

## **Sistema di promozione e controllo di qualità e Bienveillance**

Valutazione della qualità e della bienveillance nel contesto della “Pianificazione integrata dei settori strutture per anziani, assistenza e cure a domicilio e servizi di mantenimento a domicilio 2021-2030”.

Autore: Emmanuelle Bortolin, SUPSI Servizio qualità

Versione del 05.10.2020

## Indice

<b>Executive summary</b> .....	4
<b>Prima Parte: Fotografia del modello attuale di monitoraggio della qualità</b> .....	5
1. Introduzione .....	5
1.1 Accenno storico dello sviluppo della qualità nell'ambito sanitario .....	5
1.2 Evoluzione del concetto di qualità nell'ambito socio-sanitario.....	6
1.3 Contesto legale federale .....	7
1.4 Contesto legale cantonale .....	8
1.4.1 Per le case anziani .....	8
1.4.2 Per le cure a domicilio.....	9
1.5 Strategie attualmente in corso a livello cantonale e federale .....	10
1.6 Qualità nella presa a carico dell'anziano, bientraitance, qualità percepita e valutazione della qualità .....	10
1.6.1 Qualità nella presa a carico dell'anziano .....	10
1.6.2 Bientraitance.....	11
1.6.3 Qualità percepita.....	11
1.6.4 Sistema di gestione della qualità e fondamenti della qualità .....	12
1.6.5 Strumenti di valutazione della qualità.....	13
2. Descrizione del sistema attuale di monitoraggio e promozione della qualità .....	15
2.1. Case anziani .....	15
2.1.1 Requisiti qualità definiti per le case anziani.....	15
2.1.2 Strumenti di valutazione dei requisiti della qualità per le case anziani.....	21
2.1.3 Rilevazione della qualità percepita con SODDI.....	22
2.2. Cure a domicilio .....	25
2.2.1 Requisiti qualità definiti per i Servizi di assistenza e cura a domicilio .....	26
2.2.2 Strumenti di valutazione dei requisiti della qualità per le cure a domicilio.....	28
2.2.3 Particolarità per gli infermieri indipendenti.....	29
2.3 Altri tipi di strutture sottoposte a requisiti di qualità coinvolte nella cura dell'anziano. ....	31
2.3.1 Requisiti qualità definiti per i centri diurni .....	31
2.3.2 Strumenti di valutazione dei requisiti per i centri diurni socio-assistenziali .....	31
2.4 Conclusione sulla descrizione del modello attuale di monitoraggio della qualità.....	31
<b>Seconda parte: valutazione dell'adeguatezza del monitoraggio della qualità</b> .....	33
3. Introduzione.....	33
4. Basi per un'eventuale ridefinizione del sistema di gestione della qualità dell'UACD.....	33
5. Valutazione degli strumenti per il monitoraggio e la promozione della qualità per le CpA .....	36

5.1 Rapporto di autovalutazione.....	37
5.1.1 Obiettivi dello strumento .....	37
5.1.2 Analisi dello strumento.....	37
5.1.3 Conclusioni .....	38
5.2 SODDI .....	39
5.2.1. Obiettivi dello strumento .....	39
5.2.2 Analisi dello strumento.....	39
5.2.3 Conclusioni .....	44
5.3 Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio per le CpA nel suo insieme.....	45
5.3.1 Scelta dello strumento d'analisi per il rilevamento del gap tra il modello attuale e quello auspicato.....	45
5.3.2 Gap tra il modello attuale e quello auspicato.....	46
5.4 Conclusione sul modello di monitoraggio della qualità per le CpA.....	47
6. Valutazione degli strumenti per il monitoraggio della qualità nelle Cure a domicilio .....	48
6.1 Valutazione trimestrale delle cartelle .....	48
6.2 SODDI .....	48
6.3 Valutazione dell'adeguatezza del modello di monitoraggio per i SACD nel suo insieme.....	48
6.4 Valutazione dell'adeguatezza del modello di monitoraggio per gli infermieri indipendenti.....	49
6.5 Conclusione .....	49
7. Proposte di miglioramento del modello di monitoraggio .....	50
7.1 Proposte nell'ambito delle CpA .....	50
7.2 Proposte di miglioramento per i SACD (e OACD).....	51
7.3 Proposte di miglioramento per gli infermieri indipendenti.....	52
7.4 Proposte di miglioramento sistemiche .....	52
<b>Terza parte: implicazioni per l'UACD delle proposte di miglioramento .....</b>	<b>54</b>
8. Implicazioni di miglioramento per l'UACD delle proposte di intervento .....	54
8.1 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio della qualità nelle CpA .....	54
8.2 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio degli SACD e OACD.....	55
8.3 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio degli infermieri indipendenti .....	56
8.4 Implicazioni delle proposte di miglioramento sistemiche.....	56
9. Possibili approfondimenti successivi .....	59
Allegati .....	60
Bibliografia e sitografia .....	89

