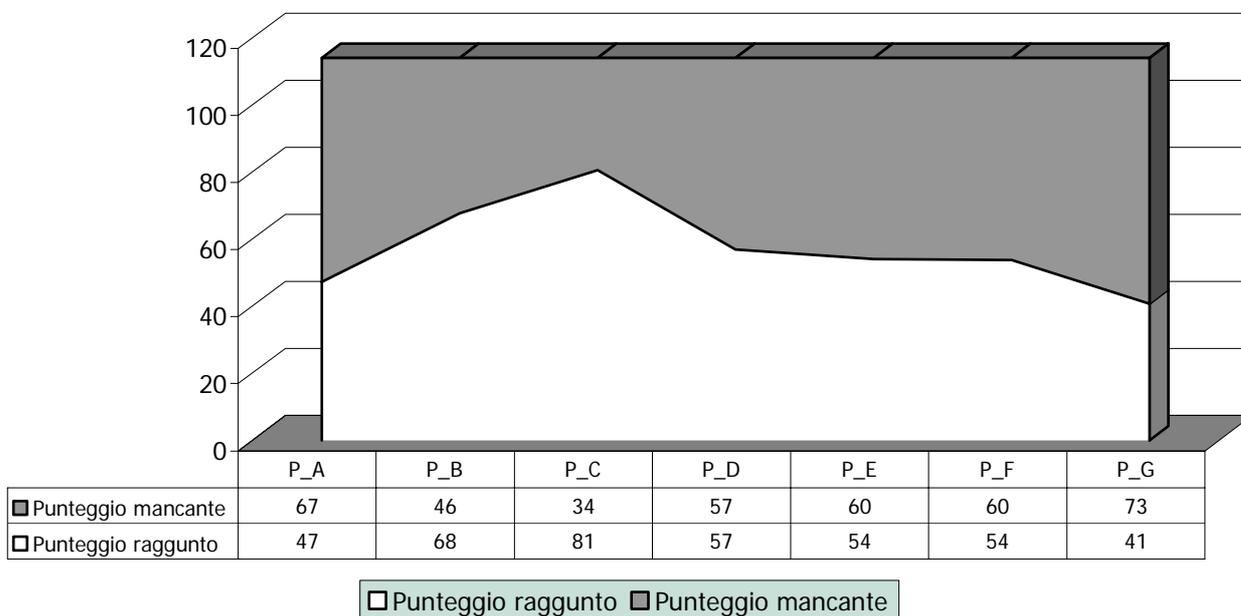


Figura 4.13 Risorse umane

<i>CRITERI_Numero</i>	<i>Punteggio</i>	<i>P_A</i>	<i>P_B</i>	<i>P_C</i>	<i>P_D</i>	<i>P_E</i>	<i>P_F</i>	<i>P_G</i>
29	6	8	8	8	8	4	4	0
30	6	0	7	7	7	3	3	0
31	6	3	3	3	3	3	0	3
32	6	6	0	6	6	6	6	0
33	6	7	7	7	0	0	0	0
34	6	7	7	7	7	7	7	7
35	6	8	4	8	4	4	8	8
36	16	13	13	13	13	13	13	13
37	16	8	8	8	16	8	16	16
38	16	16	16	8	16	16	16	16
39	10	0	8	6	6	0	8	6
40	6	8	0	8	8	8	8	0
41	6	0	0	0	0	0	0	0
42	6	0	3	0	3	3	0	0
43	6	0	0	0	0	0	0	0
44	6	6	0	0	0	6	0	0
45	6	7	0	0	0	7	0	0
46	6	0	7	2	0	0	0	0
47	6	0	0	6	0	0	0	0
48	6	0	0	0	0	0	0	0
49	6	6	3	6	3	6	6	3
50	6	6	6	6	6	6	6	0
51	6	6	3	6	3	3	3	3
52	6	0	0	6	0	3	3	0
53	6	8	8	8	8	8	8	8
54	6	0	0	3	3	3	0	0
55	6	0	0	3	0	3	3	3
56	6	0	0	0	0	0	0	0
57	6	8	8	8	8	8	4	8
TOTALE	208	131	119	143	129	129	123	95

Risorse umane

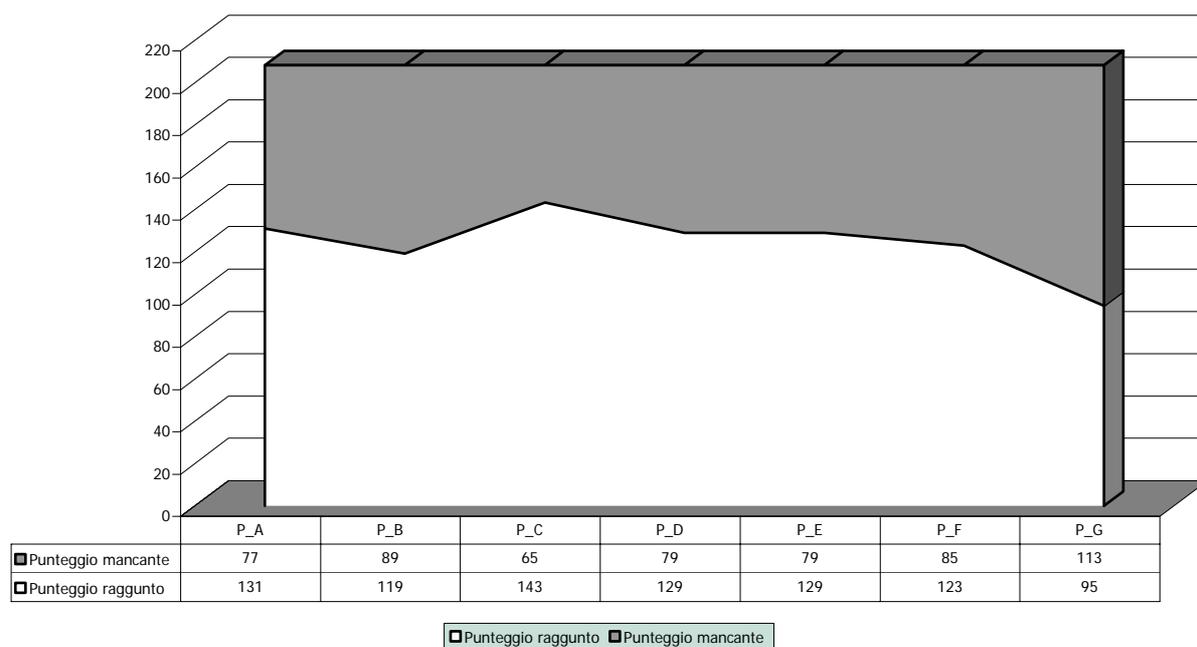


Figura 4.14 Procedure

Procedure	CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
		58	10	2	5	0	10	10	0
	59	9	2	2	0	2	7	0	0
	60	7	4	7	2	4	2	4	0
	61	6	6	6	6	0	6	0	0
	62	10	10	0	0	10	10	0	0
	63	10	3	0	0	10	10	0	0
	64	11	3	11	0	3	11	0	0
	65	11	3	0	11	11	11	11	0
	66	11	3	0	11	0	11	11	11
	TOTALE	85	34	31	29	49	76	25	11

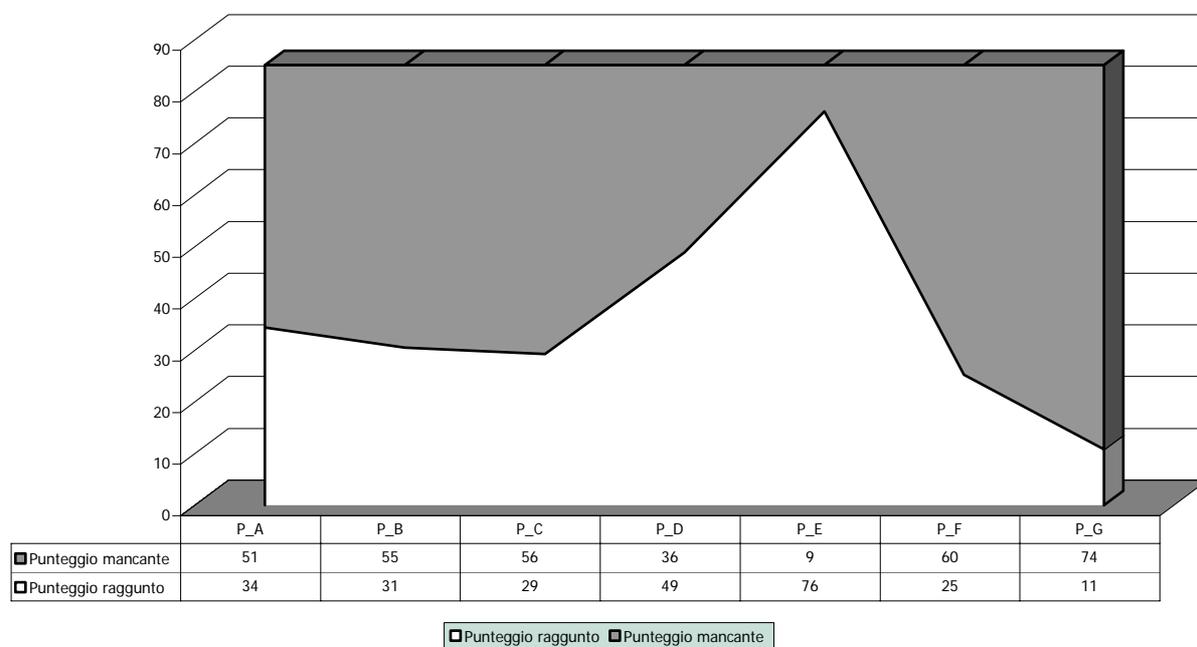


Figura 4.15 Documentazione e sistema informativo

Documentazione e sistema informativo	CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
	67	7	0	7	0	7	7	7	0
68	9	9	9	9	9	9	9	0	
69	7	3	0	3	3	7	7	3	
70	7	7	7	7	7	4	7	0	
71	7	7	7	7	7	4	4	4	
72	7	7	7	7	7	3	3	7	
73	6	6	0	6	0	6	0	0	
TOTALE		50	39	36	39	40	38	36	14

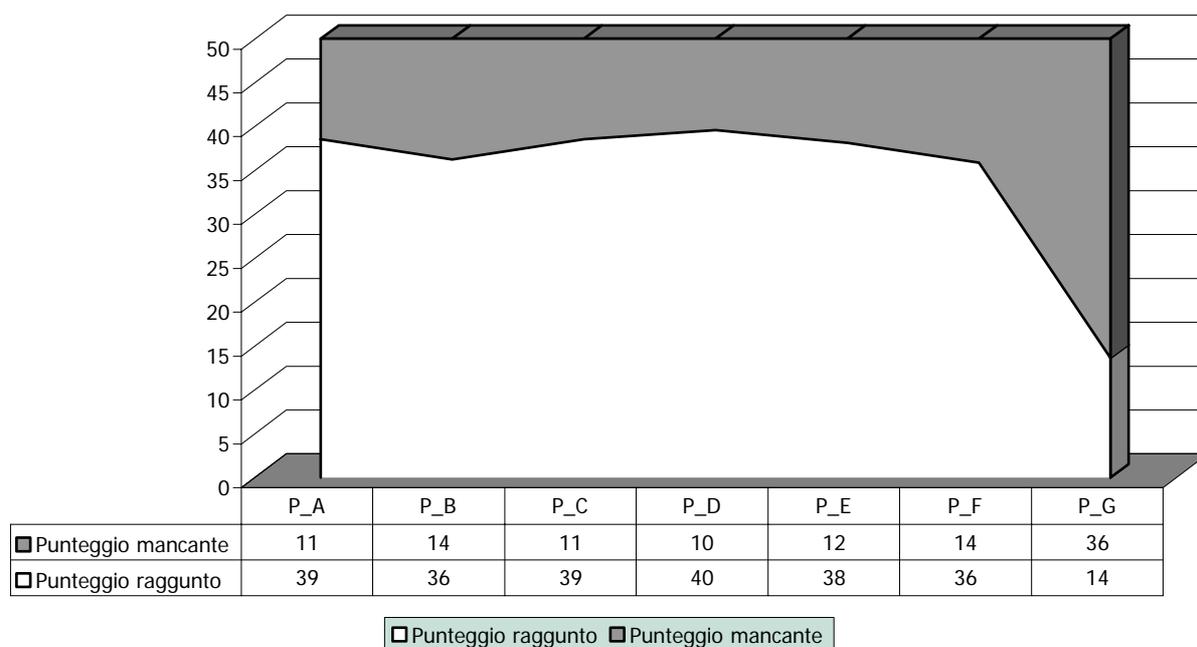


Figura 4.16 Valutazione e miglioramento

CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
		74	6	0	0	0	0	0
75	6	0	6	0	6	0	0	0
76	7	0	0	0	0	0	0	0
77	7	0	0	0	3	0	0	3
78	7	0	4	0	4	0	0	0
79	6	0	6	0	3	6	0	3
80	8	0	0	8	8	8	0	8
81	7	0	0	7	7	7	0	7
82	6	0	0	0	0	0	0	0
83	6	6	0	0	3	0	0	0
84	7	0	0	7	0	7	0	0
85	6	0	0	3	0	3	0	0
TOTALE	79	6	16	25	34	31	0	22

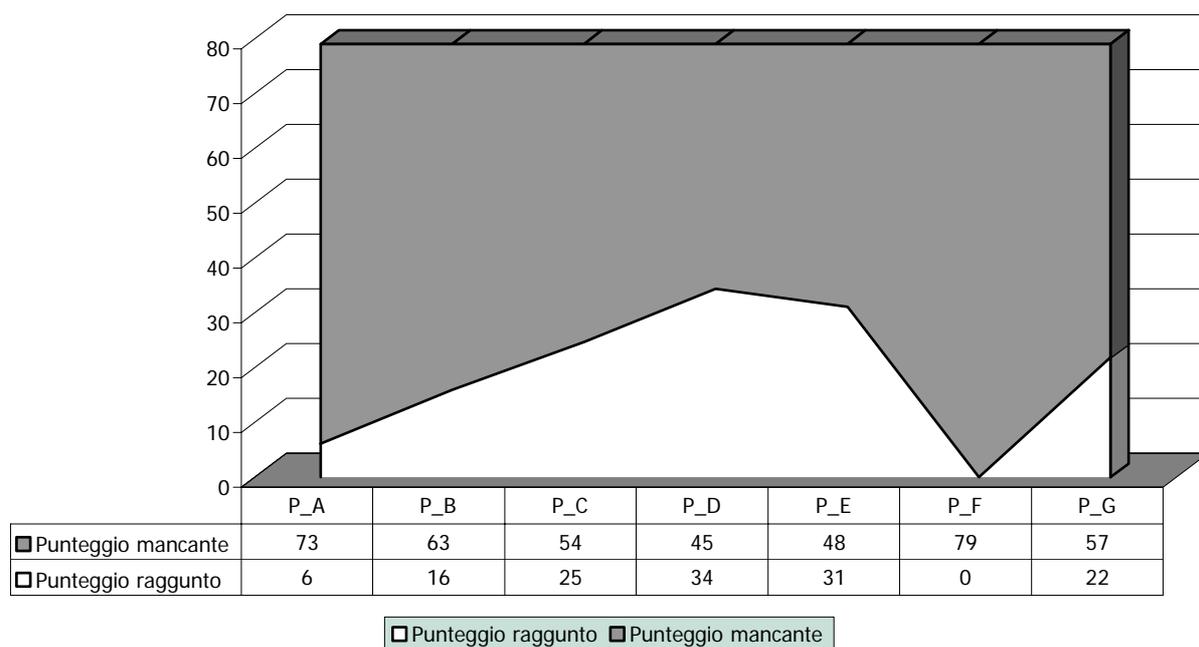


Figura 4.17 Struttura

Strutture	CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
	86	7	7	7	7	7	7	7	7
87	6	6	6	3	6	6	3	3	3
88	6	6	6	6	6	6	6	6	6
89	7	7	7	0	0	0	0	0	7
90	6	6	6	6	6	6	3	6	6
91	7	7	7	0	7	7	7	7	0
92	10	10	10	10	10	5	10	10	10
93	9	9	9	9	9	9	5	5	9
94	6	6	6	3	3	6	3	6	6
95	9	9	9	9	9	9	9	9	9
96	7	7	7	0	7	7	7	0	7
97	7	7	7	7	7	7	7	7	7
98	14	14	0	0	14	14	7	14	7
TOTALE	101	101	88	61	93	91	75	81	78

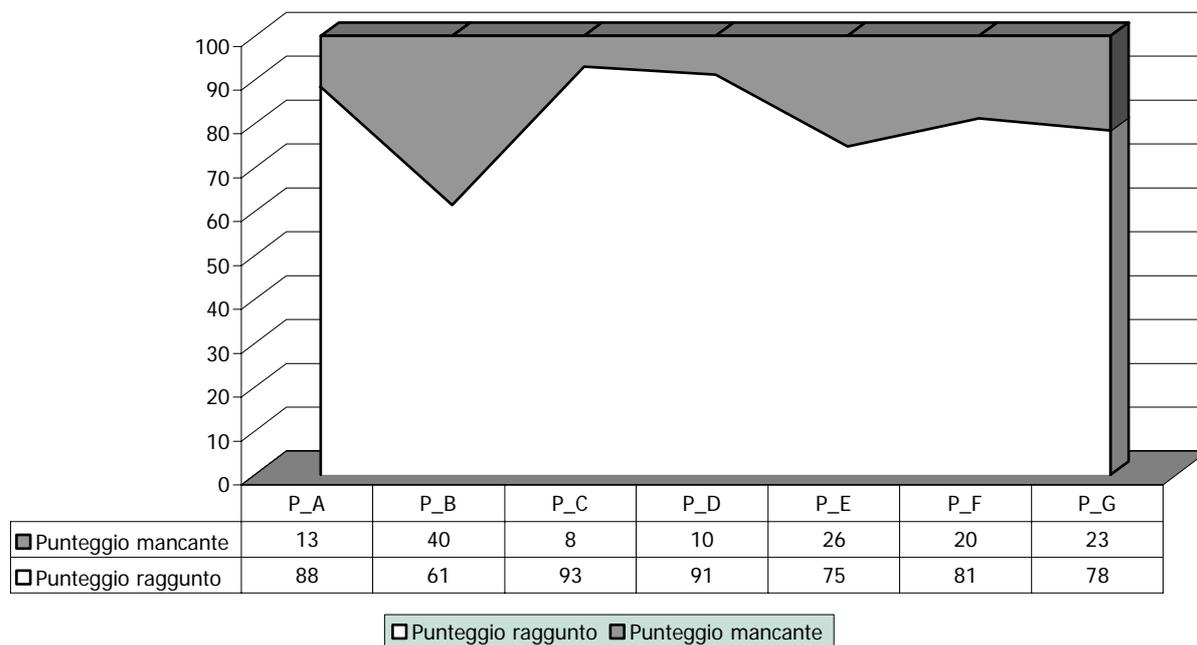


Figura 4.18 Attrezzature e dotazioni

<i>CRITERI_Numero</i>	<i>Punteggio</i>	<i>P_A</i>	<i>P_B</i>	<i>P_C</i>	<i>P_D</i>	<i>P_E</i>	<i>P_F</i>	<i>P_G</i>
99	6	6	6	6	6	6	6	6
100	6	6	6	4	6	4	4	4
101	5	0	0	0	0	0	0	0
102	7	7	7	7	7	7	0	7
103	6	6	6	6	6	0	6	6
104	5	0	0	5	0	5	5	0
105	5	0	0	0	2	5	0	0
106	6	6	0	3	6	0	3	3
107	9	2	2	0	9	7	7	0
108	7	0	0	0	7	7	0	0
109	9	9	9	9	9	9	9	9
110	8	8	8	8	8	8	8	8
111	9	9	9	9	9	9	9	9
112	9	9	9	9	9	9	9	9
113	7	7	7	7	7	7	0	7
114	9	9	9	9	9	9	9	9
115	7	7	0	7	0	7	7	0
116	7	7	7	7	0	7	7	7
117	7	7	7	7	7	7	7	7
118	7	7	7	7	7	7	7	7
119	8	8	8	8	8	8	8	8
120	6	0	0	0	6	6	0	0
121	8	8	8	8	8	8	8	8
122	12	12	12	12	12	12	12	12
TOTALE	175	140	127	139	149	154	132	126

Attrezzature

Attrezzature e dotazioni

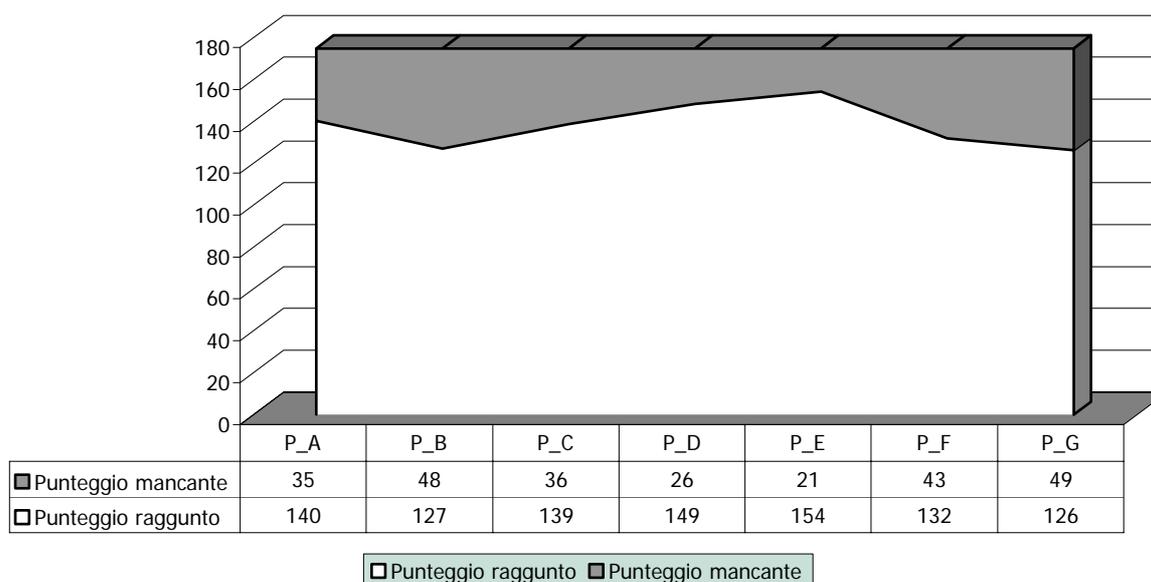
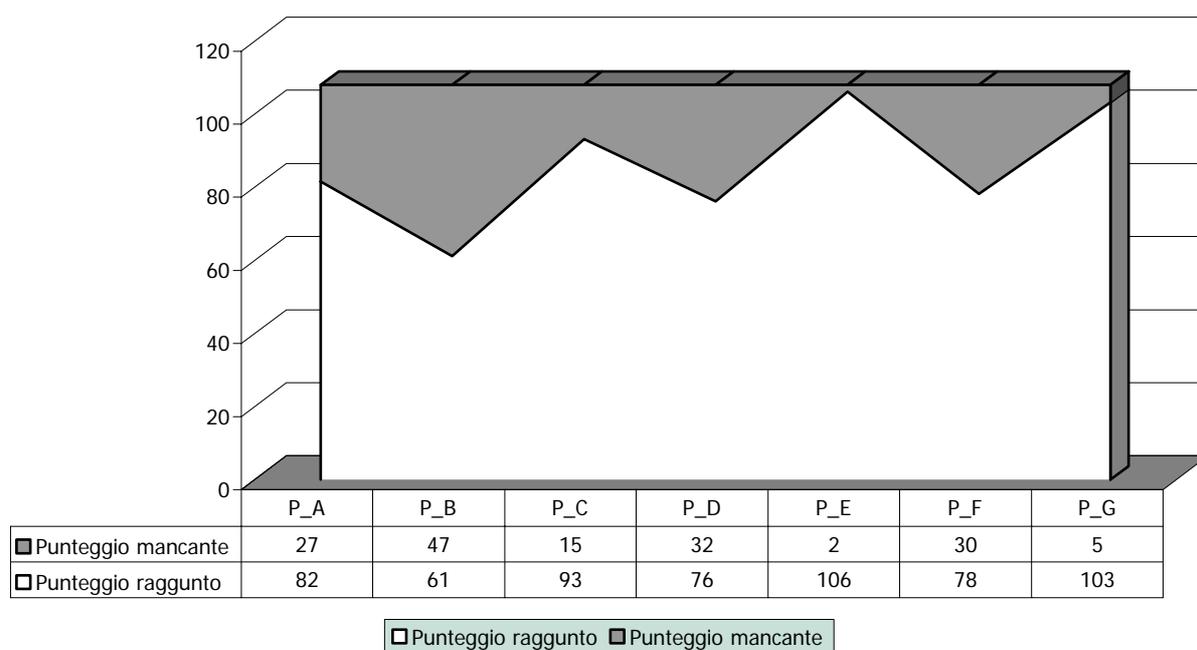


Figura 4.19 Attività specifiche

Attività specifiche	CRITERI_Numero	Punteggio	P_A	P_B	P_C	P_D	P_E	P_F	P_G
	123	12	9	6	12	6	12	9	12
124	12	9	6	12	6	12	9	12	
125	12	9	6	12	9	12	9	12	
126	12	9	6	12	6	12	9	12	
127	12	12	9	12	9	12	9	12	
128	12	12	9	12	6	12	9	12	
129	12	12	12	12	12	12	9	12	
130	12	12	9	12	9	12	9	12	
131	12	0	0	0	15	13	8	10	
TOTALE	108	82	61	93	76	106	78	103	
TOTALE GENERALE	1000	592	582	694	687	677	549	521	



A chiusura di questo capitolo si vuole ricordare che l'obiettivo di un sistema di accreditamento volontario è il miglioramento dei servizi che vi partecipano, senza alcuno scopo sanzionatorio o, comunque, penalizzante.

Pertanto, le tipologie di analisi che sono state presentate in questo capitolo cercano di rispondere a questo obiettivo principale: ciò non fa venir meno, ovviamente, le motivazioni della scelta di mantenere l'anonimato dei servizi che hanno partecipato alla sperimentazione.

Un'ulteriore osservazione che scaturisce da queste analisi è che esse sono tanto più utili quanto più standardizzate – oltre che realistiche –; pertanto, il sistema di valutazione esterna risulta importante non solo per verificare che l'autovalutazione sia stata corretta ma anche per garantire la confrontabilità dei risultati.

Viene, infine, spontanea una domanda: "allora, in base a questi risultati, nessun servizio sarebbe stato accreditato?".

Apparentemente la risposta è positiva, in effetti nessun servizio di quelli che hanno fatto la sperimentazione potrebbe essere accreditato.

E' però importante sottolineare due aspetti:

- 1) il gruppo di lavoro non ha formalizzato il livello minimo per ottenere l'accreditamento. Ricordiamo che tale livello minimo può essere impostato in tre modalità differenti:
 - a. livello minimo di punteggio complessivo: su 1000 punti, si devono raggiungere almeno "x" punti;
 - b. livello minimo di punteggio complessivo con criteri "bloccanti", cioè criteri che si devono comunque possedere indipendentemente dal punteggio raggiunto negli altri non bloccanti;
 - c. livello minimo di criteri "bloccanti" e "non bloccanti" raggiunti, indipendentemente dal punteggio complessivo.
- 2) In genere l'autovalutazione serve a verificare se le iniziative intraprese dal servizio rispondono ai criteri o, ancora, se le iniziative, basate sui criteri stessi, raggiungono i più elevati livelli di performance. In questo caso si è trattato di una sperimentazione sui criteri del manuale e, al massimo, i risultati possono essere

visti come un'analisi descrittiva dell'esistente (cioè come un'analisi su cui dovrebbero poi innestarsi le iniziative di miglioramento utili ad innalzare i livelli di performance).

MANUALE SOTTOPOSTO A SPERIMENTAZIONE

(in corsivo i criteri che sono stati modificati dopo la sperimentazione; in sottolineato i criteri che sono stati eliminati dopo la sperimentazione)

Linee di gestione dell'organizzazione

1. Esiste ed è disponibile la delibera di costituzione del servizio.
2. *Esiste ed è disponibile la delibera di composizione delle Commissioni in cui sia prevista la presenza di un operatore del servizio.*
3. Il servizio adotta uno o più documenti che specificano:
 - la mission;
 - la vision;
 - gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
 - le strategie complessive, e cioè i campi prioritari di azione e le principali attività per raggiungere gli obiettivi generali.
4. Gli obiettivi scelti sono orientati a garantire:
 - la centralità del cliente e del suo diritto alla salute
 - la qualità tecnica delle prestazioni
 - la qualità organizzativa
 - la sicurezza e la soddisfazione degli operatori
 - il buon uso delle risorse
 - la integrazione istituzionale tra i servizi e le unità operative dell'azienda od altri soggetti che concorrono agli stessi obiettivi.
5. Gli obiettivi devono avere le seguenti caratteristiche:
 - avere esplicitate le motivazioni che hanno portato alla loro scelta
 - avere dei precisi responsabili
 - essere misurabili e dotati di un adeguato sistema di monitoraggio
 - avere scadenze chiaramente espresse
 - avere chiara individuazione dei soggetti coinvolti
 - avere chiara identificazione delle risorse assegnate.
6. Gli obiettivi sono formulati con il contributo delle diverse componenti del servizio
7. Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni, o quando si renda necessario.

8. Il servizio deve identificare i soggetti/clienti cui fornisce prestazioni, e concordare con essi quali sono i loro bisogni e le modalità più adeguate di soddisfazione degli stessi. Devono essere concordati obiettivi di soddisfazione di tali bisogni, il cui grado di raggiungimento deve essere dimostrato.

9. *Esistono protocolli di intesa condivisi con la dirigenza SAST e ADI per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari.*

10. L'organizzazione interna è descritta in modo chiaro ed è ufficialmente formalizzata.

11. *Nel caso in cui venga svolta attività di ricerca, vi sono documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo.*

L'organizzazione per il cliente

12. Devono essere definiti:

- i programmi e le azioni per identificare i bisogni e le aspettative dei clienti
- le procedure di accesso e di prenotazione, in particolare i criteri per la definizione delle liste di attesa, differenziati per tipologia di problemi e di attività, approvati dalla Direzione Medica della struttura.
- le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei famigliari nelle decisioni e nei piani di cura

13. I pazienti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e di trattamento

14. L'organizzazione informa i pazienti ed i famigliari su come saranno informati sulle condizioni sanitarie e sui trattamenti, e come potranno partecipare alle decisioni sanitarie.

15. *Il paziente ed i famigliari sono informati in merito al diritto ed alle responsabilità rispetto al rifiuto od alla sospensione delle cure.*

16. Tutti i pazienti presi in carico hanno una valutazione dei loro bisogni realizzata secondo procedure stabilite. Tale valutazione è eseguita entro i tempi stabiliti.

17. Viene esplicitata ai parenti la presenza e la funzione delle figure professionali operanti nel servizio (medico, dietista, infermiere).

18. I bisogni medici, dietistici ed infermieristici dei pazienti sono identificati nella valutazione iniziale. Sono identificati i bisogni di cura più urgenti ed importanti.

19. I locali garantiscono il rispetto della privacy del cliente

20. Sono attivate misure per favorire la tutela degli effetti personali del cliente

21. Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione del cliente

22. Esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente.

23. Sono definite le procedure per la gestione dei reclami o delle segnalazioni dei clienti

24. Al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo è prevista una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante (firma leggibile o timbro)

25. Sono garantite al cliente informazioni su:

- preparazione per esami o procedure
- modalità per contattare i curanti o i referenti

- modalità per ottenere copia della documentazione clinica
- eventuali costi da sostenere.

26. Sono disponibili documenti informativi, contenenti le informazioni essenziali per il cliente.
27. Il servizio partecipa a iniziative formalizzate di educazione sanitaria se attivate a livello aziendale.
28. E' possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio e, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio.

Risorse umane

29. Vi é evidenza che tutto il personale del servizio è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.
30. A scadenze predeterminate il personale viene informato del grado di applicazione dei programmi e di raggiungimento degli obiettivi.
31. La comunicazione con gli altri servizi é adeguata e avviene secondo procedure formalizzate
32. Vi è evidenza del coordinamento delle attività tra i diversi settori della azienda, in particolare i servizi di cura, diagnostici e di supporto.
33. Vengono effettuate analisi dei rischi professionali ed ambientali, e gli operatori sono adeguatamente informati e formati su tali rischi.
34. E' definita in modo dettagliato l'attribuzione del personale al Servizio, con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali
35. L'assegnazione di risorse umane programmata è rispettata.
36. Esiste il medico Responsabile del servizio, specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica
37. *Nel servizio sono presenti almeno tre medici. Uno dei tre medici può essere il Responsabile.*
38. Nel servizio sono presenti almeno quattro dietisti.
39. Nel servizio è presente il personale infermieristico.
40. Nel servizio è presente almeno un coadiutore amministrativo.
41. Sono definite le funzioni che ogni figura é chiamata a svolgere.
42. Sono definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale
43. Il personale é addestrato sul suo ruolo per identificare i valori e le convinzioni dei pazienti e tutelare i loro diritti.
44. Esistono processi per garantire il mantenimento delle competenze richieste.
45. Nel caso di acquisizione di una nuova tecnologia, deve essere documentata l'effettuazione di un periodo adeguato di formazione.
46. *Sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del personale, in particolare per valutare:*

- *possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività*
- *attenzione al cliente*
- *relazioni con i colleghi e l'altro personale*
- *partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità.*

47. Sono utilizzati indicatori di performance professionale, ricavati dalla letteratura e concordati con i professionisti. Tali indicatori sono particolarmente focalizzati sui risultati delle attività in termini di salute, sui processi di cura, sulla attenzione al cliente.

48. Esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno, e, ove si evidenzino problemi, sono prese iniziative di miglioramento.

49. Il servizio effettua riunioni periodiche, di cui dovrebbe esistere documentazione, preferibilmente con riassunto ed elenco dei partecipanti.

50. Sono disponibili appositi strumenti (bacheca di reparto, foglio informativo ecc.) per facilitare la circolazione interna delle informazioni dei servizi.

51. E' documentabile l'attività di aggiornamento e formazione continua del personale; in particolare, ogni anno è predisposto un documento contenente l'analisi dei problemi e dei bisogni formativi, i criteri di scelta delle priorità, un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.

52. Vi sono modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

53. Esistono iniziative interne di aggiornamento (riunioni, meeting ecc.).

54. E' svolta una attività formale di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura

55. Tutto il personale deve essere preparato per la gestione delle emergenze, attraverso programmi educativi e di addestramento.

56. Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il cliente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.

57. Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili.

Procedure

58. Le linee guida e i regolamenti sono preferibilmente sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e sono facilmente disponibili.

59. Di ogni linea guida o regolamento devono essere chiaramente indicati: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento.

60. *Il servizio possiede documenti che specificano:*

- *modalità con cui si garantiscono le attività operative assistenziali e non assistenziali anche in caso di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).*
- *criteri e modalità di accesso del cliente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);*
- *modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento, concordati con la Direzione Medica;*

- *modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori, approvati dalla Direzione Medica;*
- *modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti, approvati dalla Direzione Medica;*
- *gestione dei rifiuti;*
- *modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, schede ambulatoriali, referti specialistici ecc.), approvati dalla Direzione Medica;*
- *situazioni per le quali è necessario il consenso scritto del cliente, procedure per informare ed ottenere il consenso (con indicazione delle figure responsabili), descrizione dei casi in cui vi possono essere soggetti sostitutivi (genitori, parenti, tutore ecc.) e procedure conseguenti, approvati dalla Direzione Medica.*

61. Sono definiti i tempi di conservazione e le modalità di eliminazione delle documentazioni cartacee e informatiche obsolete.

62. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per la visita nutrizionale.

63. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per il monitoraggio nutrizionale.

64. *Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per lo screening del rischio di malnutrizione.*

65. *Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare.*

66. *Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare*

Documentazione e sistema informativo

67. Esiste un responsabile del sistema informativo del servizio.

68. Esiste una forma di registrazione di tutti i clienti visti, sia essa su supporto cartaceo o informatizzato.

69. *Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio, approvati dalla Direzione Medica.*

70. Tutti i tipi di consenso informato, ove necessario, sono documentati nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali.

71. *Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del servizio, in particolare illustrando il raggiungimento degli obiettivi ed il tasso di eventi indesiderati*

72. La relazione deve essere portata a conoscenza del personale del servizio e della direzione dell'azienda

73. Esiste un software specifico per la stesura delle diete.

Valutazione e miglioramento

74. Esiste un documento che delinea le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità del servizio. Tale documento è congruente con i corrispondenti documenti aziendali, ed è periodicamente aggiornato sulla base delle necessità del cliente e dei risultati delle attività di valutazione predisposte dall'unità e dall'azienda.

75. E' nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.

76. Il servizio deve svolgere attività focalizzate sulle procedure e sui risultati delle cure al paziente, e di tale attività deve esistere documentazione attendibile.

77. Per ogni progetto devono essere specificati i criteri di priorità che hanno portato alla sua selezione.
78. Esiste un sistema di monitoraggio continuo dei risultati inerenti alla qualità.
79. I risultati dei programmi di miglioramento sono periodicamente comunicati agli operatori del servizio ed alla direzione dell'azienda.
80. *Il servizio utilizza degli indicatori per la valutazione delle proprie attività e dei loro risultati.*
81. Sono documentabili cambiamenti (organizzativi, tecnici, ecc.) derivati dalle attività valutative effettuate.
82. Vi é registrazione sistematica degli errori ed incidenti e documentazione delle azioni intraprese per risolverli.
83. Esistono procedure formalizzate di verifica periodica delle condizioni di accessibilità, pulizia/igiene, uso appropriato delle strutture.
84. Esistono verifiche che le attività e le procedure assistenziali vengano svolte secondo le modalità previste.
85. Esistono verifiche periodiche della qualità della documentazione clinica

Strutture

86. Devono essere presenti adeguate indicazioni per facilitare l'accesso dei clienti. Devono essere presenti indicazioni che aiutino il cliente ad orientarsi e facilmente indirizzarsi verso le strutture appropriate attraverso i percorsi più semplici e praticabili (eventualmente anche differenziati per portatori di handicap), tabelle con orari di visita e/o accesso.
87. La segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione.
88. E' presente uno spazio dedicato al magazzino di materiali di nutrizione artificiale (presidi e attrezzature)
89. Vi é documentazione che tutti gli impianti (elettrici, anti-incendio, gas ecc.) sono a norma.
90. Sono presenti e adeguatamente indicate le vie di fuga in caso incendio o catastrofe.
91. E' presente uno spazio dedicato alle attività di segreteria
92. Esiste un ufficio dedicato al servizio e chiaramente identificabile
93. Esistono nell'ufficio spazi autonomi suddivisi per professionisti
94. Esiste un servizio igienico dedicato
95. Esiste un ambulatorio chiaramente identificabile
96. Nell'ambulatorio esistono spazi autonomi suddivisi per professionisti
97. Esiste una sala d'attesa attrezzata
98. Esiste la disponibilità funzionale al servizio di posti letto in Day Hospital

Attrezzature e dotazioni

Capitolo 4	La validazione del manuale Maria Luisa Amerio, Massimo Polito, Roberto Russo	Pagina 88 di 177
------------	--	------------------

99. Esiste l'inventario delle attrezzature
100. Vi e' una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza
101. *Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione*
102. Il personale utilizzatore delle apparecchiature e dei dispositivi è coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto, ed in particolare per la definizione delle specifiche tecniche, criteri di scelta, risultati attesi, bisogni formativi correlati.
103. Tutte le attrezzature biomediche sono a norma di legge (in particolare presenza del marchio CE) laddove previsto dalle norme legislative.
104. *Laddove si svolgano indagini/procedure cruento o a rischio, deve essere presente attrezzatura per la rianimazione di base, che deve essere facilmente accessibile da parte di tutto il personale.*
105. Deve esistere un elenco della dotazione prevista di farmaci e presidi, la cui effettiva presenza andrà periodicamente controllata.
106. Le date di scadenza dei farmaci e delle confezioni sono periodicamente verificate.
107. Sono presenti le seguenti attrezzature:
- Plicometro con caratteristiche tecniche adeguate
 - Bioimpedenziometro
 - Calorimetro
 - Sedie a bilancia
108. Esiste, nell'unità di degenza ordinaria, almeno una postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi.
109. Esiste almeno un personal computer dedicato al servizio, con dotazione di programmi minimi aggiornati di videoscrittura e di archiviazione dati
110. Esiste la cartella clinica specialistica ospedaliera
111. Esiste la cartella clinica specialistica ambulatoriale
112. *Esiste modulistica per prescrizione diete*
113. *Esiste materiale informativo per l'utenza per le principali patologie sensibili alla dieta*
114. Esiste un manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare
115. *Esiste una bilancia a bascula con sistema di pesata sino a 200 kg e fornita di altimetro*
116. Esiste sfigmomanometro con bracciale specifico per soggetti obesi
117. Esiste lettino per sala visita medica
118. Esiste carrello con materiale di medicazione per sala visita medica
119. Esistono presidi e prodotti per la Nutrizione Enterale a domicilio

120. Esiste almeno una postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi

121. Esiste attrezzatura per Nutrizione Artificiale

- pompe per somministrazione dei nutrienti per via enterale e parenterale
- presidi per Nutrizione Artificiale (sonde, sacche, deflussori)

122. Esiste un Dietetico scritto

Attività specifiche

123. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON ALIMENTAZIONE ORALE.
Attività: VISITA.

Elementi di valutazione:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micronutrienti, tipo di alimenti e loro consistenza, organizzazione dei pasti)
- stesura e gestione organizzativa della dieta, e relativa spiegazione al paziente
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

124. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON ALIMENTAZIONE ORALE.
Attività: MONITORAGGIO.

Elementi di valutazione:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

125. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON NUTRIZIONE ARTIFICIALE (NA). Attività: VISITA.

Elementi di valutazione:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- valutazione dell'indicazione alla NA e tipologia di accesso
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- stesura del programma e gestione organizzativa della nutrizione artificiale
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

126. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON NUTRIZIONE ARTIFICIALE (NA). Attività: MONITORAGGIO.

Elementi di valutazione:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

127. Funzione: ATTIVITA' AMBULATORIALE. Attività: VISITA.

Elementi di valutazione:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- stesura della dieta e relativa spiegazione al paziente
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

128. Funzione: ATTIVITA' AMBULATORIALE. Attività: MONITORAGGIO.

Elementi di valutazione:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

129. Funzione: NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE. Attività: VISITA.

Elementi di valutazione:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione obiettivo dell'intervento nutrizionale
- valutazione dell'indicazione alla NA e tipologia di accesso
- valutazione socio-organizzativa per l'attivazione della NED
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- attivazione del programma di nutrizione enterale domiciliare, secondo normative regionali
- training alla gestione domiciliare e fornitura di apposito manuale scritto
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

130. Funzione: NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE. Attività: MONITORAGGIO.

Elementi di valutazione:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali e della prognosi
- rivalutazione obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- verifica dell'apprendimento della gestione domiciliare
- valutazione e gestione delle complicanze
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

131. Funzione: GESTIONE DEL DAY HOSPITAL SPECIALISTICO.

Elementi di valutazione:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, delle terapie, della prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo del ricovero
- attivazione di esami diagnostici (Day Hospital diagnostico)
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma nutrizionale (Day Hospital terapeutico) sia per l'alimentazione orale che artificiale, con definizione di energia, macro- e micronutrienti, tipo di alimenti e loro consistenza, organizzazione dei pasti, formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione
- stesura del piano dietetico/nutrizionale e gestione organizzativa dell'alimentazione orale e/o artificiale
- gestione clinica del ricovero
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

5. Il manuale

(in ordine alfabetico sono citati tutti coloro che hanno partecipato alla fase di definizione dei criteri e alla fase di sperimentazione)

Maria Luisa Amerio, Lucia Bianco, Daniela Boggio Bertinet, Laura Borsetti, Mauro Brugnani, Lucia Cardinali, Federico D'Andrea, Daniela Domeniconi, Giuseppe Fatati, Lucio Lucchin, Paola Massarenti, Albano Nicolai, Augusta Palmo, Andrea Pezzana, Massimo Polito, Lidia Rovera, Roberto Russo, Marisa Sillano

Linee di gestione dell'organizzazione^{xiv}

Definizione: Il servizio deve definire la propria «mission», gli obiettivi e le modalità organizzative. Dalla mission derivano gli obiettivi generali e specifici, che devono riflettere il ruolo del servizio. Essi costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutti gli aspetti del servizio.

1. Esiste ed è disponibile la delibera di costituzione del servizio.

Si intende una delibera dell'Azienda (ospedaliera o territoriale) che costituisce il servizio oppure che ristruttura il servizio e che ne esplica comunque le funzioni; tale delibera è a cura della Direzione Generale dell'Azienda; per disponibile si intende che la delibera esiste fisicamente nel servizio.

Livello di performance	Score
Esiste ed è disponibile la delibera di costituzione del servizio.	1
Esiste ma non è disponibile la delibera di costituzione del servizio.	3
Non si è in grado di ottenere la delibera di costituzione del servizio	5

2. Esiste ed è disponibile la documentazione della presenza di un operatore del servizio nelle specifiche Commissioni.

Si intendono le commissioni per la stesura dei capitolati e per l'aggiudicazione gare: per Servizio Ristorazione e per prodotti, attrezzature e presidi per nutrizione artificiale.