## Executive summary

La tematica qualità è sempre più attuale e importante nell'ambito delle cure e della presa a carico di persone, specialmente le persone più a rischio come l'anziano. In questo contesto, per progettare la prossima pianificazione, l'UACD ha richiesto una valutazione del sistema attuale di monitoraggio e della promozione della qualità. Questo rapporto si prefigge di fornire una valutazione partendo da un paragone tra la situazione attuale e quella ideale e fornire spunti di riflessione per migliorare il sistema e per raggiungere la situazione ideale.

Il Cantone Ticino per offrire prestazioni, per quanto riguarda la salute e la presa a carico della sua popolazione anziani, ha deciso di delegare a terzi la fornitura di queste prestazioni. Queste prestazioni vengono fornite da Case per anziani, centri diurni, SACD o infermieri indipendenti.

Per garantire che queste prestazioni siano di qualità su tutto il territorio, l'Amministrazione Cantonale ha implementato un sistema di monitoraggio e promozione della qualità. Questo sistema si compone da due aspetti principali: da una parte l'individuazione di criteri qualitativi detti anche requisiti minimi di qualità (criteri alla base della documentazione della qualità) e dall'altra la rilevazione di questi indicatori di qualità attraverso diverse modalità esplicitate in questo rapporto. Questa rilevazione regolare, o monitoraggio, permette anche in modo indiretto, grazie a un riscontro e a un confronto tra strutture o operatori, di promuovere la qualità.

Nella prima parte di questo rapporto, sono trattati dapprima diversi punti introduttivi utili a contestualizzare il rapporto e alcuni concetti legati alla qualità volti ad una migliore comprensione del tema. Successivamente, è presentata una descrizione dell'attuale sistema di monitoraggio e promozione della qualità, applicato alle diverse tipologie di strutture nel Cantone (Case anziani, SACD, Centri diurni e infermieri a domicilio).

Nella seconda parte del rapporto, sono sviluppate sia la valutazione del sistema che le proposte di miglioramento. La valutazione dell'adeguatezza dell'attuale sistema di monitoraggio della qualità viene realizzata attraverso la rilevazione del Gap tra gli indicatori richiesti dalla documentazione disponibile sul sito del UACD e quelli richiesti in una norma internazionale come ISO 9001:2015. Il monitoraggio avviene essenzialmente attraverso ispezioni dell'UMC, autovalutazioni o inchieste di soddisfazione (SODDI). Ad oggi, il monitoraggio, che si basa su più metodi di verifica, risulta essere adeguato ma potrebbe essere migliorato in quanto non contempla certi aspetti importanti come ad esempio la gestione del rischio. Inoltre, è da sottolineare che il monitoraggio non avviene in modo uniforme in quanto, ad esempio per i SACD, la rilevazione della soddisfazione degli utenti non avviene più in modo sistematico da anni.

Le proposte di miglioramento sono formulate per ambiti e per livello di miglioramento della qualità. La proposta principale concerne l'implementazione di un sistema di gestione della qualità presso i fornitori di prestazioni. Questo potrebbe essere un mezzo per facilitare l'implementazione di procedure comuni, che, a loro volta, potrebbero facilitare la presa a carico da una struttura all'altra. Inoltre, per migliorare ulteriormente il sistema di monitoraggio potrebbe essere utile implementare un sistema di gestione della qualità anche all'interno dell'Ufficio anziani e cure a domicilio. Questo significa formare o introdurre una figura che possa fungere da gestore qualità presso l'UACD.