Livello di performance	Score
Esiste ed è disponibile la delibera di nomina di un operatore del servizio in tutte le Commissioni in cui sia prevista la presenza.	1
Esiste ed è disponibile la delibera di nomina di un operatore del servizio in alcune Commissioni in cui sia prevista la presenza.	3
Non esiste alcuna delibera di nomina di un operatore del servizio nelle Commissioni in cui sia prevista la presenza.	5

3. Il servizio adotta uno o più documenti che specificano:

- la mission;
- la vision;
- gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- le strategie complessive, e cioè i campi prioritari di azione e le principali attività per raggiungere gli obiettivi generali.

Livello di performance	Score
Esiste un documento (o più documenti) in cui il servizio ha esplicitato la mission, la vision, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine e le strategie complessive per raggiungere gli obiettivi generali.	1
Esiste un documento (o più documenti) in cui il servizio ha esplicitato la mission, la vision, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine ma non le strategie complessive per raggiungere gli obiettivi generali.	2
Esiste un documento (o più documenti) in cui il servizio ha esplicitato la mission, la vision; sono inoltre esplicitati alcuni obiettivi.	4

^{xiv} Nel testo viene utilizzato il termine SERVIZIO per definire la Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Non esiste alcun documento.	5
-----------------------------	---

4. Gli obiettivi scelti sono orientati a garantire:

- la centralità del cliente e del suo diritto alla salute
- la qualità tecnica delle prestazioni
- la qualità organizzativa
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori
- il buon uso delle risorse
- la integrazione istituzionale tra i servizi e le unità operative dell'azienda od altri soggetti che concorrono agli stessi obiettivi.

Interpretazione: per altri servizi si intendono i SERVIZI INTRAOSPEDALIERI (reparti, cucina, servizio economato, consulenze, gestione nutrizionale in reparto) e INTRAREGIONALI (Nutrizione Artificiale Domiciliare – NAD – , Assistenza Domiciliare Integrata – ADI – , Ospedalizzazione a Domicilio – OD –).

Livello di performance	Score
Tutti gli obiettivi scelti sono orientati a garantire almeno uno dei criteri succitati	1
Alcuni degli obiettivi scelti sono orientati a garantire almeno uno dei criteri succitati	3
Nessuno degli obiettivi scelti è orientato a garantire almeno uno dei criteri succitati	5

5. Gli obiettivi devono avere le seguenti caratteristiche:

- avere esplicitate le motivazioni che hanno portato alla loro scelta
- avere dei precisi responsabili
- essere misurabili e dotati di un adeguato sistema di monitoraggio
- avere scadenze chiaramente espresse
- avere chiara individuazione dei soggetti coinvolti
- avere chiara identificazione delle risorse assegnate.

Livello di performance	Score
Tutti gli obiettivi hanno tutte le caratteristiche sopraccitate.	1
Almeno il 50% degli obiettivi ha tutte le caratteristiche sopraccitate.	3
Meno del 50% degli obiettivi ha tutte le caratteristiche sopraccitate.	5

6. Gli obiettivi sono formulati con il contributo delle diverse componenti del servizio

Interpretazione: possono essere presenti verbali di riunioni, autori delle diverse professioni nei documenti ecc.

Livello di performance	Score
Esiste documentazione (ad esempio, verbale di riunione) che evidenzia la partecipazione di tutte le figure professionali del servizio.	1
Esiste documentazione (ad esempio, verbale di riunione) che evidenzia la partecipazione solo di alcune figure professionali del servizio.	3
Non esiste documentazione sul coinvolgimento.	5

7. Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni, o quando si renda necessario.

Interpretazione: si rende necessario riesaminare gli obiettivi nel caso si verifichi un cambiamento nel ruolo della struttura, una estensione o riduzione dei servizi esistenti, un cambiamento delle conoscenze professionali, un cambiamento nell'organizzazione delle prestazioni, un cambiamento nell'organizzazione del personale

Livello di performance	Score
Esiste documentazione che gli obiettivi sono riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni, o quando si renda necessario.	1
Esiste documentazione che gli obiettivi sono riesaminati senza una scadenza prefissata e senza periodicità.	3
Non esiste documentazione in merito al riesame degli obiettivi.	5

8. Esistono protocolli di intesa condivisi con i servizi di assistenza territoriale (in particolare l'assistenza domiciliare) per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari.

Interpretazione: solo per servizi afferenti ad ASL.

Livello di performance	Score
Esistono protocolli di intesa condivisi per l'organizzazione del supporto nutrizionale dei pazienti domiciliari	1
Esiste una collaborazione con i servizi di assistenza territoriale senza protocolli condivisi.	3
Non protocolli di intesa condivisi né alcuna forma di collaborazione con i servizi di assistenza territoriale.	5

9. L'organizzazione interna è descritta in modo chiaro ed è ufficialmente formalizzata.

Interpretazione: individuazione delle articolazioni interne alle unità operative od altre modalità organizzative interne, e rispettivi responsabili

Livello di performance	Score
L'organizzazione interna è descritta in modo chiaro ed è ufficialmente formalizzata.	1
L'organizzazione interna è descritta in modo chiaro ma non è ufficialmente formalizzata oppure è formalizzata una organizzazione non descritta in modo chiaro.	3
Non esiste descrizione dell'organizzazione interna.	5

10. Nel caso in cui venga svolta attività di ricerca multicentrica, vi sono documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo.

Interpretazione: per attività di ricerca si intende quella formalizzata, svolta dal servizio nel proprio specifico ambito di interesse. Per multicentrica si intende un'attività che coinvolge almeno due servizi.

Livello di performance	Score
Sono disponibili documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo dell'attività di ricerca svolta.	1
Non sono disponibili o sono disponibili solo parzialmente documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo dell'attività di ricerca svolta.	5

17. Sono utilizzati indicatori di performance del servizio (anche ricavati dalla letteratura), concordati con i professionisti. Tali indicatori sono particolarmente focalizzati sui risultati delle attività in termini di salute, sui processi di cura, sulla attenzione al cliente.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che sono utilizzati indicatori di performance professionale, ricavati dalla letteratura e concordati con i professionisti.	1
Esiste evidenza che sono utilizzati indicatori di performance professionale, ricavati dalla letteratura ma non concordati con i professionisti.	2
Non sono utilizzati indicatori di performance professionale	5

L'organizzazione per il cliente

Definizione: L'organizzazione del servizio deve essere focalizzata sulla persona, la cui tutela e promozione della salute (come singolo e come comunità) è la sua ragion d'essere.

12. I pazienti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e di trattamento

Livello di performance	Score
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che i pazienti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e di trattamento e si ha evidenza che venga applicata.	1
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che i pazienti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e di trattamento ma non si ha evidenza che venga applicata.	3
Non esiste procedura/protocollo.	5

13. Il paziente ed i familiari sono informati sulle condizioni sanitarie, sui trattamenti e sul diritto rispetto al rifiuto od alla sospensione delle cure.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che i pazienti ed i famigliari sono informati in merito al diritto rispetto al rifiuto od alla sospensione delle cure.	1
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che i pazienti ed i famigliari sono informati in merito al diritto rispetto al rifiuto od alla sospensione delle cure ma non si ha evidenza che venga applicata.	3
Non esiste procedura/protocollo.	5

14. Viene esplicitata ai parenti la presenza e la funzione delle figure professionali operanti nel servizio (medico, dietista, infermiere).

Livello di performance	Score
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che viene esplicitata ai parenti la presenza e la funzione delle figure professionali operanti nel servizio (medico, dietista, infermiere).	1
Esiste una procedura/protocollo del servizio che garantisce che viene esplicitata ai parenti la presenza e la funzione delle figure professionali operanti nel servizio (medico, dietista, infermiere) ma non si ha evidenza che venga applicata.	3
Non esiste procedura/protocollo.	5

15. I locali garantiscono il rispetto della privacy del cliente

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che i locali garantiscano il rispetto della privacy del cliente.	1
Non esiste evidenza che i locali garantiscano il rispetto della privacy del cliente.	5

16. Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione del cliente

Livello di performance	Score
Vengono effettuate periodiche indagini sulla soddisfazione del cliente	1
Vengono effettuate indagini sulla soddisfazione del cliente anche se non periodicamente	3
Non vengono effettuate indagini sulla soddisfazione del cliente	5

17. Esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente.

Interpretazione: per esistenza si intende la disponibilità presso il servizio.

Livello di performance	Score
Esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente ed esiste evidenza che sono conosciuti dal personale e sono consegnati ai clienti su specifica richiesta.	1
Esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente ma non esiste evidenza che siano conosciuti dal personale e/o che siano consegnati ai clienti.	3
Non esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente	5

18. Al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo è prevista una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante (firma leggibile o timbro)

Livello di performance	Score
E' prevista e compilata, al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo, una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante (firma leggibile o timbro)	1
E' prevista, al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo, una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante (firma leggibile o timbro), ma non sempre è compilata.	2
E' prevista e compilata, al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo, una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che però non ha tutte le caratteristiche previste.	3
Non è prevista una relazione scritta conclusiva	5

19. Sono disponibili documenti informativi, contenenti le informazioni essenziali per il cliente.

Interpretazione: tali documenti dovranno caratterizzarsi in funzione della complessità della struttura e delle prestazioni erogate, potendo quindi assumere le dimensioni di semplice brochure, o di foglio informativo o di manifesto affisso.

I contenuti potrebbero essere così articolati:

- indirizzo e il recapito telefonico del servizio
- illustrazione almeno delle principali prestazioni/attività erogate
- orari di apertura
- modalità di accesso
- modalità per ottenere informazioni sul servizio
- modalità per presentare reclami o segnalazioni.

Livello di performance	Score
E' disponibile un documento informativo contenenti tutte le informazioni essenziali previste per il cliente	1
E' disponibile un documento informativo contenenti almeno quattro informazioni essenziali previste per il cliente	2
E' disponibile un documento informativo contenenti meno di quattro informazioni essenziali previste per il cliente	4
Non è disponibile alcun documento	5

20. Il servizio partecipa a iniziative formalizzate di educazione sanitaria se attivate a livello aziendale.

Livello di performance	Score
E' documentata la partecipazione del servizio a iniziative formalizzate di educazione sanitaria se attivate a livello aziendale oppure non sono attivate iniziative specifiche.	1
Non è documentata alcuna partecipazione del servizio a iniziative formalizzate di educazione sanitaria se attivate a livello aziendale	5

21. E' possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio e, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio.

Livello di performance	Score
E' possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio e, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio	1
E' possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio o, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio	3
Non è possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio né la spedizione a domicilio	5

Risorse umane

Definizione: L'organizzazione deve promuovere e ottenere nel personale: motivazione, collaborazione, cooperazione. Deve essere garantita la formazione di base e continua di tutto il personale, che deve partecipare attivamente alla gestione delle risposte ai bisogni del cliente.

22. Vi é evidenza che tutto il personale del servizio è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che tutto il personale del servizio è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.	1
Soltanto una parte del personale del servizio è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.	3
Il personale non è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.	5

23. A scadenze predeterminate il personale viene informato del grado di applicazione dei programmi e di raggiungimento degli obiettivi.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che a scadenze predeterminate tutto il personale viene informato del grado di applicazione dei programmi e di raggiungimento degli obiettivi	1
Esiste evidenza che tutto il personale viene informato del grado di applicazione dei programmi e di raggiungimento degli obiettivi ma non a scadenze predeterminate oppure che le scadenze sono predeterminate ma soltanto una parte del personale del servizio è informato.	3
Non esiste alcuna informazione oppure è sporadica.	5

Interpretazione: i successivi tre requisiti si riferiscono alla parte di competenza del servizio; ad esempio, esistenza di procedure formalizzate che il servizio adotta per la comunicazione (24); il coordinamento che il servizio svolge con altri settori (25); le analisi dei rischi richieste al servizio competente e l'informazione dei rischi a cura del responsabile del servizio (26).

24. La comunicazione con gli altri servizi é adeguata e avviene secondo procedure formalizzate

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che la comunicazione con gli altri servizi é adeguata e avviene secondo procedure formalizzate.	1
Esiste evidenza che la comunicazione con gli altri servizi é adeguata anche se non avviene secondo procedure formalizzate.	3
Esiste evidenza che la comunicazione con gli altri servizi non é adeguata anche se possono esistere procedure formalizzate.	5

25. Vi è evidenza del coordinamento delle attività tra i diversi settori della azienda, in particolare i servizi di cura, diagnostici e di supporto.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che il servizio ha attivato meccanismi di coordinamento con altri settori dell'azienda, in particolare i servizi di cura, diagnostici e di supporto.	1
Non esiste evidenza che il servizio abbia attivato meccanismi di coordinamento.	5

26. Vengono effettuate analisi dei rischi professionali ed ambientali, e gli operatori sono adeguatamente informati e formati su tali rischi.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che il servizio è a conoscenza dei rischi professionali ed ambientali e che gli operatori sono adeguatamente informati e formati su tali rischi	1
Non esiste evidenza che il servizio ha richiesto analisi dei rischi professionali ed ambientali oppure gli operatori non sono adeguatamente informati e formati su tali rischi.	5

27. Esiste il medico Responsabile del servizio, specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica

Livello di performance	Score
Esiste il medico Responsabile del servizio ed è specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	1
Non esiste il medico Responsabile del servizio oppure non è specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	5

28. Nel servizio sono presenti almeno tre medici, compreso il Responsabile.

Livello di performance	Score
Nel servizio sono presenti almeno tre medici. Uno dei tre medici può essere il Responsabile	1
Nel servizio sono presenti due medici. Uno dei due medici può essere il Responsabile	3
Nel servizio è presente un solo medico.	5

29. Nel servizio sono presenti almeno quattro dietisti.

Livello di performance	Score
Nel servizio sono presenti almeno quattro dietisti.	1
Nel servizio sono presenti due o tre dietisti.	3
Nel servizio è presente un solo dietista.	5

30. Nel servizio è presente il personale infermieristico.

Livello di performance	Score
Nel servizio è presente il personale infermieristico assegnato unicamente ad esso.	1
Nel servizio è presente il personale infermieristico che è condiviso con altri servizi ed è formalmente identificata l'attività svolta e l'assegnazione parziale.	2
Nel servizio non è presente il personale infermieristico.	5

31. Nel servizio è presente almeno un coadiutore amministrativo.

Livello di performance	Score
Nel servizio è presente almeno un coadiutore amministrativo, anche condiviso con altri servizi.	1
Nel servizio non è presente un coadiutore amministrativo.	5

32. Nel servizio, oltre il personale medico, dietistico ed infermieristico è presente, o lavora in staff, uno psicologo per migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, soprattutto nei pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA), grave obesità ed in Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD).

Livello di performance	Score
E' presente nell'organico del servizio uno psicologo.	1
Lo psicologo è in organico al dipartimento di appartenenza.	2
Lo psicologo garantisce un servizio interdipartimentale.	3
Lo psicologo è presente ma solo con rapporto di consulenza.	4
Non è presente uno psicologo.	5

33. Sono definite le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere.

Interpretazione: le funzioni devono essere definite in modo sintetico e chiaro, sia a livello aziendale (funzioni generali della tipologia professionale) sia a livello dello specifico servizio, per quelli che sono gli aspetti particolari della attività professionale in quello specifico contesto.

Livello di performance	Score
Esiste un documento che identifica, in modo sintetico e chiaro, le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere.	1
Non esiste un documento che identifica, in modo sintetico e chiaro, le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere oppure le funzioni non sono identificate per tutte le figure.	5

34. Sono definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale.

Interpretazione: per training si intende il percorso formativo specifico previsto nel servizio per ogni figura professionale.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che, per ogni figura professionale, sono definite le competenze e il training necessario.	1
Esiste evidenza che, solo per alcune figure professionali, sono definite le competenze e il training necessario.	3
Non sono definite competenze e training.	5

35. Nel caso di acquisizione di una nuova tecnologia, deve essere documentata l'effettuazione di un periodo adeguato di formazione.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che nell'ultima acquisizione di una nuova tecnologia è stato effettuato un periodo adeguato di formazione.	1

Non esiste evidenza che nell'ultima acquisizione di una nuova tecnologia è stato effettuato un periodo adeguato di formazione.	5
--	---

36. Sono utilizzati metodi di valutazione del personale, in particolare per :

- possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività
- attenzione al cliente
- relazioni con i colleghi e l'altro personale
- partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità
- senso di appartenenza al servizio.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza che esistono e sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del personale per i tutti e cinque gli elementi considerati.	1
Esiste evidenza che esistono e sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del personale per almeno tre elementi considerati	3
Non esistono procedure formalizzate di valutazione del personale	5

37. Esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno, e, ove si evidenzino problemi, sono prese iniziative di miglioramento.

Interpretazione: possono essere utili a tale scopo informazioni quali: tasso di partecipazione alle attività di formazione, dati su attività scientifica e produzione di linee guida, tasso di assenza per malattie, turnover del personale, numero di procedure disciplinari, numero di proteste dell'utenza o di altri servizi ecc.

Livello di performance	Score
Esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno, ed esiste evidenza che, qualora si evidenzino problemi, si prendano iniziative di miglioramento	1
Esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno, ma non esiste evidenza che, qualora si evidenzino problemi, si prendano iniziative di miglioramento	3
Non esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno	5

38. Sono disponibili appositi strumenti (bacheca di reparto, foglio informativo ecc.) per facilitare la circolazione interna delle informazioni dei servizi.

Livello di performance	Score
Vi è disponibilità di almeno uno strumento per facilitare la circolazione interna delle informazioni dei servizi	1
Non vi è disponibilità di strumenti per facilitare la circolazione interna delle informazioni di servizi	5

39. E' documentabile l'attività di aggiornamento e formazione continua del personale; in particolare, ogni anno è predisposto un documento contenente l'analisi dei problemi e dei bisogni formativi, i criteri di scelta delle priorità, un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.

Livello di performance	Score
------------------------	-------

E' documentabile l'attività di aggiornamento e formazione del personale; esiste evidenza che ogni anno è predisposto un documento contenente l'analisi dei problemi e dei bisogni formativi, i criteri di scelta delle priorità, un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.	1
E' documentabile l'attività di aggiornamento e formazione del personale senza evidenza di alcun documento come richiesto	3
Non è documentabile alcuna attività di aggiornamento e formazione del personale	5

40. Esistono iniziative interne di aggiornamento (riunioni, meeting ecc.).

Livello di performance	Score
Esistono iniziative interne di aggiornamento	1
Non esiste evidenza di iniziative interne di aggiornamento	5

41. E' svolta una attività formale di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura

Livello di performance	Score
E' svolta una attività formale di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura	1
E' svolta una attività di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura ma non è formalizzata	3
Non esiste evidenza di alcuna attività di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura	5

42. Tutto il personale deve essere preparato per la gestione delle emergenze, attraverso programmi educativi e di addestramento

Livello di performance	Score
Tutto il personale risulta essere preparato per la gestione delle emergenze, attraverso programmi educativi e di addestramento	1
Tutto il personale risulta essere preparato per la gestione delle emergenze ma senza evidenza di alcun programma educativo e di addestramento	3
Il personale non risulta essere preparato per la gestione delle emergenze	5

43. Vengono svolte iniziative mirate agli aspetti di diretto rapporto con il cliente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.

Livello di performance	Score
Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il cliente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione	1
Non vengono svolte iniziative di formazione	5

44. Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili.

Livello di performance	Score
Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili	1
Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, ma di difficile accesso.	3
Non esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte	5

Procedure

Definizione: Nel servizio esistono regolamenti e linee-guida scritti per la gestione delle più comuni e/o importanti procedure tecniche e professionali.

45. Le linee guida e i regolamenti sono preferibilmente sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e sono facilmente disponibili.

Livello di performance	Score
Le linee guida e i regolamenti sono preferibilmente sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e sono facilmente disponibili	1
Le linee guida e i regolamenti sono preferibilmente sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione ma non sono facilmente disponibili	2
Le linee guida e i regolamenti non risultano essere sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e sono facilmente disponibili	3
Le linee guida e i regolamenti non risultano essere sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e difficilmente disponibili	4
Non esistono linee guida e regolamenti	5

46. Di ogni linea guida o regolamento devono essere chiaramente indicati: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento.

Livello di performance	Score
In ogni linea guida o regolamento è chiaramente indicato: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento	1
In ogni linea guida o regolamento sono indicate due di queste quattro componenti: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento	2
In ogni linea guida o regolamento è indicata una di queste quattro componenti: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento	4
Non esiste evidenza di linee guida o regolamenti	5

47. Il servizio possiede documenti che specificano:

- modalità con cui si garantiscono le attività operative assistenziali e non assistenziali anche in caso di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici);
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, schede ambulatoriali, referti specialistici ecc.), approvati dalla Direzione Medica;
- situazioni per le quali è necessario il consenso scritto del cliente, procedure per informare ed ottenere il consenso (con indicazione delle figure responsabili), descrizione dei casi in cui vi possono essere soggetti sostitutivi (genitori, parenti, tutore ecc.) e procedure conseguenti, approvati dalla Direzione Medica.

Livello di performance	Score
Il servizio possiede documenti che riguardano tutte le aree previste.	1
Il servizio possiede documenti che riguardano almeno un'area .	3
Il servizio non possiede documenti per le aree previste.	5

48. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per la visita nutrizionale.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per la visita nutrizionale	1
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata ma non aggiornata per la visita nutrizionale	3
Esiste una procedura scritta ma non attuata per la visita nutrizionale	4
Non esiste evidenza di procedure per la visita nutrizionale	5

49. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per il monitoraggio nutrizionale.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per il monitoraggio nutrizionale	1
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata ma non aggiornata per il monitoraggio nutrizionale	3
Esiste una procedura scritta ma non attuata per il monitoraggio nutrizionale	4
Non esiste evidenza di procedure per il monitoraggio nutrizionale	5

50. Esiste una procedura scritta, condivisa con Reparti di Degenza o Direzione Medica, attuata e aggiornata per lo screening del rischio di malnutrizione.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per lo screening del rischio di malnutrizione	1
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata ma non aggiornata per lo screening del rischio di malnutrizione	3
Esiste una procedura scritta ma non attuata per lo screening del rischio di malnutrizione	4

Non esiste evidenza di procedure per lo screening del rischio di malnutrizione	5
--	---

51. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare, ove il servizio sia accreditato per tale attività.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare	1
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata ma non aggiornata per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare	3
Esiste una procedura scritta ma non attuata per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare	4
Non esiste evidenza di procedure per l'esecuzione della nutrizione enterale domiciliare	5

52. Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare, ove il servizio sia accreditato a tale funzione.

Livello di performance	Score
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata e aggiornata per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare	1
Esiste una procedura scritta, condivisa, attuata ma non aggiornata per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare	3
Esiste una procedura scritta ma non attuata per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare	4
Non esiste evidenza di procedure per l'esecuzione della nutrizione parenterale domiciliare	5

Documentazione e sistema informativo

Definizione: *Esiste un sistema informativo adeguato a raccogliere, validare, elaborare e diffondere nelle modalità più adeguate tutte le informazioni necessarie alla gestione dell'attività del servizio e della azienda, nonché al debito informativo istituzionale (livello regionale e nazionale).*

53. Esiste un responsabile del sistema informativo del servizio.

Livello di performance	Score
Esiste un responsabile del sistema informativo del servizio	1
Non esiste un responsabile del sistema informativo del servizio	5

54. Esiste una forma di registrazione di tutti i clienti visti, sia essa su supporto cartaceo o informatizzato.

Livello di performance	Score
-------------------------------	--------------

Esiste una forma di registrazione di tutti i clienti visti, sia essa su supporto cartaceo o informatizzato	1
Non esiste evidenza di alcuna forma di registrazione di tutti i clienti visti	5

55. Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio, approvati dalla Direzione Medica.

Livello di performance	Score
Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio, approvati dalla Direzione Medica	1
Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio ma non risultano approvati dalla Direzione Medica	3
Non sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio	5

56. Tutti i tipi di consenso informato, ove necessario, sono documentati nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali.

Livello di performance	Score
Tutti i tipi di consenso informato, ove necessario, sono documentati nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali	1
Sono documentati nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali sino al 70% di consensi informati	3
Non esiste documentazione nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali di alcun consenso informato	5

57. Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del servizio, in particolare illustrando il raggiungimento degli obiettivi.

Livello di performance	Score
Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del servizio, in particolare illustrando il raggiungimento degli obiettivi	1
Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del servizio ma non illustrando il raggiungimento degli obiettivi	3
Non viene redatta alcuna relazione periodica sullo stato/attività del servizio	5

58. La relazione deve essere portata a conoscenza del personale del servizio e della Direzione dell'Azienda.

Livello di performance	Score
La relazione è portata a conoscenza del personale del servizio e della Direzione dell'Azienda	1
La relazione è portata a conoscenza solo del personale del servizio o della Direzione dell'Azienda	3
Non vi è evidenza di conoscenza della relazione	5

Valutazione e miglioramento

Definizione: Nel servizio esistono politiche/strategie per la qualità, che vedono il coinvolgimento attivo degli operatori, sono relazionati a problemi rilevanti per i clienti, sono sistematicamente concretizzate e periodicamente rivalutate.

59. Esiste un documento che delinea le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità del servizio. Tale documento è congruente con i corrispondenti documenti aziendali, ed è periodicamente aggiornato sulla base delle necessità del cliente e dei risultati delle attività di valutazione predisposte dall'unità e dall'azienda.

Livello di performance	Score
Esiste un documento che delinea le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità del servizio. Tale documento è congruente con i corrispondenti documenti aziendali, ed è periodicamente aggiornato sulla base delle necessità del cliente e dei risultati delle attività di valutazione predisposte dall'unità e dall'azienda	1
Esiste un documento che delinea le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità del servizio. Tale documento è congruente con i corrispondenti documenti aziendali, ma non è periodicamente aggiornato sulla base delle necessità del cliente e dei risultati delle attività di valutazione predisposte dall'unità e dall'azienda	3
Non esiste evidenza di alcun documento che delinei le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità del servizio	5

60. E' nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.

Livello di performance	Score
E' nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità	1
Non è nominato alcun responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità	5

61. Per ogni progetto devono essere specificati i criteri di priorità che hanno portato alla sua selezione.

Livello di performance	Score
In tutti i progetti del servizio sono specificati i criteri di priorità per la selezione.	1
Solo in alcuni progetti del servizio sono specificati i criteri di priorità per la selezione.	3
In nessun progetto del servizio sono specificati i criteri di priorità per la selezione.	5

62. Esiste un sistema di monitoraggio periodico dei risultati inerenti alla qualità.

Livello di performance	Score
Esiste un sistema di monitoraggio periodico dei risultati inerenti alla qualità	1
Esiste un sistema di monitoraggio non periodico dei risultati inerenti alla qualità	3
Non esiste evidenza di alcun sistema di monitoraggio dei risultati inerenti alla qualità	5

63. I risultati dei programmi di miglioramento sono periodicamente comunicati agli operatori del servizio ed alla direzione dell'azienda.

Livello di performance	Score
I risultati dei programmi di miglioramento sono periodicamente comunicati agli operatori del servizio ed alla direzione dell'azienda	1
I risultati dei programmi di miglioramento sono periodicamente comunicati agli operatori del servizio o alla direzione dell'azienda	3
I risultati dei programmi di miglioramento non risultano comunicati	5

64. Il servizio utilizza degli indicatori per la valutazione delle proprie attività e dei loro risultati. e per il loro miglioramento.

Livello di performance	Score
Il servizio utilizza degli indicatori per la valutazione delle proprie attività e dei loro risultati. e per il loro miglioramento	1
Non risulta evidenza che il servizio utilizzi degli indicatori per la valutazione delle proprie attività e dei loro risultati	5

65. Sono documentabili cambiamenti (organizzativi, tecnici, ecc.) derivati dalle attività valutative effettuate.

Livello di performance	Score
E' documentabile almeno un cambiamenti (organizzativo, tecnico, ecc.) derivato dalle attività valutative effettuate	1
Non è documentabile alcun cambiamento derivato dalle attività valutative effettuate	5

Strutture

Definizione: *I locali devono essere strutturati secondo una razionalità che tenga conto della praticità d'uso, del rispetto delle norme di sicurezza, delle esigenze igienico-sanitarie, del comfort dei clienti e degli operatori.*

66. Devono essere presenti adeguate indicazioni per facilitare l'accesso dei clienti. Devono essere presenti indicazioni che aiutino il cliente ad orientarsi e facilmente indirizzarsi verso le strutture appropriate attraverso i percorsi più semplici e praticabili (eventualmente anche differenziati per portatori di handicap), tabelle con orari di visita e/o accesso.

Livello di performance	Score
Esiste evidenza della presenza di adeguate indicazioni per facilitare l'accesso dei clienti	1
Non esiste evidenza della presenza di adeguate indicazioni per facilitare l'accesso dei clienti	5

67. La segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione.

Livello di performance	Score
La segnaletica è leggibile anche a distanza, di facile comprensione	1
La segnaletica è leggibile ma di difficile comprensione	3
Non esiste alcuna segnaletica	5

68. E' presente uno spazio dedicato al magazzino di materiali di nutrizione artificiale (presidi e attrezzature)

Livello di performance	Score
E' presente uno spazio dedicato al magazzino di materiali di nutrizione artificiale (presidi e attrezzature)	1
Non è presente alcun spazio dedicato al magazzino di materiali di nutrizione artificiale	5

69. E' presente uno spazio dedicato alle attività di segreteria

Livello di performance	Score
E' presente uno spazio dedicato alle attività di segreteria	1
Non è presente uno spazio dedicato alle attività di segreteria	5

70. Esiste un ufficio dedicato al servizio e chiaramente identificabile
Per ufficio dedicato si intende un ufficio di esclusiva assegnazione al servizio

Livello di performance	Score
Esiste un ufficio dedicato al servizio ed è chiaramente identificabile	1
Esiste un ufficio dedicato al servizio ma non è chiaramente identificabile	3
Non esiste alcun ufficio dedicato al servizio	5

71. Esistono nell'ufficio spazi autonomi suddivisi per professionisti

Per spazi autonomi si intendono spazi in cui i medici e i dietisti possano contemporaneamente lavorare in piena autonomia

Livello di performance	Score
Esistono nell'ufficio spazi autonomi suddivisi per professionisti	1
Esistono nell'ufficio spazi autonomi per almeno la metà dei professionisti	3
Non esistono nell'ufficio spazi autonomi suddivisi per professionisti	5

72. Esiste un servizio igienico dedicato

Per servizio igienico dedicato si intende un servizio igienico cui possano accedere esclusivamente il personale e i pazienti del servizio

Livello di performance	Score
Esiste un servizio igienico dedicato	1
Esiste un servizio igienico dedicato almeno per i pazienti	3
Non esiste un servizio igienico dedicato	5

73. Esiste un ambulatorio chiaramente identificabile

Per chiaramente identificabile si intende un ambulatorio la cui collocazione sia prevista dai documenti di segnalazione (Carta dei Servizi oppure cartellonistica)

Livello di performance	Score
Esiste un ambulatorio chiaramente identificabile	1
Non esiste un ambulatorio chiaramente identificabile	5

74. Nell'ambulatorio esistono spazi autonomi suddivisi per professionisti

Per spazi autonomi si intendono spazi separati in cui almeno due professionisti (un medico e un dietista) possano contemporaneamente lavorare in piena autonomia

Livello di performance	Score
Nell'ambulatorio esistono spazi autonomi suddivisi per professionisti	1

Esistono nell'ambulatorio spazi autonomi per almeno la metà dei professionisti	3
Nell'ambulatorio non esistono spazi autonomi suddivisi per professionisti	5

75. Esiste una sala d'attesa attrezzata

Per sala d'attesa attrezzata si intende uno spazio dedicato all'attesa con posti a sedere sufficienti e dedicati

Livello di performance	Score
Esiste una sala d'attesa attrezzata	1
Esiste una sala d'attesa ma non attrezzata	3
Non esiste una sala d'attesa	5

76. Esiste la disponibilità funzionale al servizio di posti letto in Day Hospital

Per disponibilità funzionale si intende l'esistenza di un documento che con atto formale riconosca la disponibilità – almeno funzionale o anche come dotazione – di posti letto di Day Hospital.

Livello di performance	Score
Vi è esistenza di un documento che attesti la disponibilità funzionale al servizio di posti letto in Day Hospital	1
Vi è disponibilità al servizio di posti letto in Day Hospital ma senza l'esistenza di un documento	3
Non vi è disponibilità al servizio di posti letto in Day Hospital	5

Attrezzature e dotazioni

Definizione: Devono essere presenti le attrezzature per permettere la completa e sicura esecuzione delle attività che il servizio si è impegnato a svolgere, tenendo conto dei progressi scientifici, degli effettivi bisogni dei clienti, della valutazione delle tecnologie (sicurezza, efficacia, affidabilità, obsolescenza ecc.).

77. Vi e' una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza

Livello di performance	Score
Vi e' una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza	1
Vi e' una verifica periodica della dotazione ma non della sua efficienza	2
Non esiste evidenza di verifiche della dotazione	5

78. Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature specialistiche in dotazione e relativa verifica

Livello di performance	Score
-------------------------------	--------------

Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione e viene effettuata la relativa verifica	1
Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione solo ordinaria delle apparecchiature in dotazione	3
Non esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione	5

79. Il personale utilizzatore delle apparecchiature e dei dispositivi è coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto, ed in particolare per la definizione delle specifiche tecniche, criteri di scelta, risultati attesi, bisogni formativi correlati.

Livello di performance	Score
Il personale utilizzatore delle apparecchiature e dei dispositivi risulta essere coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto, ed in particolare per la definizione delle specifiche tecniche, criteri di scelta, risultati attesi, bisogni formativi correlati	1
Il personale utilizzatore delle apparecchiature e dei dispositivi non risulta essere coinvolto nella definizione di alcun bisogno di acquisto	5

80. Deve essere presente attrezzatura per la gestione delle emergenze cliniche, che deve essere facilmente accessibile da parte di tutto il personale.

Interpretazione: deve essere collocata su un carrello od in un armadio, facilmente accessibile in ogni momento da parte del personale, preferibilmente in un zona "centrale" rispetto alle possibili esigenze.

Livello di performance	Score
E' presente attrezzatura per la gestione delle emergenze, che è facilmente accessibile da parte di tutto il personale.	1
Non è presente attrezzatura per la rianimazione di base	5

81. Sono presenti le seguenti attrezzature:

- Plicometro con caratteristiche tecniche adeguate
- Bioimpedenziometro
- Calorimetro
- Sedie a bilancia

81a

Livello di performance	Score
E' presente il plicometro con caratteristiche tecniche adeguate	1
Non esiste il plicometro.	5

81b

Livello di performance	Score
E' presente il bioimpedenziometro	1
Non esiste il bioimpedenziometro.	5

81c

Livello di performance	Score
E' presente il calorimetro	1
Non esiste il calorimetro.	5

81d

Livello di performance	Score
Sono presenti sedie a bilancia.	1
Non esistono sedie a bilancia.	5

82. Esiste almeno un personal computer dedicato al servizio, con dotazione di programmi minimi aggiornati di videoscrittura e di archiviazione dati

I programmi minimi di videoscrittura e archiviazione dati sono tipo Office per Windows

Livello di performance	Score
Esiste almeno un personal computer dedicato al servizio, con dotazione di programmi minimi aggiornati di videoscrittura e di archiviazione dati	1
Esiste almeno un personal computer dedicato al servizio, con dotazione di programmi minimi ma non aggiornati di videoscrittura e di archiviazione dati	2
Esiste un personal computer non dedicato al servizio, con dotazione di programmi minimi aggiornati di videoscrittura e di archiviazione dati	4
Non esiste un personal computer	5

83. Esiste la cartella clinica specialistica ospedaliera

Livello di performance	Score
Esiste la cartella clinica specialistica ospedaliera	1
Non esiste la cartella clinica specialistica ospedaliera	5

84. Esiste la cartella clinica specialistica ambulatoriale

Livello di performance	Score
Esiste la cartella clinica specialistica ambulatoriale	1
Non esiste la cartella clinica specialistica ambulatoriale	5

85. Esiste modulistica per stesura diete

Livello di performance	Score
Esiste modulistica per stesura diete	1

Non esiste modulistica per stesura diete	5
--	---

86. Esiste materiale informativo per l'utenza per le principali patologie sensibili alla dieta trattate dal servizio

Livello di performance	Score
Esiste materiale informativo per l'utenza per le principali patologie sensibili alla dieta trattate dal servizio	1
Non esiste materiale informativo per l'utenza per le principali patologie sensibili alla dieta trattate dal servizio	5

87. Esiste un manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare

Si intende un Manuale di istruzioni, rivolto ai pazienti, contenente:

- *introduzione alla tecnica*
- *norme igieniche*
- *preparazione sacca o flaconi*
- *somministrazione sacca o flaconi*
- *somministrazione liquidi o farmaci*
- *fine somministrazione*
- *tempi e modalità somministrazione*
- *nursing e medicazioni*
- *gestione complicanze*

Livello di performance	Score
Esiste un manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare con le caratteristiche citate	1
Esiste un manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare ma solo con alcune delle caratteristiche citate	3
Non esiste un manuale di istruzioni per la nutrizione enterale domiciliare	5

88. Esiste una bilancia di precisione con sistema di pesata sino a 200 kg e fornita di altmetro (solo per ambulatorio)

Livello di performance	Score
Esiste una bilancia di precisione con sistema di pesata sino a 200 kg e fornita di altmetro	1
Non esiste una bilancia di precisione con sistema di pesata sino a 200 kg e fornita di altmetro	5

89. Esiste sfigmomanometro con bracciale specifico per soggetti obesi

Livello di performance	Score
Esiste sfigmomanometro con bracciale specifico per soggetti obesi	1
Non esiste sfigmomanometro con bracciale specifico per soggetti obesi	5

90. Esiste lettino per sala visita medica
(solo per ambulatorio)

Livello di performance	Score
Esiste lettino per sala visita medica	1
Non esiste lettino per sala visita medica	5

91. Esistono letti adeguati per pazienti specifici (obesi)
(solo per ambulatorio)

Livello di performance	Score
Esistono letti adeguati per pazienti specifici (obesi)	1
Non esiste lettino per sala visita medica	5

92. Esiste carrello con materiale di medicazione per sala visita medica
(solo per ambulatorio)

Livello di performance	Score
Esiste carrello con materiale di medicazione per sala visita medica	1
Non esiste carrello con materiale di medicazione per sala visita medica	5

93. Esistono presidi e prodotti per la Nutrizione Enterale a domicilio

Livello di performance	Score
Esistono presidi e prodotti per la Nutrizione Enterale a domicilio	1
Non esistono presidi e prodotti per la Nutrizione Enterale a domicilio	5

94. Esiste almeno una postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi
(solo per degenza)

Livello di performance	Score
Esiste almeno una postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi	1
Non esiste almeno una postazione con sistema di pesata a letto e relativi arredi	5

95. Esiste attrezzatura per Nutrizione Artificiale
- pompe per somministrazione dei nutrienti per via enterale e parenterale
 - presidi per Nutrizione Artificiale (sonde, sacche, deflussori)

Livello di performance	Score
-------------------------------	--------------

Esiste tutta l'attrezzatura per Nutrizione Artificiale prevista	1
Esiste solo in parte o non esiste l'attrezzatura per Nutrizione Artificiale prevista	5

96. Per i pazienti in Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) è previsto un servizio di consegna delle miscele nutrizionali a domicilio o presso la farmacia più limitrofa.

Livello di performance	Score
Per i pazienti in NAD è previsto un servizio di consegna delle miscele nutrizionali a domicilio o presso farmacia più limitrofa.	1
Non è previsto alcun servizio di consegna, ma il parente e/o i familiari ritirano direttamente le miscele nutrizionali presso il centro NAD di riferimento.	5

97. Esiste un Dietetico scritto

Per Dietetico si intende la Raccolta di Diete standardizzate a composizione bromatologica nota, comprendente almeno 6 diete e precisamente:

- n. 2 diete a composizione fisiologica
- n. 1 dieta iposodica
- n. 1 dieta ipocalorica
- n. 1 dieta a contenuto proteico controllato
- n. 1 dieta a contenuto di fibre controllato

Livello di performance	Score
Esiste un Dietetico scritto che comprende almeno le sei diete previste	1
Esiste un Dietetico scritto che comprende almeno meno delle sei diete previste	3
Non esiste un Dietetico scritto	5

Attività specifiche

Definizione: Di seguito sono previsti criteri che riguardano le attività specifiche relative ad alcune funzioni proprie delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica.

98. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON ALIMENTAZIONE ORALE. Attività: VISITA.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micronutrienti, tipo di alimenti e loro consistenza, organizzazione dei pasti)
- stesura e gestione organizzativa della dieta, e relativa spiegazione al paziente
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

99. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON ALIMENTAZIONE ORALE. Attività: MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

100. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON NUTRIZIONE ARTIFICIALE (NA). Attività: VISITA.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- valutazione dell'indicazione alla NA e tipologia di accesso
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- stesura del programma e gestione organizzativa della nutrizione artificiale
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

101. Funzione: CONSULENZA PER TERAPIA NUTRIZIONALE IN PAZIENTI CON NUTRIZIONE ARTIFICIALE (NA). Attività: MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

102. Funzione: ATTIVITA' AMBULATORIALE. Attività: VISITA.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- stesura della dieta e relativa spiegazione al paziente
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

103. Funzione: ATTIVITA' AMBULATORIALE. Attività: MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

104. Funzione: NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE. Attività: VISITA.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapie, prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione obiettivo dell'intervento nutrizionale
- valutazione dell'indicazione alla NA e tipologia di accesso
- valutazione socio-organizzativa per l'attivazione della NED
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma dietetico/nutrizionale (energia, macro- e micro-nutrienti, scelta delle formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione)
- attivazione del programma di nutrizione enterale domiciliare, secondo normative regionali
- training alla gestione domiciliare e fornitura di apposito manuale scritto
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

105. Funzione: NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE. Attività: MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali e della prognosi
- rivalutazione obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- rivalutazione dello stato di nutrizione
- valutazione della compliance e della tolleranza al programma dietetico/nutrizionale
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- verifica dell'apprendimento della gestione domiciliare
- valutazione e gestione delle complicanze
- rivalutazione dell'obiettivo dell'intervento dietetico/nutrizionale
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

106. Funzione: NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE PER PAZIENTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA INTESTINALE BENIGNA. Attività: ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE IN REGIME DI RICOVERO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia di base e delle patologie d'organo concomitanti, terapia e prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione, individuazione di eventuali deficit di minerali, vitamine e oligoelementi, calcolo dei fabbisogni teorici
- valutazione dell'entità del malassorbimento
- formulazione obiettivo dell'intervento nutrizionale
- valutazione dell'indicazione alla nutrizione parenterale di lunga durata dal punto di vista clinico e nutrizionale e della idoneità del paziente dal punto di vista individuale e sociale
- consenso informato del paziente e dei familiari coinvolti nella gestione della terapia
- scelta e posizionamento dell'accesso venoso
- attivazione del programma di nutrizione parenterale domiciliare secondo normative previste e comunicazione al Medico di Medicina Generale
- definizione del programma dietetico/nutrizionale, scelta delle soluzioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione, indicazioni farmacologiche
- training alla gestione domiciliare e fornitura di apposito manuale scritto
- definizione del programma di monitoraggio
- lettera di dimissione con chiara identificazione del programma terapeutico e delle modalità di accesso in reperibilità al personale sanitario del Centro Responsabile, per insorgenza di complicanze o eventi intercorrenti di rilevanza per la nutrizione parenterale
- fornitura di tessera personale che riporta la patologia, il tipo di accesso venoso e il recapito del Centro Responsabile

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

107. Funzione: NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE PER PAZIENTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA INTESTINALE BENIGNA. Attività: MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- Valutazione di eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali e della prognosi
- andamento clinico della patologia di base e delle patologie associate
- modificazione dello stato nutrizionale
- prevenzione e trattamento delle complicanze correlate alla terapia parenterale di lunga durata
- conferma dell'indicazione e dell'idoneità al trattamento domiciliare
- verifica della compliance e della tolleranza al trattamento
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- verifica della capacità di gestione domiciliare del trattamento
- compilazione cartella clinica
- referto visite periodiche di controllo
- comunicazioni con il Medico di Medicina Generale quando necessario

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

108. Funzione: NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE PER PAZIENTI ONCOLOGICI. Attività:
ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, terapia e prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare e calcolo dei fabbisogni teorici
- formulazione obiettivo dell'intervento nutrizionale
- valutazione dell'indicazione alla nutrizione parenterale dal punto di vista clinico e nutrizionale
- individuazione di eventuale necessità di inserimento del paziente in un programma di assistenza domiciliare concordata con il Medico di Medicina Generale
- consenso informato del paziente e/o dei familiari coinvolti nella gestione domiciliare
- scelta e posizionamento dell'accesso venoso
- attivazione del programma di nutrizione parenterale domiciliare secondo normative previste in accordo con il Medico di Medicina Generale
- definizione del programma dietetico/nutrizionale, scelta delle soluzioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione
- organizzazione nursing domiciliare
- definizione del programma di monitoraggio
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

109. Funzione: NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE PER PAZIENTI ONCOLOGICI.. Attività:
MONITORAGGIO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- eventuali variazioni del quadro clinico e delle prospettive terapeutiche e nutrizionali e della prognosi
- modificazione dello stato nutrizionale
- prevenzione e trattamento delle complicanze correlate alla terapia parenterale di lunga durata
- conferma dell'indicazione al trattamento domiciliare
- verifica della compliance e della tolleranza al trattamento
- verifica del raggiungimento dell'obiettivo dietetico/nutrizionale
- verifica della capacità di gestione domiciliare del trattamento
- compilazione cartella clinica
- referto visite periodiche di controllo
- comunicazioni con il Medico di Medicina Generale quando necessario

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

110. Funzione: GESTIONE DEL DAY HOSPITAL SPECIALISTICO.

La metodologia da seguire per la funzione specifica:

- inquadramento clinico: definizione della patologia, delle terapie, della prognosi
- valutazione dello stato di nutrizione
- anamnesi alimentare
- formulazione dell'obiettivo del ricovero
- calcolo dei fabbisogni teorici
- definizione del programma nutrizionale sia per l'alimentazione orale che artificiale, con definizione di energia, macro- e micronutrienti, tipo di alimenti e loro consistenza, organizzazione dei pasti, formulazioni da utilizzare, modalità e tempi di somministrazione
- stesura del piano dietetico/nutrizionale e gestione organizzativa dell'alimentazione orale e/o artificiale
- gestione clinica del ricovero
- definizione del programma di monitoraggio
- compilazione cartella
- referto

Livello di performance	Score
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di tutti i punti elencati	1
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 75% dei punti	2
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di almeno il 50% dei punti	3
Esiste evidenza e documentazione che nell'attività prevista viene seguita una metodologia comprensiva di meno del 50% dei punti	5

111. Viene effettuata educazione alimentare ai pazienti ambulatoriali.

Livello di performance	Score
Viene effettuato un programma di educazione alimentare per i pazienti ambulatoriali affetti da patologie croniche sensibili alla dieta, organizzato con sedute periodiche e con l'ausilio di manuali specifici e materiale iconografico.	1
Viene effettuata educazione alimentare ad ogni visita di controllo a cura della dietista.	3
Non viene effettuata	5

6. Dall'accreditamento al miglioramento della qualità

Lucio Lucchin, Michael Kob, Karin Brugger

Per incorniciare una tematica complessa come quella della qualità della salute, il titolo non può che risultare incompleto. Proprio per questo, può costituire lo stimolo iniziale per la riflessione e la ricerca sull'argomento. Senza quest'ultima, diceva Socrate nel 3° sec a.C., "una vita non è degna d'essere vissuta".