La promozione della qualità potrebbe essere potenziata anche grazie a riscontri più regolari e alla pubblicazione di rapporti sulle considerazioni e sui progetti attuati nelle varie strutture, che hanno portato a miglioramenti della qualità al loro interno.

La terza parte del rapporto descrive le possibili implicazioni delle proposte di miglioramento sia per i diversi ambiti che per l'UACD stesso, suddividendole tra tre livelli di sviluppo della qualità. Queste implicazioni riguardano soprattutto un maggior coinvolgimento del personale dell'UACD definendo compiti specifici nel miglioramento della qualità e di conseguenza l'allocazione di risorse e/o le necessarie formazioni in ambito della qualità.

## **Prima Parte: Fotografia del modello attuale di monitoraggio della qualità**

### **1. Introduzione**

Nell'ambito delle sue attività, l'Ufficio Anziani e Cure a Domicilio (UACD) sottoporrà al Consiglio di Stato, alla fine dell'anno 2020, un rapporto per la "Pianificazione integrata dei settori strutture per anziani, assistenza e cure a domicilio e servizi di mantenimento a domicilio 2021-2030".

Per realizzare questo rapporto, l'UACD con la risoluzione governativa 6235<sup>1</sup> ha dato mandato alla SUPSI di fornire:

- Un rapporto sul ritratto dell'anziano di domani nel Canton Ticino;
- Un rapporto sul concetto e sui vantaggi di una pianificazione integrata rispetto a quella settoriale;
- Un rapporto sull'attuale sistema di gestione della qualità finalizzato all'elaborazione di una proposta di miglioramento del medesimo.

Il presente rapporto si concentra su quest'ultima parte del mandato. Sarà quindi effettuata una valutazione dell'adeguatezza del modello attuale di monitoraggio, ed in seguito proposto un aggiornamento dello stesso includendo il concetto di bientraitance.

L'obiettivo delle analisi svolte dal Servizio qualità SUPSI è quello di fornire:

- In una prima parte, una descrizione in grandi linee del modello attuale di monitoraggio e promozione della qualità nell'ambito delle case anziani e delle cure a domicilio nel Cantone Ticino;
- In una seconda parte, di fornire un'analisi del modello attuale, con la rilevazione di eventuali gap tra il modello attuale e quello auspicato, al fine di valutare l'adeguatezza del modello attuale di monitoraggio;
- In una terza parte, di proporre l'aggiornamento del modello attuale integrando gli indicatori relativi alla bientraitance.

Prima di affrontare la descrizione del modello attuale di valutazione e promozione della qualità, occorre dare un breve cenno storico dello sviluppo della qualità nel tempo, descrivere l'evoluzione delle sue dimensioni e fornire una descrizione del contesto legale, sia a livello federale che cantonale. Queste informazioni permetteranno di contestualizzare l'importanza e il significato della qualità nell'ambito socio-sanitario e il suo conseguente monitoraggio.

Saranno esplicitati in seguito, per maggiore comprensione delle argomentazioni, i termini specifici legati alla qualità come ad esempio "sistema di gestione della qualità", "valutazione della qualità" o "bientraitance".

#### **1.1 Accenno storico dello sviluppo della qualità nell'ambito sanitario**

Il concetto di qualità non è un concetto recente. Già cinque secoli prima di Cristo questo concetto appariva in alcuni scritti. Tuttavia, è solo a partire dagli anni successivi alla fine della seconda guerra mondiale, che i principi di qualità sono applicati in modo più sistematico, principalmente nel settore industriale.<sup>2</sup>

A differenza di questo settore, dove sono state messe in atto rigorose strategie di miglioramento della qualità per garantire i migliori risultati in termini di efficienza, gli operatori sanitari erano riluttanti ad

---

<sup>1</sup> (Il Consiglio di Stato, 2019)

<sup>2</sup> (Qualitiamo, 2020a)

applicare tali strategie a livello di sistema, sostenendo ad esempio che a differenza degli oggetti ogni paziente è diverso.<sup>3</sup>

È unicamente negli anni 2000, dopo la pubblicazione del rapporto “Err is human”<sup>45</sup>, che la promozione e lo sviluppo della qualità nell’ambito sanitario, così come il suo controllo e la sua misurazione, ha iniziato a svilupparsi in modo sistematico. L’effetto principale di questo rapporto è stato quello di portare una maggiore consapevolezza sul fatto che non fosse sufficiente affidare ai professionisti della sanità l’intero sistema, ma che fosse fondamentale anche promuovere, sviluppare e misurare la qualità per poter garantire che tutti i criteri della qualità fossero presi in considerazione e applicati nel migliore dei modi.