- **“Lo sforzo del pensiero, specie nel formulare domande, è giustificato non tanto dai risultati ma dalla ricerca stessa.”**

Quella del miglioramento continuo potrebbe essere stimolata dai quesiti-paragrafo in cui è articolato il capitolo.

- **Che cos'è l'accreditamento, termine “prepotentemente” entrato a far parte del lessico sanitario?**
- **Come funzionava la sanità prima dell'avvento dell'accreditamento?**
- **Non se ne può fare a meno?**
- **Accreditamento e qualità sono due concetti distinti od appartengono ad un unico processo?**
- **Enfatizzare la qualità in sanità non è come la scoperta dell'acqua calda?**
- **I sistemi di qualità servono veramente?**
- **Perché non sono sufficienti le linee guida professionali?**
- **Perché c'è tanto scetticismo nell'accettare i sistemi di qualità nella pratica quotidiana?**
- **Sono più business o necessità?**

- **Sono indispensabili i consulenti , e quindi investimenti economici , o si possono ottenere buoni risultati anche da soli?**
- **Al prescindere dalla teoria,quali le esperienze concrete in merito?**
- **Che bilancio può essere fatto da queste esperienze ?**
- **Quali i consigli per iniziare?**
- **Quale il ruolo di questo manuale?**
- **Che conclusioni trarre ?**

Che cos'è l'accreditamento, termine "prepotentemente" entrato a far parte del lessico sanitario ?

È il possesso di requisiti organizzativi, tecnologici e strumentali predefiniti a livello regionale o provinciale, necessari per intrecciare una qualche forma di collaborazione con il sistema sanitario nazionale.

Il fine è quello di migliorare la qualità dei servizi forniti **rendendo più congruente ciò che ci si propone di essere e di fare ,con ciò che effettivamente si fa.** Considerata l'elevata potenzialità numerica , risulta intuitiva la necessità di una semplificazione. Si differenzia allora un **accreditamento istituzionale**, cioè obbligatorio in quanto racchiude i requisiti minimi richiesti per poter operare nell'ambito del sistema sanitario nazionale, **da uno di eccellenza e volontario** più proiettato verso il miglioramento continuo e quindi la qualità totale.

La necessità di ricorrere ad un certo livello di omogeneizzazione delle prestazioni risulta lapalissiano però,pur in presenza di alcune raccolte di standards internazionalmente riconosciuti (es. norme EN UNI ISO, VRQ, TQM ,Efqm,ecc.) l'opportunità che hanno le singole Regioni o Province Autonome di plasmare i criteri di accreditamento sulle proprie realtà, ingenera di fatto una eterogeneità non trascurabile ed un incremento di diffidenza e confusione tra gli operatori che li dovranno applicare. Inoltre, **l'istituto dell'accreditamento, essendo un processo valutativo del funzionamento, è soggetto a rivalutazione regolare** secondo modalità che richiederebbero un elevato grado di standardizzazione. Molti, forse troppi , esperti di discipline differenti da quella medica si sono inseriti nel tessuto sanitario marginalizzando in primis i medici. Essi non sono esenti dalla necessità di autocritica ,ad esempio in relazione alla ingiustificabile distrazione nei riguardi degli aspetti gestionali nonostante i cambiamenti socio-culturali degli ultimi decenni. Una conferma indiretta si ricava dall'inadeguato autocoinvolgimento delle società scientifiche , più a loro agio con la stesura di linee guida professionali , da sole però insufficienti a promuovere prestazioni di qualità. Nella migliore delle ipotesi si

sono proposti dei manuali di accreditamento, come in questo caso, ma è **ancora ampiamente insufficiente il processo d'implementazione e soprattutto di controllo**

- Le Società Scientifiche dovrebbero essere più attive in questo settore , specie nell'ambito del controllo ?.

In ambito nutrizionale l' Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) ha stilato nel 2000 i seguenti **requisiti per l'accreditamento minimo dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica:**

- **ristorazione ospedaliera** :presenza di un dietetico codificato, organizzazione e controllo dei pasti a contenuto nutrizionale definito,partecipazione a commissioni per la stesura di capitolati ,almeno 1 rilevamento annuo di qualità percepita ;
- **consulenza specialistica ai degenti** : almeno 300 interventi anno;
- **nutrizione artificiale:** almeno 150 pazienti trattati con nutrizione entrale o parenterale o mista;
- **attività ambulatoriali:** almeno 1500 visite all'anno;
- **rapporti con il territorio: presenza di documentazione scritta** relativa alle modalità di collaborazione con le strutture territoriali sia in ambito preventivo che di trattamento domiciliare;
- **strutture e attrezzature:** un ufficio dedicato e chiaramente identificabile,spazi ambulatoriali sufficienti all'attività di 2 professionisti (medici/dietisti) e chiaramente identificabili,uno spazio attesa,una bilancia fino a 200 kg con altimetro,almeno uno sfigmomanometro con bracciale per obesi,arredi base(lettino,carrello medicazione), pompe,sacche, deflussori, sonde per nutrizione artificiale,almeno un personal computer;
- **requisiti organizzativi:** procedure scritte relative alle modalità di richiesta del dietetico e dei pasti,di visita al paziente ricoverato ed ambulatoriale,al programma nutrizionale prescritto e al relativo monitoraggio del paziente.Deve inoltre essere disponibile una modulistica per le cartelle specialistiche, per la prescrizione del programma nutrizionale e materiale informativo per l'utenza;
- **risorse umane:** almeno 2 dirigenti medici,di cui 1 con funzione di responsabile specialista in Scienza dell'Alimentazione,in grado di assicurare la presenza per almeno 8 ore die per 5 gg alla settimana,almeno 2 dietisti con lo stesso corrispettivo orario.

Come funzionava la sanità prima dell'avvento dell'accreditamento?

Con una forte valenza artistica, poco supportata dall'approccio evidence based in tempi ,non troppo lontani, scanditi da ritmi più "fisiologici" e dalla valenza più filosofica e socio-culturale che economica. Il paziente si identificava quasi specularmente con il significato del termine (dal latino patio= soffrire), delegando totalmente la sua salute alla scienza e

coscienza del medico. L'accreditamento poteva, come di fatto è accaduto, essere ignorato perché **una certa variabilità d'approccio era di stimolo per il progresso**. L'essenza del problema ricade, come sempre, nella ricerca di un giusto equilibrio.

Non se ne può fare a meno?

Per 2500 anni il pensiero e la cultura cinesi sono stati condizionati dalla sentenza del Tao te ching di Lao Tsu (6° sec a.C):

- " quando il vero Tao (lo spirito del mondo che entra nel corpo attraverso l'aria e gli alimenti) va perduto, al suo posto subentra la morale. Se questa fallisce si reclama la legge, se anche questa fallisce arriva il caos".

Questa pillola di saggezza ha ben predetto ciò a cui stiamo assistendo. L'evoluzione sociale e tecnologica degli ultimi 60 anni ha registrato una progressione esponenziale che non ha precedenti nella storia dell'umanità. La medicina degli ultimi 50 anni ha portato più progressi dei 3000 anni precedenti. In particolare:

- **è risultato evidente il processo di globalizzazione e la conseguente egemonia dell'economia** su tutti gli altri aspetti del vivere quotidiano, con il paradosso del consumismo finalizzato al mantenimento della produzione;
- la velocità delle scoperte scientifiche e tecnologiche ha comportato, in ambito sanitario, un progressivo **ridimensionamento della visione olistica ed uno scadimento del rapporto medico-paziente**. Una ricerca del 2002 del centro di ricerche internazionali "Picker", ha rilevato come solo il 59% degli italiani ritenga buono il rapporto con il proprio medico ed una del Censis, nello stesso anno, come il 32.6% dei cittadini cambi medico a causa di un colloquio insoddisfacente. È anche vero che solo un 25% dei pazienti riesce a comunicare in modo chiaro e completo le proprie sensazioni, aspettative, paure. La conseguenza più immediata è stato un **risveglio d'interesse per la medicina complementare** (oltre 70 pratiche) anche da parte del personale sanitario. Poco meno di 3 italiani su 10 riferiscono di ricorrere, almeno saltuariamente, a pratiche mediche complementari (ISTAT 2001) e non meno di 6 milioni si curano seguendo i suoi dettami. Nel 2000, il 46% di 610 medici svizzeri di medicina generale ha affermato di rivolgersi a pratiche "alternative" qualora debbano curare se stessi ed un'indagine del 2002 su 1944 medici della Provincia Autonoma di Bolzano ha evidenziato come un 27% mostri interesse per la medicina complementare (49,1% dei 114 primari);
- l'era della comunicazione ha modificato radicalmente l'atteggiamento del **paziente**, che da tendenzialmente passivo, anche per le difficoltà d'accesso alle informazioni, è **divenuto attore primario della gestione della propria salute rivendicandone libertà di scelta e dignità**. Ciò che percepisce (qualità percepita) è un fattore primario per il successo di una struttura sanitaria;
- la progressiva contrazione delle risorse, anche a fronte dell'espansione demografica, e la corsa esasperata verso l'iperspecializzazione (oltre 150 specializzazioni mediche in Italia), ha portato ad una **trascuratezza ingiustificata degli aspetti**

gestionali da parte dei medici ,nonché ad una presenza eccessiva di personale amministrativo, connotabile come una vera e propria "colonizzazione". I naturali referenti della sanità, e cioè i medici,sono oggi molto marginalizzati rispetto a quello che dovrebbe essere l'unico obiettivo dell'organizzazione sanitaria, cioè le decisioni finalizzate alla salute dei cittadini. Il risultato più tangibile è una vistosa eterogeneità nei trattamenti ed una **pericolosa tendenza verso la revisione del diritto alla salute.**

Alla luce di queste considerazioni l'istituto dell'accreditamento , introdotto un decennio fa ,si è inserito forse con ritardo nel processo evolutivo in accelerazione da alcuni decenni . Se questo trend non verrà ridimensionato da eventi straordinari, non si sa quanto auspicabili, o da una profonda analisi critica, è difficile immaginare un viraggio sostanziale di rotta in tempi medi. Per tali ragioni sembra irrazionale non utilizzarlo ,anche se la sua applicazione con criteri scientifici , comporterà revisioni e stimoli alla riflessione.

- Non si ritiene necessario percorrere il cammino inverso a quello della massima di Lao Tsu, data la prossimità con lo stato di caos?

Accreditamento e qualità sono due concetti distinti od appartengono ad un unico processo?

L'inflazione di terminologie manageriali e del concetto di qualità in un ambito per certi aspetti tradizionalista come quello medico, sta creando non poca confusione e diffidenza. **Alla tensione alla ricerca, e quindi al miglioramento continuo , è sottesa la consapevolezza di un percorso complesso intervallato da passaggi obbligati di difficoltà progressiva , che indirizzano ad una meta utopistica mai raggiungibile. Nel nostro caso è la qualità totale,** per avvicinarci alla quale è obbligata la consecutio che prevede l'acquisizione di requisiti minimi (accreditamento istituzionale), di requisiti ulteriori (accreditamento di eccellenza) e di attività di revisione e miglioramento degli stessi .Sembra questo l'unico approccio evidence based per la qualità. Non è del tutto ingiustificato il ritenere accreditamento e qualità espressioni di percorsi differenti ,se si considera come nella realtà pratica obiettivi politico- amministrativi e sanitari spesso divergono .

- Il bilancio in attivo è un obiettivo del bravo manager della sanità ? E la parità di bilancio?
- Creare le Aziende-sanitarie non è un controsenso ,dato che **il significato di azienda finalizza all'utile economico**,mentre la missione dell'ospedale dovrebbe essere la salute del paziente?
- L'effettuazione di un elevato numero di prestazioni sanitarie è un indice di qualità?
- L'abbattimento delle liste d'attesa è un indicatore di miglioramento della qualità?
- Nella sanità attuale l'abbattimento delle liste d'attesa è una priorità?

Come in sanità persiste la diafrasi tra fattori della prevenzione e dell'iperspecializzazione, così nella gestione è presente quella tra fattori della salute come aspetto meramente economico e fattori della salute come aspetto sociale.

- "Non ci sono verità intere; tutte le verità sono mezze verità" (Alfred North Whitehead, Dialogues 1953).

Enfatizzare la qualità in sanità non è come la scoperta dell'acqua calda?

Istintivamente potrebbe apparire così, data l'estrazione ippocratica della medicina finalizzata al perseguimento del bene del paziente. Molti ritengono ,erroneamente, che fare le cose secondo scienza e coscienza sia una garanzia sufficiente di qualità; in realtà, **impegno e buona volontà non sono sinonimi né di professionalità né tanto meno di buona prestazione.**

- Diceva Goethe: "sapere non è abbastanza, dobbiamo applicare le nostre conoscenze. La volontà non è sufficiente, dobbiamo fare".

Solo negli ultimi anni si è però tentata una **definizione di buona medicina**. Kassirer, nel 1994, ha affermato che è quella che oltre all'appropriatezza clinica, valutata sulla base di chiare evidenze scientifiche, consideri auspicabile e renda possibile che il paziente partecipi alle decisioni che si ripercuotono sul suo benessere. Sempre nello stesso anno, un'altra definizione da parte di autori italiani (Banali, Focanile, Torreggiani) evidenzia ulteriormente le **componenti della qualità in sanità intesa come**

- **il fare solo ciò che è utile (efficacia teorica)**
- **nel modo migliore (efficacia pratica)**
- **col miglior costo (efficienza)**
- **a chi ne ha veramente bisogno (accessibilità e appropriatezza)**
- **che viene reso partecipe delle decisioni terapeutiche (accettabilità)**
- **da chi ne è competente (competenza)**
- **ottenendo il risultato migliore da chi le riceve (qualità percepita).**

Gli aspetti 1-2-4-6 compongono la qualità medico-tecnica o professionale, il 3 e 4 la qualità economico-sociale,

il 5 e 7 la qualità percepita. È un grave errore agire considerando solo una o più di queste parti e non il tutto.

Con Socrate abbiamo imparato l'importanza di porre e porsi domande; **con Einstein si è riavviata la ricerca di una visione unitaria dei fenomeni. Si era infatti accorto che come la tecnologia aveva frammentato l'esperienza con il suo orologio meccanico e allontanato l'uomo dall'unità dell'esperienza vissuta , la scienza**

stava frammentando il mondo fisico spiegandolo in universi separati .La necessità di porre in relazione le scienze con le arti e ogni cosa con ogni altra cosa era stata avanzata già da Goethe alla fine del 1700. La ricerca della conoscenza dell'insieme , indubbiamente molto più complessa ed impegnativa di quella settoriale, sembra nuovamente sfuggita di mano ai vari attori, siano essi scienziati, tecnologi, politici, amministratori, economisti ecc. Per tale ragione siamo ancora lontani da una qualità d'insieme, cioè totale, e l'enfaticizzazione della stessa è quanto mai opportuna. La dialettica eccessiva rischia però di esaurire parte delle "energie" necessarie per "il fare" ,possibilmente seguendo una metodologia oggettiva, e soprattutto per il riesame costante dei processi, unica strada per mantenere continuo il miglioramento.

- A forza di rimandare la partenza per qualsivoglia ragione, si può perdere la voglia di partire.

I sistemi di qualità servono veramente?

Se con questa terminologia s' intende una via razionale da seguire, cioè un metodo , riproducibile e in grado di dimostrarne l'utilità in termini di capacità d'integrazione dei vari aspetti che concorrono al determinismo della qualità totale, allora la risposta non può che essere affermativa.

I loro obiettivi primari sono quelli di garantire omogeneità ai servizi e rendere misurabili le prestazioni erogate.

- "Cogito ergo sum"(dubito quindi sono) diceva Descartes (Cartesio) nel 1637 e raccomandava di non accettare nessuna verità non dimostrata.

Siccome non si dispone ancora di sufficiente evidenza, **è allora facile il trascinarsi in uno "snobbismo" sui sistemi di qualità** ,ignorando nel contempo che anche il nostro operare si trova verosimilmente nella stessa condizione. La quotidianità sembra orientare verso l'ennesimo paradosso dell'attuale epoca cioè, a fronte della **necessità di un'evoluzione sanitaria verso il medico-manager** (sollecitato nel 2002 anche da un editoriale a firma di Richard Horton su The Lancet), **considerato che il risultato del trattamento ,pur rilevante, non gioca più un ruolo esclusivo nella determinazione della qualità**, proliferano modelli tra loro in competizione (almeno 50 tra originali ed ibridi) ,che considerano aspetti più sofisticati e quindi,in questa fase, meno accessibili ad una pratica quotidiana mediamente poco recettiva alla realizzazione delle fondamenta della qualità. È come se prima di verificare che tutti i medici sappiano applicare dei punti di sutura, si proponesse loro l'acquisto del materiale occorrente attingendo da soli cataloghi di strumentazioni chirurgiche di alto livello. Nella realtà storica questo è sempre avvenuto ed ha contribuito allo sviluppo, oggi, però, con la contrazione dei tempi d'azione ed il prevalere delle regole di mercato, il rischio di una perdita di controllo con effetti controproducenti è tutt'altro che trascurabile. È interessante notare come **tra i modelli applicabili in ambito sanitario c'è una convergenza sempre**

maggiori requisiti che dovrebbero garantire la qualità dell'assistenza sanitaria, originati a partire dal 1912 con i chirurghi del Nord America, sembrano avvicinarsi a quelli nati nell'industria automobilistica giapponese a partire dal 1995.

I principi base per la gestione della qualità in sanità, possono essere così sintetizzati:

- **organizzazione orientata al cittadino-cliente e quindi alle sue necessità ed aspettative sanitarie;**
- **leadership ,intesa come riconoscimento spontaneo di un ruolo guida, e non comando.** Leader si nasce o si diventa ? Un po' uno e un po' l'altro, in quanto a fare la differenza è una personalità intesa come "felice mix di attitudini, tra cui in primis la ricerca verso la conoscenza di se stessi (imperativo inciso 2000 anni orsono nel tempio di Delphi);
- **coinvolgimento e condivisione del personale;**
- **approccio basato su processi;**
- **comprensione e gestione dei processi;**
- **miglioramento continuo attraverso momenti di revisione sistematica;**
- **decisioni basate su dati di fatto e non su supposizioni o notizie riportate;**
- **eticità ed aggiornamento professionale continuo basato sulle evidenze;**
- **rapporti di reciproco beneficio con i partner professionali,es. reparti ospedalieri,medici di medicina generale ecc., o con i fornitori ad es. di farmaci o formule nutrizionali.**

Si può concludere questo paragrafo affermando che per il raggiungimento di qualunque obiettivo ,il risultato è fortemente condizionato dalle modalità d'uso degli strumenti necessari .

- Per trattare una slogatura può essere necessario un bendaggio, ma se il risultato non soddisfa è più probabile che la causa sia la benda o la modalità d'applicazione?

Infine, è bene riflettere sul fatto che **tra le tante potenzialità degli strumenti gestionali , delle quali vi è scarsa consapevolezza, vi è quella di favorire la creatività,** caratteristica sempre meno coltivata dagli esseri umani.

Perché non sono sufficienti le linee guida professionali ?

Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, frutto di un processo sistematico e di sintesi da parte della comunità scientifica, allo scopo di aiutare nella decisione su quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Rientrano nella dimensione professionale , che assieme a quella organizzativa ed a quella della percezione da parte del cittadino, compongono la qualità. Pertanto, pur

dovendo far parte integrante di un sistema di qualità in ambito sanitario, **applicate isolatamente non sono garanzia né di certezza di risultato clinico nello specifico individuo, né tanto meno di buona qualità della prestazione.**

Perché c'è tanto scetticismo nell'accettare i sistemi di qualità nella pratica quotidiana?

Si è già in parte risposto alla domanda. Il personale sanitario in generale e medico in particolare, non è stato sufficientemente sensibile alle trasformazioni socio-culturali dell'ultimo secolo, in quanto prevalentemente concentrato verso l'evoluzione tecnologica e l'iperspecializzazione. Tale proiezione ha distratto persino dalla rivalutazione e potenziamento di branche mediche come la nutrizione clinica, pressoché ignorata dal ciclo di studi universitario, e dotata di notevole potenzialità preventiva e terapeutica. L'estrazione tradizionalmente umanistica della medicina manifesta disagio con argomentazioni di tipo economico e gestionale. **La velocità con la quale tali problematiche sono entrate a far parte della quotidianità hanno frastornato gli operatori, che tendono ad arroccarsi a difesa di quella ars medica, che nei secoli ha sempre permesso massima indipendenza operativa, caratterizzando una medicina "opinion based".** La scarsità di medici con esperienza diretta in grado di accelerare il processo d'implementazione, perché risulta più facile l'identificazione, è un ulteriore fattore di aggravamento dello scetticismo. Quei pochi sanitari che se ne occupano, appartengono per lo più a branche mediche non propriamente cliniche (es. igiene, direzioni sanitarie ecc) e quindi anche per loro esiste, a torto o a ragione, una certa difficoltà nel relazionarsi con i settori più direttamente coinvolti nel trattamento della patologia. Dopo secoli di paradigmi radicati è **difficile accettare di dovere dimostrare con regolarità la validità del proprio operato e comportamento.** Il ricorso ad affermazioni:

- " sono un clinico non un burocrate", "evidentemente hai del tempo che io non ho per queste cose" " il management è per coloro che sono troppo vecchi o logori o incapaci per fare qualcosa di meglio" ,

è la conferma dello **stato di crisi paradigmatica in cui versa la medicina moderna**, ben evidenziata da Thomas Kuhn già negli anni '70, ma ampiamente ignorata. Di fronte ad uno stato di evidente disagio la miglior arma è l'attacco, con l'utilizzo subdolo di frasi che tendono a riportare l'interlocutore, "innovatore", sulla retta via, più conservatrice, attraverso l'innescò di una "crisi di coscienza". Forse si dimentica che **ogni buon ricercatore prima d'incamminarsi in una esperienza nuova vive un periodo di travaglio.** E conoscerne la dimensione può risultare di grande aiuto. Anche il sottoscritto ha subito i tormenti del dubbio per molti mesi, prima di prendere la decisione d'affrontare questa "avventura". Lo studio di aspetti d'ordine filosofico, sociologico, psicologico, epidemiologico, evolutivi ed il tentativo di collegarli tra loro, ha sortito un effetto rassicurante sulla scelta. Tra i personaggi illustri risultati d'aiuto si annoverano: Ippocrate, Socrate, Platone, Cartesio, Goethe, Galileo, Einstein, Popper, Kuhn, Ernst Amori

Codman, classe 1869, che per primo ha tentato di misurare gli outcomes clinici in modo riproducibile, morendo però ignorato e povero nel 1941, Archibald Cochrane, classe 1909, padre dell'Evidence Based Medicine, Thomas Mc Keown che ha evidenziato in un lavoro monumentale il ruolo della prevenzione. Da questi uomini sono derivati **i due più importanti movimenti d'avanguardia del pensiero medico contemporaneo; l'evidence based medicine e l'outcome research, i cui due principali capisaldi sono costituiti dalla centralità del paziente e dalla razionalizzazione delle scelte terapeutiche.**

Altri aspetti presi in considerazione sono stati: la crisi del rapporto medico paziente e la scarsa disponibilità al colloquio, il dato epidemiologico relativo alla prevalenza delle patologie croniche (il 46 % dei pazienti che prendono farmaci non rispettano le prescrizioni) ed alle future proiezioni, la "pletora" di produzione scientifica sempre meno indirizzata verso la ricaduta pratica in tempi ragionevoli, la necessità di recuperare la fiducia dei cittadini, la forte dicotomia tra teoria e pratica, il livello di malpractice (ad es. i ricoverati ricevono mediamente meno del 75% del loro fabbisogno calorico giornaliero. Valla C. et al. 2000), diritto all'informazione ed al consenso, l'eccessivo atteggiamento di "wishful thinking", cioè il ritenere che qualcosa sia realizzabile per il solo fatto di essere desiderabile o di elevato valore morale e molti altri.

Per una buona sanità è indispensabile un'adeguata fase d'integrazione tra reciproche conoscenze e competenze, mediata da un linguaggio comune, perché ad esempio la debolezza del manager come background scientifico, specie nelle tecniche per la determinazione dell'efficacia clinica, può essere controbilanciata da quella del medico, debole in negoziazione, nella soluzione dei conflitti, in psicologia organizzativa e marketing. Questo significa che **non si può non avere conoscenza, seppur sommaria, dei vari aspetti.** Solo in tal modo è possibile ipotizzare un allentamento della forzatura per trasformare i medici in gestori, o per estrometterli del tutto dalle scelte di politica sanitaria.

L'indispensabilità di una metodologia per la qualità scaturisce anche da un semplice esperimento; molti operatori sanitari sono convinti di operare al meglio e di essere magari dei riferimenti per qualche aspetto. A parole possono essere coinvolgenti circa il loro operato, ma se si chiede loro di mettere per iscritto **cosa vogliono essere nel tempo (vision) o la ragion d'essere dell'organizzazione in cui operano (mission),** ci si accorgerà che la maggior parte incontrerà grosse difficoltà.

- **Senza chiarezza circa la propria vision e mission come si può pensare di erogare prestazioni di qualità?**

È la cognizione mentale sottesa a costituire il vero propulsore verso la qualità.

Sono più business o necessita?

È innegabile come dietro ogni nuova necessità si nasconda il business e quello della

consulenza e certificazione di qualità è indubbiamente appetibile. Per favorirlo si tende inoltre a rendere più ostica l'argomentazione, creando un linguaggio specialistico difficilmente comprensibile, facendo prevalere gli adempimenti normativi e /o aspetti affaristici , oppure con rigidità procedurali . È difficile non identificare tutto questo con una eccessiva burocratizzazione-fiscalizzazione. Una delle conseguenze è il tentativo di creare bisogni e quindi necessità di consulenza . Tali aspetti sono riscontrabili anche nella nostra pluriennale esperienza di contatto con verificatori dei requisiti di qualità per la certificazione ISO , a fronte di un'aspettativa indirizzata verso la fornitura di un supporto esperienziale che aiuti a sperimentare nuove ipotesi per la soluzione di problemi. **La motivazione per il raggiungimento di una meta, non può comunque essere incrinata da inevitabili fastidi ed incidenti di percorso.** Se però non siamo così convinti, tali riscontri possono costituire un facile appiglio per chi cerca la scusante per il "ko" del problema.

Il buon funzionamento dei sistemi di qualità necessita di risorse temporali e della creazione di una specifica documentazione che minimizzi i malanni della, pressoché ubiquitaria, soggettivazione :

- " io non sapevo", "non credevo", "pensavo che" , "avevo capito che", ecc.

In mancanza di determinazione della direzione dell'unità operativa e di **condivisione dei collaboratori (mediamente un 25% ha un ruolo attivo, un 50% accetta ed un 25% ostacola)** , la percezione di un peggioramento del carico burocratico è una ovvia conseguenza. Il grado di definizione delle regole o norme create in ogni singola realtà rende inoltre più o meno limitante il grado di autonomia operativa , con un rischio oggettivo di peggioramento del senso di autorealizzazione, fattore tra i più gratificanti secondo Maslow. È bene ripetere il concetto che l'effetto ottenuto è in funzione di come si usa una certa metodica. In un tale contesto non è difficile intuire come anche tra i professionisti del management possa nascere un certo scetticismo, se non pessimismo, circa il futuro di un tale tipo di norme. **Il razionale per l'utilizzo delle metodologie della qualità non potrà comunque essere intaccato, ma solo plasmato dall'evoluzione socio-culturale.** Ed innescare una modica competizione per la qualità potrebbe essere utile.

Sono indispensabili i consulenti, e quindi investimenti economici, o si possono ottenere buoni risultati anche da soli?

Essere convinti di una scelta è il prerequisito per la buona riuscita.

- Diceva Ezra Pound : "**non è tanto l'idea quello che conta, ma la capacità di crederci fino in fondo**". E Seneca: " nessun vento è favorevole per il nocchiero che non sa dove dirigere le vele. La ragione traccia la rotta, ma sono i sentimenti i venti che sospingono la nave".
- Come si fa a non sentire la necessità di correggere quell'egualitarismo appiattente e

demotivante che caratterizza le nostre strutture sanitarie?

La tensione alla qualità dovrebbe essere innanzitutto una “filosofia “di vita, un valore primario nella professione, che miri al recupero del senso etico e di un corretto stile di vita. Se posseduta, il cammino verso la qualità può essere soddisfacentemente intrapreso anche in condizioni di ristrettezza di risorse ed al prescindere dall'esser parte di una organizzazione complessa. **Anche l'operatore che lavori da solo non è esente dall'approccio alla qualità totale.** Se si impara a sciare con il maestro certo si ottengono molti vantaggi, ma caparbia, pazienza ed applicazione ha permesso a molti d' imparare ugualmente anche con risultati significativi. Il non fare nulla con la scusante di non avere disponibilità per pagarsi un consulente o per la certificazione di qualità o, peggio ancora, la mancanza di tempo o il disinteresse da parte della direzione aziendale non può che essere destinata a ritorcersi contro in tempi non troppo lontani. E ,con i tempi che corrono, non è improbabile rimanere tagliati fuori dai futuri scenari.

- Quanto dobbiamo credere ai “qualitologi”?

Al prescindere dalla teoria , quali sono le esperienze concrete in merito?

Talmente poche che si possono contare sulle punte delle dita delle mani. Tra i Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica il primo ad incamminarsi verso un approccio globale alla qualità è stato quello dell'Azienda Sanitaria di Bolzano nel 1997 (Certificazione ISO 9002 nel 1999 e Vision 2000 nel 2002), seguito nel 2000 da quello dell'Azienda Ospedaliera “S.Martino” di Genova (ISO 9002) , della Divisione di Gastroenterologia e Nutrizione Clinica dell'Istituto Tumori di Genova (ISO 9002) e dal gruppo dei Servizi Piemontesi che ha percorso il cammino VRQ , di cui il presente manuale costituisce il momento fondante. Altre, poche, realtà hanno iniziato ad avvicinarsi alla problematica in modo frammentario, elaborando ad es. alcune procedure operative; abbisognano pertanto di ulteriore lavoro per raggiungere i requisiti base. Tra queste due differenti modalità di perseguimento della qualità (ISO e VRQ), una delle differenze più rilevanti è costituita dalla vincolo della verifica ad una supervisione esterna regolare (ogni 6 o 12 mesi), nel caso delle ISO. **In presenza di una buona motivazione , determinazione , obiettività e capacità autocritica ,risultati positivi possono ottenersi con qualsiasi metodologia.**

Per una materia come la dietetica e nutrizione clinica ,che nonostante la notevole potenzialità preventiva e terapeutica fatica ad aver riconosciuto quel ruolo e quella dignità che le competerebbero, accelerare il percorso verso la qualità totale potrebbe costituire quell'opportunità in grado di ribaltare la situazione, recuperando parte del divario con le altre discipline attraverso la concretizzazione di un modello moderno di erogazione delle prestazioni da implementare anche nelle altre branche ,verosimilmente più inerti a causa di paradigmi radicati.

Che bilancio può essere fatto da queste esperienze ?

La conoscenza dell'esperienza maturata in queste realtà, costituisce un prezioso contributo per il superamento della diffidenza nell'applicare i sistemi di qualità nelle proprie realtà. L'abitudine al confronto tra esperienze omogenee ed alla "copiatura" dagli opinion leaders del settore (Benchmarking), con il fine di violare regole considerate tipiche del processo e quindi immutabili, deve essere ulteriormente incentivata. A distanza di 5 anni siamo confortati dalla scelta effettuata in termini di outcomes clinici, gestionali e di gradimento da parte dell'utenza.

Gli aspetti percepiti come migliorativi da parte del nostro team sono stati:

- **la riduzione dei livelli di conflittualità**, anche latenti, per una migliore individuazione di ruoli e responsabilità, che coinvolgono tutti gli operatori in modo interdipendente per il risultato finale. **Si è ridotto pertanto il convincimento dell'esistenza di ruoli o compiti di "serie A o B". Ciò aiuta alla promozione e rafforzamento del "senso d'appartenenza".** La definizione di obiettivi concordati con ogni singolo operatore, definiti nella scadenza, valutabili e verificabili, ha permesso una più equa distribuzione dei carichi di lavoro, frequente causa di malessere nell'organizzazione. Inoltre, si è ridotta l'istintiva identificazione di qualsiasi innovazione apportata nel sistema, come un escamotage per il controllo del proprio operato. **Il controllo nel sistema di qualità è mirato alla risoluzione dei problemi e non alla colpevolizzazione dell'operatore.**
- **Una migliore uniformità delle prestazioni erogate a causa dell'impostazione del lavoro per processi.**
- **Un miglior livello di comunicazione interna tra diversi livelli e funzioni**, grazie alla presenza di documentazione scritta (incluse le disposizioni di servizio), che ha ridotto sensibilmente il livello di soggettivazione, ed alla pianificazione dei momenti di confronto collettivi, che vengono verbalizzati.
- **Una crescita nella qualità delle prestazioni** a causa del miglioramento continuo effettuato con il riesame periodico del sistema di qualità, effettuato facendo ricorso all'analisi degli indicatori, dei reclami, dei rapporti d'azione di non conformità-preventivi-correctivi compilati dagli operatori del servizio ed al responso delle visite ispettive interne (effettuato cioè da personale addestrato dell'unità operativa) ed esterne (certificatori indipendenti che si avvalgono anche di consulenti professionisti in materia).
- **Un miglioramento della soddisfazione del cliente**, costantemente monitorata, e perseguita con una prioritaria attenzione al livello d'informazione. È stata ad esempio predisposta una specifica Carta del Servizio, che permette anche uno screening del carattere d'urgenza.
- **La consapevolezza di utilizzare strumentazioni** (calorimetro, bilance, altimetri, plicometri, bioimpedenziometri, ecc.) **regolarmente tarate e quindi al massimo livello d'efficienza.**

Gli aspetti percepiti invece ancor oggi come critici sono:

- **Una valutazione ritenuta "eccessivamente formale" da parte dei certificatori esterni**, che non entrano nel merito delle problematiche riscontrate consigliando possibili correttivi. Come detto in precedenza questo aspetto non risulta però determinante.
- **La difficoltà di coordinamento con altre unità operative con le quali ci si deve confrontare nell'ottica della multidisciplinarietà e multiprofessionalità e che seguono meno la metodologia della qualità.**
- **Un aumento del lavoro "burocratizzante"**, a causa del tempo richiesto per la compilazione della specifica modulistica e dei documenti necessari. Questa posizione è prevalentemente assunta da coloro che sono meno avvezzi all'utilizzo di una metodologia di lavoro ed alla misurazione degli outcomes. Nella nostra realtà sono circa un terzo dei componenti del team. Quando s' intraprende un percorso come quello della qualità, che richiede l' esplicitazione scritta di quello che viene fatto , del modo in cui viene fatto e degli indicatori che ne permettano la verifica , ci si trova di fronte all'opzione tra un approccio globale , che prenda cioè in considerazione tutti gli aspetti ,od uno più soft , e quindi parziale, che inizi ad introdurre la metodologia. Nel nostro caso si è intrapresa la prima via per la disponibilità di risorse,anche finanziarie, perché ha permesso una presa di coscienza complessiva delle problematiche, perché ha abituato un maggior numero di operatori a riportare per iscritto ciò che era sempre stato trasmesso oralmente e perché nell'esperienza gestionale maturata è risultato sempre più facile semplificare i percorsi piuttosto che appesantirli. **Togliere è sempre più facile che aggiungere.** Con il tempo, ci si è resi conto che effettivamente molto di quanto scritto era pleonastico, complesso, eccessivamente dettagliato (il che viene percepito come una limitazione alla propria libertà d'azione) , a volte superato dagli eventi successivi, di difficile interpretazione, eterogeneo nell'utilizzo di certe terminologie comuni, eccessivo per la numerosità degli indicatori. **Le revisioni sistematiche hanno permesso una progressiva semplificazione, perfezionamento e migliore accettazione da parte degli operatori.** Il riequilibrio dell'aspetto tecnico-professionale con quello gestionale, ha avuto una ricaduta positiva sulla qualità delle prestazioni, Nell'ottobre 1999, all'atto della 1° certificazione, erano presenti 24 procedure gestionali e 9 istruzioni operative. I processi non erano chiaramente definiti. Nell'ottobre 2002 ,all'atto del passaggio alla Vision 2000, le procedure erano 29 e le istruzioni operative 10. Con l'introduzione dell'approccio per processi le procedure sono state ridotte a 19 e le istruzioni operative sono rimaste invariate .
- **La difficoltà di raccolta dei dati statistici**, in parte a causa della numerosità degli indicatori. Se non si vuole tornare ad una medicina basata sulle opinioni non c'è altra scelta. **La possibilità d'accesso ad una statistica aggiornata, permette ad ogni operatore di misurare le proprie performance e soprattutto di migliorarle. Come si potrebbe fare altrimenti?** Nel 1999 gli indicatori elaborati per la struttura di Bolzano erano 171, ridotti nel 2002 a 149 (aspetti generali 19 (-1); attività ospedaliera 27 (-10); attività ambulatoriale 21(-1); attività territoriale 44 (-10); monitoraggio ciclo alimentare 38).

- **La certificazione vissuta come “immagine” e non come sostanza.** È una delle tante manifestazioni di resistenza precedentemente trattate.
- **L’ancora non ottimale utilizzo delle procedure gestionali e delle istruzioni operative come strumenti di lavoro.** . La partecipazione dei singoli operatori alla creazione dell’esperienza della struttura ,risulta ancora parzialmente frenata dall’abitudine ad un organigramma rigidamente gerarchico in cui solo pochi determinano le strategie di miglioramento, nonché dalla difficoltà nel tradurre in modo oggettivo, quindi documentato, le proposte migliorative. **Ci vuole tempo per radicare la consapevolezza che ogni pezzo dell’ingranaggio è indispensabile per il funzionamento del tutto.** Basti pensare all’atteggiamento radicato, specie nelle strutture pubbliche, di avere poca accortezza per le infrastrutture e le strumentazioni, perché ritenute di “altri” e non della collettività a cui loro stessi appartengono.
- **La scarsa percezione del ruolo dei reclami.** Una organizzazione priva di reclami è molto sospetta circa la qualità delle prestazioni erogate. **La “cultura” della registrazione ed analisi del reclamo è ancora molto arretrata tra gli operatori sanitari,** la cui formazione individualistica li porta a valutare qualsiasi critica come un affronto personale, nei confronti del quale reagire spesso in modo inadeguato. È sintomatico come la nostra percezione dei servizi e degli interlocutori cambi a seconda del lato della “barricata” in cui ci si trova; come pazienti od utenti o come sanitari. In “divisa”, viene più facile considerare gli utenti come dei fastidi e le critiche come il frutto di non meglio precisate turbe psichiche.
Trattare gli altri come si vorrebbe essere trattati e comportarsi di conseguenza, è un esercizio a cui non dovremmo sottrarci.

Quali consigli per iniziare?

- **Crearsi un adeguato back-ground formativo** attraverso uno studio multidimensionale e delle esperienze effettuate sul campo. In analogia alle patologie che trattiamo, partire solo quando si è motivati, non dimenticando che procrastinare troppo potrebbe mettere in una futura posizione critica.
- **Definire , per iscritto, la vision e la mission** della vostra organizzazione (precedentemente definite).
- **Identificare i processi su cui cimentarsi e stabilirne le priorità.** Abbiamo più volte incontrato questa terminologia. Cosa significa esattamente? **Il processo è un insieme di attività tra loro correlate ed interagenti, che trasformano elementi in ingresso (input) in elementi in uscita (output), anche di natura intangibile** (ad es. una consulenza sanitaria). Spesso, l’elemento in uscita da un processo (ad es. gestione ospedaliera) costituisce l’elemento d’entrata per un altro processo (ad es. assistenza territoriale). La prestazione offerta , è generalmente composta da più processi , a loro volta costituiti da più attività. Ogni processo necessita di un monitoraggio attraverso misurazioni prima,durante e dopo. L’output di un processo è misurabile in termini di efficienza (risultati ottenuti

rispetto alle risorse utilizzate) ed efficacia (capacità di raggiungere i risultati desiderati). L'**approccio sistemico alla gestione** consiste nell'identificare, capire e gestire (come fossero un sistema) processi tra loro correlati con il fine di aumentare l'efficacia ed efficienza dell'organizzazione nel conseguire i propri obiettivi. Nella nostra realtà, sono stati individuati 5 processi: 1) attività di nutrizione clinica presso reparti ospedalieri, strutture clinicizzate ed ospedalizzazione domiciliare; 2) attività di nutrizione clinica ambulatoriale (livello 1 e 2); 3) ristorazione collettiva presso ospedali, strutture clinicizzate e collettività; 4) formazione interna ed esterna, informazione e prevenzione in ambito nutrizionale presso Enti, Istituzioni, Associazioni, Popolazione, 5) ricerca in ambito nutrizionale di tipo epidemiologico e clinico applicato.

- **Costruire delle procedure gestionali scritte** relative ad uno o più processi (non volere tutto subito se non si dispone delle risorse necessarie) e **distribuite a tutti gli operatori coinvolti**. **Le procedure gestionali rispondono al quesito: "chi fa che cosa?"**. Si può seguire la traccia metodologica descritta nel manuale, oppure il seguente indice: a) descrizione del campo a cui si applica; b) scopo della procedura; c) elenco dei documenti e norme ad essa collegati; d) definizioni e abbreviazioni utilizzate nel testo; e) definizione delle responsabilità per le attività considerate (che responsabilità hanno la direzione, i medici, i dietisti, il coordinatore, ecc.?); f) sequenza delle operazioni. Meglio **inserire una flow-chart** allestita sulla traccia di una tabella in cui le colonne rappresentano tutti gli attori coinvolti nella procedura (medico, dietista, segretaria, ecc) e le righe sono i passaggi analitici da effettuare ed il richiamo per le note esplicative; g) modalità di archiviazione riportante chi ha emesso ed approvato il documento, chi deve riceverlo ed i tempi d'archiviazione; h) sequenza cronologica e contenuti delle eventuali modifiche apportate al documento.
- **Costruire delle istruzioni operative da distribuire a tutti gli operatori coinvolti**. **Rispondono al quesito: "come si fa quella determinata cosa?"**; ad es. la compilazione di una cartella clinica? Può essere costruita seguendo la sequenza: a) definizione del campo d'applicazione; b) modalità operative; c) modalità di archiviazione riportante chi ha emesso ed approvato il documento, chi deve riceverlo ed i tempi d'archiviazione; d) sequenza cronologica e contenuti delle eventuali modifiche apportate al documento.
- **Costruire alcuni indicatori di processo** riproducibili e chiaramente identificabili attraverso una **descrizione puntuale di ciò che rilevano e l'esplicitazione della modalità di calcolo**. Nella nostra realtà si è andati un po' oltre costruendone 3 che monitorizzano, attraverso un'operazione di media ponderata, il livello globale (annuale) di efficienza, efficacia e velocità di risposta.
- **Rianalizzare ogni 6 mesi il processo** in tutte le sue sfaccettature ed apportare i correttivi necessari in modo documentato.
- **Verbalizzare gli incontri collettivi del team**.
- **Abituarsi a pianificare ed a far rispettare i tempi** utilizzando possibilmente il ciclo inventato nel 1920 da Walter Shewhart, successivamente pubblicizzato da Deming e noto come ciclo PDCA. Il concetto sotteso è presente in tutte le aree della nostra vita personale o professionale e spesso viene utilizzato in modo inconscio.

L'acronimo significa : **Plan (cosa fare e come farlo), Do (fare quanto è stato pianificato), Check (controllare che si sia fatto quanto pianificato) e Act (come migliorare i risultati raggiunti)**

- **Iniziare a registrare**, su modulo opportunamente predisposto, **tutte le forme di reclamo** (telefonico, verbale , scritto, ecc) più o meno esplicito di cui si viene a conoscenza.
- Non avere paura di sbagliare e di dover cambiare in continuazione, perchè è questo il core del miglioramento continuo. In 13 anni le norme internazionali ISO sono cambiate 3 volte (1987 ISO 29001, 1994 ISO 9001, nel 2000 vision 2000).
- **Predisporre una Carta del Servizio specifica. Costituisce il vero biglietto da visita ,rispondendo concretamente al diritto all'informazione** (sancito a livello legislativo nella G.U. n° 125, del 31-5-95: "schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici" e nel codice deontologico agli articoli 30 e 32) **ed alla scelta consapevole** ,considerato che la nutrizione clinica ,più di altre branche mediche, è soggetta a speculazioni che rischiano di minarne credibilità ed identità. Si configura, di fatto, come un vero e proprio patto con l'utente . La nostra esperienza consta di III revisioni del documento; la I elaborazione risale al 1997, la II al 1999 e la III al 2002. Quest'ultima consta di 28 pagine articolate in : presentazione e modalità d'uso dell'opuscolo, equipe del servizio, strutturazione ospedaliera, accesso al servizio, prestazioni offerte e stima della spesa, tutela dati personali, programma di miglioramento della qualità, standards di qualità, reclami, riflessioni sulla motivazione, riflessioni sui più comuni luoghi comuni per il soprappeso , alla ricerca della ricetta magica?, il modello terapeutico del servizio e modalità d'accesso agli ambulatori di I e II livello, perché si lavora in equipe, perché inserirsi e lavorare in gruppo? , curiosità, disturbi del comportamento alimentare, patologie che richiedono l'intervento nutrizionale, questionario.

Quale il ruolo di questo manuale?

Questo manuale rappresenta un formidabile strumento di autoapprendimento verso la qualità di eccellenza permettendo, attraverso la scala valutativa, di misurare costantemente il livello raggiunto. Come tutti i sistemi di qualità internazionalmente riconosciuti, non entra nel merito della componente professionale , che spetta agli operatori integrare attraverso l'utilizzo di linee guida professionali e la pianificazione della formazione e dell'aggiornamento nel rispetto dell'evidence based medicine e del recupero della visione olistica del paziente.

Che conclusioni trarre?

Oggi non si può più prescindere dalla Health related quality of Life, cioè dalle componenti della qualità della vita connesse con la salute.

Non può essere sottaciuto il timore che si vada verso una medicina governata

da una dittatura dell'economia , della ricerca e dei suoi risultati, in cui i comportamenti professionali vengono standardizzati al punto da non essere più in grado di riconoscere e riflettere la specificità del paziente.

L'urgenza richiesta dalla crisi comunicazionale medico-paziente (poco più del 56% di quanto detto da un medico viene dimenticato rapidamente. Percentuali più elevate con altro personale sanitario. Se un paziente reclama è probabile che almeno altri 10 non siano soddisfatti e lo comunichino a non meno di 200 persone. Se soddisfatto racconterà la sua esperienza a 9-10 persone), nonché dalla necessità di recupero di "Valori", per dare un senso a quello che si fa , indirizzano verso l'acquisizione di conoscenze gestionali . È questa l'unica strada a salvaguardia del concetto di giustizia sociale. Il cittadino è destinato a diventare il motore primario del cambiamento nell'assistenza sanitaria e solo mantenendo giusti equilibri tra paradigmi secolari ed esigenze attuali, sarà possibile un progresso positivo.

Il risultato finale è il contributo di tutti e tutti possono e devono partecipare al miglioramento continuo, che comporta non poche fatiche.

Il detto:"al medico non chiedere di essere simpatico o comunicativo, ma di saper far guarire", è definitivamente ridimensionato. Diffidare dei "qualitologi".

Bibliografia

- 1.Wulff RH,Pedersen A,Rosenberg R.Filosofia della medicina.Raffaello Cortina Editore,Milano,1995
- 2.Ishikawa K.Guida al controllo di qualità,12° edizione.Franco Angeli Editore,Milano,1995.
- 3.Simpson J,Smith R.Management medico.Edizioni Studi e Servizi d'interesse Sanitario Edizioni,Milano,1998.
- 4.Rabinow P.fare scienza oggi.Feltrinelli Editore ,Milano,1999.
- 5.Cochrane LA.Efficienza ed Efficacia.Il pensiero Scientifico editore,Roma,1999.
- 6.Nenzoni F.Il manager allo specchio:leadership e assertività. McGraw-Hill Edizioni,Milano,1999.
- 7.Lucchin L. Malnutrizione;una sfida del terzo millennio per la società postindustriale. Il Pensiero Scientifico Editore,Roma,2000.
- 8.Lucchin L,Trovato R.La Carta del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica.Da:Fatati G.Manuale clinico per la gestione del paziente obeso e in sovrappeso.Il Pensiero Scientifico Editore,Roma ,13-23;2000.
- 9.Amerio MI,Gennaro M,Giacosa A,Lucchin L,Pallini P,Palmo A,Vincenzi M.Proposte di definizione dei criteri per l'accreditamento minimo di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica.ADI Magazine 2:99-100;2000.
- 10.Braghini R,Capelli.Il sistema qualità ISO 9000 in sanità.Guida al miglioramento della qualità nelle strutture sanitarie.Franco Angeli editore,Milano,2000.
- 11.Moja E,Vegni E.la visita medica centrata sul paziente.Raffaello Cortina Editore,Milano,2000.
- 12.Popper K.Le fonti della conoscenza e dell'ignoranza.Il Mulino Edizioni,Bologna,2000
- 13.Knasel E,Meed J,Rossetti A.Apprendere sempre.raffaello Cortina Editore,Milano,2000.

14. Benardon R. Disease e Management e salute pubblica. Nuovo Studio Tecna Edizioni, Roma, 2000.
15. Cosmacini G. Il mestiere di medico. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
16. Lucchin L. La gestione della qualità in nutrizione clinica. Da: Mattei R. Manuale di nutrizione clinica, Franco Angeli Editore, Milano, 567-582; 2001.
17. Lucchin L. Le criticità delle unità operative di nutrizione e la gestione della continuità terapeutica. ADI Magazine 6-N2:350-352; 2002.
18. Boorstin DJ. L'avventura della ricerca. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
19. Wienand U. Qualità non è "qualitologia". Il Sole 24 Ore Sanità Management :5-7; maggio giugno 2002.

GLOSSARIO

Ambulatorio = Struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie, di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Azienda sanitaria = Il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Nel caso dell'Azienda Sanitaria Pubblica, si tratta di una tipica azienda non profit che non si prefigge come scopo la remunerazione del capitale investito bensì l'acquisizione e/o erogazione di servizi di interesse collettivo primario (Pacchi C. et al, Qualità in organizzazioni sanitarie. Franco Angeli, Milano, 2002: 283)

Bisogno = Distanza tra una situazione attesa ed una osservata; esso andrebbe inteso nel senso di necessità oggettiva ovvero di effettivo bisogno di salute, distinto quindi dalla domanda (richiesta realmente formulata da parte dei richiedenti) che può essere espressione di bisogni impropriamente riferiti al servizio sanitario o formulati in modo improprio. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Cliente = Organizzazione o persona che riceve un prodotto. Può essere interno o esterno. (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Clima aziendale = Qualità dei rapporti interumani esistenti all'interno dell'azienda, in particolare tra dirigenti e collaboratori diretti e a livello interpersonale tra i dipendenti (Martiny G. et al, Glossario ragionato sulla qualità in sanità, Asl 22 Piemonte, 1999).

Competenze = Ciò che ogni operatore deve sapere e saper fare, definito in modo specifico, in base al proprio ruolo professionale ed alle funzioni assegnate. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Direzione = Il soggetto che opera con le risorse umane, finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione, svolgendo funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo. Nelle aziende sanitarie si può distinguere la direzione strategica, che opera a livello aziendale con funzioni prevalenti di pianificazione e controllo, la direzione di struttura, con funzione operativa di gestione diretta soprattutto degli aspetti organizzativi. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Funzioni = Sono l'insieme delle attribuzioni e responsabilità che ciascuna figura è chiamata a svolgere, in base alla professionalità di appartenenza ed al ruolo gerarchico ricoperto. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Indicatore = Caratteristica qualitativa o quantitativa di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire, costruire ipotesi, dare giudizi. (Pacchi C. et al, Qualità in organizzazioni sanitarie. Franco Angeli, Milano, 2002: 306)

Linee guida = Insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Mandato = Funzione generale indicata dalle norme e dai contratti. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Manutenzione = Ordinaria: uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole di base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o di parti di essi; Straordinaria: gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere nuovamente operativo in modo rapido e sicuro il servizio. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Mission = Scopo fondamentale cui si deve e si vuole puntare, ovvero la ragion d'essere dell'organizzazione; definizione chiara, breve e stimolante della direzione da prendere. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Obiettivo = è il fine che si desidera raggiungere; si può distinguere tra obiettivo dettagliato (insieme degli elementi costitutivi di un obiettivo generale) e obiettivo quantificato (obiettivo precisato tramite indicatori quantitativi). (OMS, Glossario Sanità, Quaderni di Sanità Pubblica, 14/15, Novembre 1980)

Obiettivo di apprendimento o educativo misurabile = si intende qualcosa che il discente deve saper fare alla fine del periodo di formazione, espresso in modo tale che osservatori/valutatori diversi possano essere d'accordo sul fatto che sia stato raggiunto. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Organizzazione = insieme di persone e di mezzi, con definite responsabilità, autorità e interrelazioni. (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Performance = quanto un'organizzazione sanitaria fa e ottiene svolgendo le funzioni fondamentali che le sono caratteristiche. Il livello di performance riguarda il grado di efficace e di appropriatezza della prestazione, la sua disponibilità, efficienza e sicurezza. (Vernero S. et al, Un sistema di qualità per la qualità del sistema, CSE Torino, 2002: 235).

Pianificazione = applicazione razionale delle conoscenze umane all'assunzione delle decisioni. Il suo intento consiste nello stabilire relazioni tra mezzi e fini, con lo scopo di raggiungere gli obiettivi mediante l'impiego più efficace delle risorse (OMS, Glossario Sanità, Quaderni di Sanità Pubblica, 14/15, Novembre 1980)

Politica per la qualità = obiettivi e indirizzi generali di un'organizzazione, relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Presidio = Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie. (Liva C., Accreditoamento volontario all'eccellenza:

la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Procedure = Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Procedure invasive = Introduzione di strumenti od attrezzature attraverso orifizi naturali o superfici corporee. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Processo = insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Profilo assistenziale = percorso che il cittadino svolge nel sistema sanitario, attraverso i servizi messi a disposizione, come il continuum assistenziale per risolvere il suo bisogno di salute; quindi il profilo assistenziale può essere composto da più profili di cura, ha una più forte valenza olistica rispetto ai bisogni del cittadino cui è primariamente orientato, necessita di una visione di insieme, ha una importante valenza strategica nella definizione organizzativa dei servizi. insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita (Russo R., Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie, 2000, 1, 4: 182-195.)

Progetto = processo a sé stante che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con date di inizio e fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti, ivi inclusi i limiti di tempo, di costi e di risorse (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Protocollo = schema predefinito, localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche o operative. Dà conto delle ragioni, vincoli, obiettivi delle attività in oggetto (Martiny G. et al, Glossario ragionato sulla qualità in sanità, Asl 22 Piemonte, 1999).

Qualità tecnica = Insieme di conoscenze tecnico-professionali e loro effettiva concretizzazione nella pratica da parte delle figure competenti, finalizzata al miglior risultato di salute per il singolo e per la comunità. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Qualità organizzativa = Insieme delle modalità di governo-regolazione-controllo del sistema, finalizzata agli stessi obiettivi. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Regolamenti interni = Sono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate. (Liva C., Accredimento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Sistema informativo = struttura aziendale cui sono deputati compiti di raccolta, organizzazione, elaborazione e diffusione del giusto tipo di informazione alla persona giusta e al momento giusto (Vernero S. et al, Un sistema di qualità per la qualità del sistema, CSE Torino, 2002: 239).

Soddisfazione del cliente = percezione del cliente su quanto i suoi requisiti siano stati soddisfatti (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Strategie = Le linee di sviluppo generale di lungo respiro dell'organizzazione. Esprimono come l'azienda/servizio intende muoversi per raggiungere gli obiettivi generali, in particolare quali sono le priorità individuate ed i percorsi per concretizzarle. (Liva C., Accredito volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Struttura organizzativa = Articolazione di responsabilità, autorità e interrelazioni tra persone. (UNI EN ISO 9000, UNI Milano dicembre 2000)

Tecnologia sanitaria = farmaci, strumenti e procedure mediche o chirurgiche utilizzate nell'erogazione delle cure (Pacchi C. et al, Qualità in organizzazioni sanitarie. Franco Angeli, Milano, 2002: 334)

Valori = Principi e criteri delle persone che operano in una organizzazione, e che esse considerano intrinsecamente validi, della massima importanza e che permettono di decidere le priorità dell'organizzazione. I valori sono congruenti con il mandato. (Liva C., Accredito volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Valutazione e miglioramento della qualità = Attività hanno lo scopo di garantire il cliente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono: 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento); 2) la determinazione delle cause possibili; 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità; 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza; 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo; 6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato; 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette ai clienti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative, ecc.). (Liva C., Accredito volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Vision = Quadro che si vuole andare a configurare ("come vogliamo essere") per rendere l'organizzazione in grado di svolgere la mission e realizzare gli obiettivi strategici. (Liva C., Accredito volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000, QA, 10, 3, settembre 1999: 161)

Questo documento e' stato pubblicato nell'articolo di Carlo Liva, *Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000* sulla rivista QA, Volume 10, Numero 3, Settembre 1999:145-161

SOCIETÀ ITALIANA PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA (VRQ)
ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SANITARI – 2000

CRITERI GENERALI

Premessa

Ogni capitolo inizia con una " definizione", che esprime i principi fondamentali sottesi ai contenuti del capitolo stesso.

Per alcuni dei criteri vi sono delle " interpretazioni" per meglio chiarire, anche con alcuni esempi, il significato dei criteri stessi e le modalità di applicazione e verifica.

LINEE DI GESTIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

Definizione: *Ogni servizio/unità operativa deve definire la propria "mission", gli obiettivi e le modalità organizzative. Dalla mission derivano gli obiettivi generali e specifici, che devono riflettere il ruolo del Servizio. Essi costituiscono la base per la pianificazione, la messa in atto e valutazione di tutti gli aspetti del servizio.*

Il servizio adotta uno o più documenti che specificano:

1. la mission;
2. la vision;
3. gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
4. le strategie complessive, e cioè i campi prioritari di azione e le principali attività per raggiungere gli obiettivi generali.

Gli obiettivi scelti sono orientati a garantire:

5. la centralità del cliente e del suo diritto alla salute;
6. la qualità tecnica delle prestazioni;
7. la qualità organizzativa;
8. la sicurezza e la soddisfazione degli operatori;
9. il buon uso delle risorse;
10. la integrazione tra i servizi e le unità operative dell'azienda od altri soggetti che concorrono agli stessi obiettivi.

Gli obiettivi devono avere le seguenti caratteristiche:

11. avere esplicitate le motivazioni che hanno portato alla loro scelta;
12. avere dei precisi responsabili;
13. essere misurabili e dotati di un adeguato sistema di monitoraggio;
14. avere scadenze chiaramente espresse;
15. avere chiara individuazione dei soggetti coinvolti;

Appendice b	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) Accreditamento dei Servizi Sanitari - 2000	Pagina 152 di 177
-------------	---	-------------------

16. chiara identificazione delle risorse assegnate.

17. Gli obiettivi del Servizio sono formulati con il contributo delle diverse componenti del servizio

Interpretazione: possono essere presenti verbali di riunioni, autori delle diverse professioni nei documenti ecc.

18. Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni, o quando si renda necessario.

Interpretazione: si rende necessario riesaminare gli obiettivi nel caso si verifichi un cambiamento nel ruolo della struttura, una estensione o riduzione dei servizi esistenti, un cambiamento delle conoscenze professionali, un cambiamento nell'organizzazione delle prestazioni, un cambiamento nell'organizzazione del personale.

19. Ogni Unità Operativa deve identificare i soggetti/clienti a cui fornisce prestazioni, e concordare con essi quali sono i loro bisogni e le modalità più adeguate di soddisfazione degli stessi. Devono essere concordati obiettivi di soddisfazione di tali bisogni, il cui grado di raggiungimento deve essere dimostrato.

Interpretazione: I soggetti cui ci si riferisce, non sono genericamente il Servizio Sanitario Nazionale ed i suoi iscritti, ma le strutture e le organizzazioni specifiche (Aziende Sanitarie, ospedali, Unità Operative sanitarie o tecnico-amministrative, dipartimenti ecc.), categorie di pazienti con specifiche patologie o di particolari bacini d'utenza, o prescrittori interni od esterni (medici di medicina generale, specialisti distrettuali od ospedalieri ecc.). In generale si devono prevedere incontri con i rappresentanti di tali categorie o i responsabili delle unità. Il requisito vuole portare i soggetti erogatori a confrontarsi con la propria utenza, sia intesa come cittadini utilizzatori che come soggetti prescrittori, al fine di promuovere la comunicazione, l'analisi dei bisogni, la ricerca delle soluzioni più adeguate per i problemi di salute, ma anche le modalità organizzative più opportune per le diverse necessità. L'uso ripetuto del verbo "concordare" vuole sottolineare la necessità di un confronto positivo tra i diversi soggetti, finalizzato alla soluzione dei problemi.

20. L'organizzazione interna è descritta in modo chiaro ed è ufficialmente formalizzata.

Interpretazione: individuazione delle articolazioni interne alle unità operative od altre modalità organizzative interne, e rispettivi responsabili.

21. Se le Unità Operative svolgono attività di ricerca, vi sono documenti che definiscono formalmente le finalità, le procedure, le eventuali fonti di finanziamento e le modalità di controllo.

L'ORGANIZZAZIONE PER IL CLIENTE

Definizione: *L'organizzazione dei servizi sanitari deve essere focalizzata sulla persona, la cui tutela e promozione della salute (come singolo e come comunità) è la sua ragion d'essere.*

Devono essere definiti:

22. – i programmi e le azioni per identificare i bisogni e le aspettative dei clienti

23. – le procedure di accesso e di prenotazione, in particolare i criteri per la definizione delle liste di attesa, differenziati per tipologia di problemi e di attività, approvati dalla Direzione Medica della struttura

24. – le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei famigliari nelle decisioni e nei piani di cura.

25. I pazienti con bisogni immediati hanno priorità d'accesso e di trattamento.

Appendice b	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) Accreditamento dei Servizi Sanitari - 2000	Pagina 153 di 177
-------------	--	-------------------

26. L'organizzazione informa i pazienti ed i famigliari su come saranno informati sulle condizioni sanitarie e sui trattamenti, e come potranno partecipare alle decisioni sanitarie.

27. Il paziente ed i famigliari sono informati in merito al diritto ed alle responsabilità rispetto al rifiuto od alla sospensione delle cure.

28. Tutti i pazienti presi in carico hanno una valutazione dei loro bisogni realizzata secondo procedure stabilite. Tale valutazione è eseguita entro i tempi stabiliti dalla organizzazione.

29. I bisogni medici ed infermieristici sono identificati nella valutazione iniziale. Sono identificati i bisogni di cura più urgenti ed importanti.

30. I locali garantiscono il rispetto della privacy del cliente.

31. Sono attivate misure per favorire la tutela degli effetti personali del cliente.

32. Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione del cliente.

33. Esistono documenti che esplicitano i diritti del cliente.

34. Sono definite le procedure per la gestione dei reclami o delle segnalazioni dei clienti.

35. Sono previste modalità di pagamento semplificate delle prestazioni.

Interpretazione: tra le modalità semplificate si possono prevedere Conto corrente postale, POS, carte di credito, ecc.

36. Al termine di ogni processo diagnostico/curativo/riabilitativo è prevista una relazione scritta conclusiva (lettera di dimissione, referto specialistico ecc.), che deve essere leggibile, contenere le informazioni essenziali, con chiara identificazione del professionista compilante (firma leggibile o timbro).

Sono garantite al cliente informazioni su:

37. – preparazione per esami o procedure

38. – modalità per contattare i curanti o i referenti

39. – modalità per ottenere copia della documentazione clinica

40. – eventuali costi da sostenere.

41. Sono disponibili documenti informativi, contenenti le informazioni essenziali per il cliente.

Interpretazione: tali documenti dovranno caratterizzarsi in funzione della complessità della struttura e delle prestazioni erogate, potendo quindi assumere le dimensioni semplice brochure, o foglio informativo o manifesto affisso.

I contenuti, a seconda del tipo di servizio e della tipologia di attività, potrebbero essere così articolati:

– indirizzo e il recapito telefonico delle Unità Operative

– illustrazione almeno delle principali prestazioni/attività erogate

– orari di apertura

– modalità di accesso

– modalità per ottenere informazioni sull'Unità Operativa

Appendice b	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) Accreditamento dei Servizi Sanitari - 2000	Pagina 154 di 177
-------------	--	-------------------

– modalità per presentare reclami o segnalazioni.

42. L'azienda ha iniziative formalizzate di educazione sanitaria.

43. È possibile il ritiro dei referti delle attività ambulatoriali anche il pomeriggio e, a richiesta del cliente, possono essere anche spediti a domicilio.

RISORSE UMANE

Definizione: *L'organizzazione deve promuovere e ottenere nel personale: motivazione, collaborazione, cooperazione. Deve essere garantita la formazione di base e continua di tutto il personale, che deve partecipare attivamente alla gestione delle risposte ai bisogni del cliente.*

44. Vi è evidenza che tutto il personale del servizio/azienda è stato messo a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi.

45. A scadenze predeterminate i dipendenti, ai diversi livelli vengono informati del grado di applicazione dei programmi e di raggiungimento degli obiettivi.

Interpretazione: i dipendenti ai diversi livelli (Unità Operativa e/o Dipartimento e/o azienda), devono essere informati del grado di raggiungimento degli obiettivi che li coinvolgono.

46. La comunicazione con gli altri servizi è adeguata e avviene secondo procedure formalizzate.

47. Vi è evidenza del coordinamento delle attività tra i diversi settori della azienda, in particolare i servizi di cura, diagnostici e di supporto.

48. Vengono effettuate analisi dei rischi professionali ed ambientali, e gli operatori sono adeguatamente informati e formati su tali rischi.

49. È definita in modo dettagliato l'attribuzione del personale al Servizio, con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali.

50. L'assegnazione di risorse umane programmata è rispettata.

51. Sono definite le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere.

Interpretazione: le funzioni devono essere definite in modo sintetico e chiaro, sia a livello aziendale (funzioni generali della tipologia professionale) sia a livello della specifica Unità Operativa, per quelli che sono gli aspetti particolari della attività professionale in quello specifico contesto.

52. Sono definite le competenze ed il training necessario per ogni figura professionale oltre alle modalità di acquisizione e di valutazione degli stessi.

Interpretazione: le competenze ed i training devono essere precisati per le specifiche esigenze delle diverse unità operative o loro articolazioni.

53. Il personale è addestrato sul suo ruolo per identificare i valori e le convinzioni dei pazienti e tutelare i loro diritti.
54. Esistono processi per garantire il mantenimento delle competenze richieste.
55. Nel caso di acquisizione di una nuova tecnologia, deve essere documentata l'effettuazione di un periodo adeguato di formazione.
56. Sono indicati i responsabili dell'unità operativa e delle sue eventuali articolazioni, e sono definiti i meccanismi per la loro sostituzione in caso di assenza.
57. Sono utilizzate procedure formalizzate di valutazione del personale, in particolare per valutare:
- 58. – possesso di competenze previste per lo svolgimento delle attività
 - 59. – attenzione al cliente
 - 60. – relazioni con i colleghi e l'altro personale
 - 61. – partecipazione ad iniziative di miglioramento della qualità.
62. Sono utilizzati indicatori di performance professionale, ricavati dalla letteratura e concordati con i professionisti.
63. Tali indicatori sono particolarmente focalizzati sui risultati delle attività in termini di salute, sui processi di cura, sulla attenzione al cliente.
64. Esistono procedure per la periodica valutazione del clima interno, e, ove si evidenzino problemi, sono prese iniziative di miglioramento.
Interpretazione: possono essere utili a tale scopo informazioni quali: tasso di partecipazione alle attività di formazione, dati su attività scientifica e produzione di linee guida, tasso di assenza per malattie, turnover del personale, numero di procedure disciplinari, numero di proteste dell'utenza o di altre Unità Operative, ecc.
65. Ogni Unità Operativa effettua riunioni periodiche di servizio, di cui dovrebbe esistere documentazione, preferibilmente con riassunto ed elenco dei partecipanti.
66. Sono disponibili appositi strumenti (bacheca di reparto, foglio informativo ecc.) per facilitare la circolazione delle informazioni all'interno dei servizi.
67. È documentabile l'attività di aggiornamento e formazione continua del personale; in particolare, ogni anno è predisposto un documento contenente l'analisi dei problemi e dei bisogni formativi, i criteri di scelta delle priorità, un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.
68. È individuato il responsabile delle attività di formazione a livello di azienda e di singolo servizio.

69. Vi sono modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

70. Esistono iniziative interne di aggiornamento (riunioni, meeting ecc.).

71. È svolta una attività formale di socializzazione delle conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura

72. Tutto il personale deve essere preparato per la gestione delle emergenze, attraverso programmi educativi e di addestramento.

73. Vengono svolte periodiche iniziative di formazione mirate agli aspetti di diretto rapporto con il cliente, quali comunicazione, ascolto, umanizzazione, personalizzazione.

74. Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili.

PROCEDURE

Definizione: *Nel servizio esistono regolamenti e linee-guida scritti per la gestione delle più comuni e/o importanti procedure tecniche e professionali.*

75. Le linee guida e i regolamenti sono preferibilmente sintetici, essenziali, mirati alla rapida consultazione e sono facilmente disponibili.

76. Di ogni linea guida o regolamento devono essere chiaramente indicati: motivo/obiettivo che ne ha determinato lo sviluppo, in quali casi/settori si utilizzano, autore o referente, data della compilazione o della conferma o aggiornamento.

Ogni Unità Operativa possiede documenti che specificano:

77. – modalità con cui si garantisce la continuità assistenziale in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici);

78. – modalità con cui si garantisce la continuità delle attività operative, anche non direttamente correlate agli aspetti assistenziali;

79. – criteri e modalità di accesso del cliente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);

80. – modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento, concordati con la Direzione Medica;

81. – modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori, approvati dalla Direzione Medica;

82. – modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti, approvati dalla Direzione Medica;

83. – gestione dei rifiuti;

84. – modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, schede ambulatoriali, referti specialistici ecc.), approvati dalla Direzione Medica;

85. – situazioni per le quali è necessario il consenso scritto del cliente, procedure per informare ed ottenere il consenso (con indicazione delle figure responsabili), descrizione dei casi in cui vi possono essere soggetti sostitutivi (genitori, parenti, tutore ecc.) e procedure conseguenti, approvati dalla Direzione Medica.

86. Sono definiti i tempi di conservazione e le modalità di eliminazione delle documentazioni obsolete.

DOCUMENTAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO

Definizione: *Esiste un sistema informativo adeguato a raccogliere, validare, elaborare e diffondere nelle modalità più adeguate tutte le informazioni necessarie alla gestione dell'attività del servizio e dell'azienda, nonché al debito informativo istituzionale (livello regionale e nazionale).*

87. Esiste un responsabile del sistema informativo.

88. Il servizio possiede dati aggiornati, affidabili, specifici, per valutare i risultati delle attività svolte, espressi in termini di miglioramento di salute o comunque di effetto sul cliente. Sono monitorati almeno alcuni risultati indesiderati.

89. Esistono documenti che specificano la responsabilità nella rilevazione dei dati, le modalità di verifica della loro qualità, della loro completezza e le modalità di diffusione.

Interpretazione: Devono essere indicati in modo chiaro anche dove i dati sono rintracciabili, a chi possono/devono essere comunicati e con quali eventuali autorizzazioni.

90. Deve esistere una forma di registrazione di tutti i clienti visti, sia essa su supporto cartaceo o informatizzato.

91. Sono definiti i criteri per la costruzione dei referti e dell'altra modulistica di servizio, approvati dalla Direzione Medica.

92. Tutti i tipi di consenso informato sono documentati nelle cartelle cliniche/schede ambulatoriali.

93. Esiste una verifica periodica della validità del sistema informativo.

94. Esistono procedure di verifica che le informazioni inerenti alle modalità di funzionamento delle UO, alla applicazione degli istituti contrattuali, di regolamenti o procedure, raggiungono i destinatari previsti nei modi e nei tempi stabiliti.

95. Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del servizio, in particolare illustrando il raggiungimento degli obiettivi ed il tasso di eventi indesiderati.

96. La relazione deve essere portata a conoscenza del personale dell'Unità Operativa e della direzione dell'azienda.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

Definizione: *Nell'azienda e nell'Unità Operativa esistono politiche/strategie per la qualità, che vedono il coinvolgimento attivo degli operatori, sono relazionati a problemi rilevanti per i clienti, sono sistematicamente concretizzate e periodicamente rivalutate.*

97. Esiste un documento che delinea le politiche/strategie e gli obiettivi per la qualità a livello di singola Unità Operativa. Tale documento è congruente con i corrispondenti documenti aziendali, ed è periodicamente aggiornato sulla base delle necessità del cliente e dei risultati delle attività di valutazione predisposte dall'unità e dall'azienda.

98. A livello aziendale ed in ogni Unità Operativa o dipartimento è nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.

99. Ogni Unità Operativa deve svolgere attività focalizzate sulle procedure e sui risultati delle cure al paziente, e di tale attività deve esistere documentazione attendibile.

Interpretazione: I problemi scelti dovrebbero essere preferibilmente rilevanti per gravità o frequenza, chiaramente definiti nelle loro caratteristiche e dimensioni.

100. Per ogni progetto devono essere specificati i criteri di priorità che hanno portato alla sua selezione.

101. Esiste un sistema di monitoraggio continuo dei risultati inerenti alla qualità.

102. I risultati dei programmi di miglioramento sono periodicamente comunicati agli operatori del servizio ed alla direzione dell'azienda.

103. Il servizio utilizza degli indicatori per la valutazione delle proprie attività e dei loro risultati.

104. Sono documentabili cambiamenti (organizzativi, tecnici, ecc.) derivati dalle attività valutative effettuate.

105. Vi è registrazione sistematica degli errori ed incidenti e documentazione delle azioni intraprese per risolverli.

106. Esistono procedure formalizzate di verifica periodica delle condizioni di accessibilità, pulizia/igiene, uso appropriato delle strutture.

107. Esistono verifiche che le attività e le procedure assistenziali vengano svolte secondo le modalità previste.

108. Esistono verifiche periodiche della qualità della documentazione clinica.

STRUTTURE

Definizione: *I locali devono essere strutturati secondo una razionalità che tenga conto della praticità d'uso, del rispetto delle norme di sicurezza, delle esigenze igienico-sanitarie, del comfort dei clienti e degli operatori.*

109. Devono essere presenti adeguate indicazioni all'esterno ed all'interno della struttura per facilitare l'accesso dei clienti e l'individuazione dei percorsi. Devono essere presenti indicazioni che aiutino il cliente ad orientarsi e facilmente indirizzarsi verso le strutture appropriate attraverso i percorsi più semplici e praticabili (eventualmente anche differenziati per portatori di handicap), planimetrie con indicazioni della collocazione dei diversi servizi/ambulatori, tabelle con orari di visita e/o accesso, indicazioni per parcheggi o fermate mezzi pubblici.

110. La segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione, protetta da manomissioni.

Nelle aree aperte ai clienti vi devono essere:

111. – gli accessi percorribili da portatori di handicap

112. – sala d'attesa per clienti e parenti con adeguato numero di posti a sedere

113. – servizi igienici per clienti ed accompagnatori presso le sala d'attesa, di cui almeno uno per piano per portatori di handicap

114. – nelle strutture poliambulatoriali, almeno un'area per bebè (fasciatoio ecc.)

115. – disponibilità di telefoni pubblici.

116. Nelle Unità Operative devono essere presenti spazi/armadi/locali adeguati per l'immagazzinamento di materiali d'uso, farmaci, dispositivi, telerie ecc.

117. Vi sono adeguate distinzioni tra ambienti e percorsi (o modalità di trasporto igienicamente adeguate) per materiali puliti e sporchi.

118. Vi è documentazione che tutti gli impianti (elettrici, anti-incendio, gas ecc.) sono a norma.

119. Sono presenti e adeguatamente indicate le vie di fuga in caso di incendio o catastrofe.

ATTREZZATURE E DOTAZIONI

Definizione: *Devono essere presenti le attrezzature per permettere la completa e sicura esecuzione delle attività che il servizio si è impegnato a svolgere, tenendo conto dei progressi scientifici, degli effettivi bisogni dei clienti, della valutazione delle tecnologie (sicurezza, efficacia, affidabilità, obsolescenza ecc.).*

Appendice b	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) Accreditamento dei Servizi Sanitari - 2000	Pagina 160 di 177
-------------	---	-------------------

120. Sono presenti le attrezzature essenziali per le attività che il servizio svolge.
121. In ogni Unità Operativa esiste l'inventario delle attrezzature.
122. Vi è una verifica periodica della dotazione e della sua efficienza.
123. Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione.
124. Sono stati nominati i responsabili dell'attivazione e verifica di tali procedure.
Interpretazione: Responsabili della gestione: non semplicemente i dirigenti delle unità operative, ma gli operatori che effettivamente utilizzano le attrezzature e svolgono le attività di uso e manutenzione
La manutenzione può essere anche a carico di un'altra Unità Operativa dell'azienda o ad un soggetto esterno, ma devono essere presenti le informazioni richieste. Solitamente è necessario un quaderno/registro ove sono riportate le date degli interventi, i nomi degli esecutori. In caso di convenzione con altri soggetti esterni, deve essere dimostrabile la programmazione e l'esecuzione degli interventi.
125. Vi è evidenza che tutto il personale è stato messo a conoscenza dell'esistenza di tali procedure e delle modalità della loro attivazione o dell'individuazione dei responsabili.
Interpretazione: possono essere presenti verbali di riunioni, avvisi affissi, copie di lettere inviate, comunicazioni ecc.
126. Tutte le riparazioni della strumentazione sono registrate con definizione di tipo di problema, causa, costi.
127. Il personale utilizzatore delle apparecchiature e dei dispositivi è coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto, ed in particolare per la definizione delle specifiche tecniche, criteri di scelta, risultati attesi, bisogni formativi correlati.
128. Tutte le attrezzature biomediche sono a norma di legge (in particolare presenza del marchio CE).
129. Nei servizi dotati di degenza e presso gli ambulatori ove si svolgono indagini/procedure cruento o a rischio deve essere presente attrezzatura per la rianimazione di base, che deve essere facilmente accessibile da parte di tutto il personale.
Interpretazione: deve essere collocata su un carrello od in un armadio, facilmente accessibili in ogni momento da parte del personale, preferibilmente in un zona "centrale" rispetto alle possibili esigenze.
130. Deve esistere un elenco della dotazione prevista di farmaci e presidi, la cui effettiva presenza andrà periodicamente controllata.
131. Le date di scadenza dei farmaci e delle confezioni sono periodicamente verificate.

CRITERI PER I PRESIDI OSPEDALIERI

Appendice b	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) Accreditamento dei Servizi Sanitari - 2000	Pagina 161 di 177
-------------	--	-------------------

1. Ogni Unità Operativa deve organizzarsi in modo da ottimizzare la sua capacità di risposta alle esigenze delle altre unità aziendali.
2. Sono garantite modalità di accettazione sanitaria ed amministrativa unitarie, garantendo all'utenza procedure semplici, facendo carico alla struttura di tutti percorsi.
3. La valutazione iniziale dei pazienti ammessi deve essere realizzata entro 24 ore dall'ingresso, e comunque prima delle procedure anestesiolgiche e chirurgiche.
4. Tutti i pazienti sono rivalutati rispetto ai loro bisogni ad intervalli appropriati, basati sulle loro condizioni, sui bisogni e sulle politiche dell'ospedale.
5. Tutte le valutazioni, iniziale e successive, sono documentate nella cartella clinica.
6. Nelle strutture ospedaliere devono essere presenti la Commissione per il controllo e la sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere, il Comitato per il buon uso dei farmaci, il Comitato per il buon uso del sangue ed il Comitato etico.
7. Nel caso di interventi chirurgici complessi o fortemente demolitivi o procedure particolarmente rischiose, il paziente deve essere informato della possibilità di avvalersi di una seconda opinione.
8. I referti radiologici e di laboratorio sono disponibili nei tempi stabiliti dall'organizzazione.
9. Vi sono linee guida e regolamenti che guidano:
 10. – la cura dei pazienti in emergenza
 11. – l'uso dei servizi di rianimazione
 12. – la manipolazione, l'uso e la somministrazione del sangue e dei suoi derivati
 13. – la cura dei pazienti comatosi od in supporto vitale
 14. – la cura dei pazienti infettivi od immunodepressi
 15. – la cura dei pazienti dializzati
 16. – la gestione dei pazienti soggetti a restrizioni
 17. – la cura degli anziani e dei bambini
 18. – la prescrizione e la somministrazione dei farmaci
 19. – l'auto somministrazione dei farmaci
20. – la preparazione, manipolazione, conservazione e distribuzione delle terapie nutrizionali per sonde enterali o parenterali.
21. I rischi, le possibili complicanze, le opzioni sono discusse con il paziente o con i suoi famigliari prima delle procedure anestesiolgiche e/o chirurgiche.
22. Sono registrati in cartella i bisogni informativi/educativi del paziente.

23. L'azienda, se richiesta dai pazienti o dai famigliari, fornisce nominativi di soggetti accreditati (singoli, agenzie, cooperative ecc.) per assicurare compagnia ai pazienti.
24. I pazienti possono usufruire di assistenza spirituale a richiesta. Tale opportunità è disponibile per le principali religioni presenti tra la popolazione assistita.
25. Fatte salve specifiche esigenze sanitarie, è sistematicamente garantita alle gravide e puerpere la possibilità di essere accompagnate da un famigliare o da una persona di loro scelta.
26. Ove sono ricoverati bambini, sono garantiti spazi per il gioco, preferibilmente differenziati per fasce di età, e distinti dalle sale d'attesa e dalle sale di degenza e dai corridoi. Vi sono modalità per permettere anche la prosecuzione delle attività scolastiche.
27. Nelle stanze di degenza devono essere presenti: illuminazione e ventilazione naturali, finestre con visione aperta verso l'esterno, ambienti e arredi confortevoli.
28. Deve essere garantita la elaborazione di diete speciali, che tengano conto dei gusti del paziente.
29. Sono disponibili almeno due menù per ogni pasto per i degenti a dieta libera.
30. Esistono verifiche periodiche della qualità dei pasti (caratteristiche organolettiche, appetibilità, temperatura ecc.).
31. I famigliari o gli accompagnatori hanno la possibilità di ristorazione all'interno della struttura.
32. Nelle strutture complesse è possibile l'acquisto di bibite e bevande calde, nelle strutture con degenza anche oggetti per l'igiene personale (sapone, dentifricio, assorbenti ecc.) ed alimenti (biscotti, caramelle ecc.).
33. Nelle strutture con degenza è possibile acquistare giornali e riviste, prevedendo, di norma, almeno un giro al giorno di un rivenditore.
34. All'ingresso ed alla dimissione vi è una valutazione delle necessità assistenziali del paziente. Se necessario, ne viene data formale comunicazione ove prosegue la gestione dei problemi di salute del paziente.
35. Devono essere indicate le procedure di isolamento temporaneo degli ammalati di malattie infettive.
36. Nei reparti di degenza è garantito ai morenti il rispetto della dignità personale ed il diritto al conforto dei famigliari e religioso.

37. I locali permettono le onoranze funebri, nel rispetto delle fedi religiose, privacy, umanizzazione e personalizzazione.
38. Devono essere presenti procedure per il riconoscimento delle salme, la gestione dei beni (abiti, documenti ecc.) dei deceduti.
39. Deve essere adeguatamente esposto all'esterno l'orario per le visite dei dolenti.
40. Esiste un monitoraggio mediante indicatori di:
 41. – sicurezza e controlli di qualità in laboratorio e radiologia
 42. – procedure chirurgiche
 43. – uso di antibiotici e degli altri farmaci, ed errori di somministrazione
 44. – uso dell'anestesia
 45. – uso del sangue ed emoderivati
 46. – controllo delle infezioni
 47. – gestione dei rischi
 48. – uso appropriato ed efficiente dell'ospedale
 49. – aspettative e soddisfazione dei pazienti e dei loro famigliari
 50. – aspettative e soddisfazione degli operatori.

SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE

Al fine di facilitare l'utilizzo del manuale, sono state predisposte le schede delle pagine successive che possono essere fotocopiate e utilizzate per compilare i requisiti.

Nella scheda, una per ogni area del manuale, sono riportati:

- i criteri, secondo la numerazione prevista dal manuale
- i punteggi, per ogni criterio, derivati da quelli utilizzati nella fase sperimentale descritta nel capitolo 4
- gli score quantitativi, previsti dal manuale (in grigio sono gli score non utilizzabili per lo specifico criterio)
- gli score qualitativi, espressi su tre livelli e precisamente:
 - o non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio (e relativa probabilità che nei sei mesi successivi alla valutazione venga attivato un intervento migliorativo specifico per quel criterio)
 - o si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili (e relativa probabilità che nei sei mesi successivi alla valutazione vengano reperite le risorse disponibili)
 - o ci si sta lavorando (e la relativa probabilità che entro sei mesi dalla valutazione venga ultimata l'attività specifica).

L'utilizzo di queste schede, da parte di più persone appartenenti al servizio, e relativa lettura delle autovalutazioni, può risultare anche un utile strumento per stimare qual è la visione del servizio da parte degli operatori e, in specifiche situazioni, la loro conoscenza del servizio stesso.

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

Criteria			Score quantitativo					Score qualitativo					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
	2	9											
	3	10											
	4	7											
	5	7											
	6	7											
	7	6											
	8	4											
	9	9											
	10	7											
	11	5											
TOTALE		80											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Critero</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
			<i>L'organizzazione per il cliente</i>	12	8								
	13	6											
	14	6											
	15	7											
	16	7											
	17	7											
	18	8											
	19	7											
	20	7											
	21	7											
TOTALE		70											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criteria</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<u><i>Punteggio</i></u>	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
			<i>Risorse umane</i>	22	6								
	23	6											
	24	6											
	25	6											
	26	6											
	27	16											
	28	16											
	29	16											
	30	16											
	31	6											
	32	6											
	33	6											
	34	6											
	35	6											
	36	6											
	37	6											
	38	6											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criterio</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<u><i>Punteggio</i></u>	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Segue Risorse Umane</i>	39	6											
	40	6											
	41	6											
	42	6											
	43	6											
	44	6											
TOTALE		181											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criteria</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
			<i>Procedure</i>	45	10								
	46	10											
	47	6											
	48	12											
	49	12											
	50	12											
	51	12											
	52	12											
TOTALE		86											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Critero</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
			<i>Documentazione e sistema informativo</i>	53	8								
	54	10											
	55	8											
	56	8											
	57	8											
	58	8											
TOTALE		50											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Critero</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<i>Punteggio</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Valutazione e miglioramento</i>	59	11											
	60	11											
	61	11											
	62	11											
	63	11											
	64	11											
	65	11											
TOTALE		77											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criteria</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	1	2	3	4	5	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Struttura</i>	66	7											
	67	7											
	68	7											
	69	7											
	70	12											
	71	9											
	72	7											
	73	9											
	74	7											
	75	7											
	76	16											
TOTALE		95											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criteria</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<i>Punteggio</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Attrezzature e dotazioni</i>	77	8											
	78	8											
	79	8											
	80	8											
	81a	8											
	81b	8											
	81c	8											
	81d	8											
	82	8											
	83	8											
	84	8											
	85	8											
	86	8											
	87	8											
	88	8											
	89	8											
	90	8											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Criterio</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	<i>Punteggio</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Segue Attrezzature e dotazioni</i>	91	8											
	92	8											
	93	8											
	94	8											
	95	8											
	96	8											
	97	8											
TOTALE		196											

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica
A cura di Augusta Palmo e Roberto Russo

<i>Critério</i>			<i>Score quantitativo</i>					<i>Score qualitativo</i>					
<i>Area</i>	<i>Numero</i>	Punteggio	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Non si è mai pensato a quanto richiesto nel criterio</i>	<i>Probabilità che si attivi un intervento migliorativo entro 6 mesi</i>	<i>Si è pensato a quanto richiesto dal criterio ma non si hanno risorse al momento disponibili</i>	<i>Probabilità che siano disponibili le risorse entro 6 mesi</i>	<i>Ci si sta lavorando</i>	<i>Probabilità di terminare l'attività entro 6 mesi</i>
<i>Attività specifiche</i>	98	12											
	99	12											
	100	12											
	101	12											
	102	12											
	103	12											
	104	12											
	105	12											
	106	12											
	107	12											
	108	12											
	109	12											
	110	12											
	111	12											
TOTALE		168											