Per rispondere alla necessità di promuovere e sviluppare la qualità, è quindi stata ulteriormente sviluppata la *Governance* sia a livello statale che degli ospedali (*clinical governance*). La *Governance* è qui intesa come strumento “per definire i processi implementati per fornire la supervisione della gestione, la guida e la conformità alla politica e alle procedure nel rispetto delle preferenze della popolazione”<sup>6</sup>. In questo contesto, il concetto si riferisce alla *Corporate Governance* (statale o societaria), che si situa per lo più ad un alto livello decisionale. La *Governance* statale comprende non solo l’autorità e il controllo, ma anche la responsabilità, la gestione e la leadership, e il suo scopo principale è il funzionamento quotidiano.<sup>7</sup>

Per adempire al loro ruolo di *Governance*, diversi Paesi si sono dotati di strutture governative o federali per la valutazione e la promozione della qualità. In Francia, ad esempio, è stata creata nel 2004 la Haute Autorité de Santé che ha diversi ruoli. Tra questi troviamo la valutazione delle prestazioni di servizio, l’accreditamento dei professionisti della sanità, la diffusione delle buone pratiche e linee guide e l’informazione rivolta ai professionisti e utenti della sanità.<sup>8</sup> La Svizzera non dispone ad oggi di un unico istituto federale incaricato di assumersi questi ruoli. La LaMal lascia la libertà a ciascun Cantone di organizzare la propria *Governance* in materia di sanità. Questo implica che, al momento attuale, vi sia un’eterogeneità di o dei? sistemi di *Governance* e l’impossibilità di svolgere un *benchmarking* tra un Cantone e l’altro.<sup>9</sup>

## 1.2 Evoluzione del concetto di qualità nell’ambito socio-sanitario

La qualità è nata dalla necessità di fornire servizi o prestazioni che corrispondessero a norme o standard prestabiliti da esperti del settore. Questi standard, seppure pertinenti alla qualità, non sempre si sono dimostrati adeguati alla singola persona. Da questo paradosso è nata la necessità di ampliare il concetto di qualità. Per rispondere a questa nuova esigenza, è quindi stato creato il concetto di *patient-centered care*, ovvero la qualità delle cure centrate sulla persona che usufruisce di servizi o prestazioni legati alle cure. Questo nuovo concetto di qualità è viene inteso come la qualità dei servizi e prestazioni che rispettino l’individualità e la volontà dell’utente.<sup>10</sup>

Il risultato di questa evoluzione e dell’ampliamento del concetto di qualità porta alla definizione proposta dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), che definisce la qualità delle cure come “un’assistenza sanitaria sicura, efficace, tempestiva, efficiente, equa e incentrata sulle persone”.<sup>11</sup>

---

<sup>3</sup> (Schwappach & Conen, 2012, p. 5)

<sup>4</sup> (Vincent & Staines, 2019a)

<sup>5</sup> (Payne & Richie, 2000)

<sup>6</sup> (Borzel, Pamuk, & Stahn, 2008)

<sup>7</sup> (Australian National Audit Office, 1999, p. 5)

<sup>8</sup> (Haute Autorité de Santé, 2019)

<sup>9</sup> (OCDE, 2012)

<sup>10</sup> (Oneview, 2013)

<sup>11</sup> (World health Organisation, 2020)

Se questa definizione si presta bene nell'ambito ospedaliero, non può tuttavia essere ritenuta sufficiente nel contesto delle case per anziani e delle cure a domicilio, in quanto la qualità delle prestazioni e dei servizi hanno un impatto anche sulla qualità di vita dell'utente anziano e del suo entourage.<sup>12</sup>

Inoltre, per poter misurare che la qualità delle prestazioni erogate corrispondesse effettivamente a quanto percepito dall'utenza finale, è stata introdotta la dimensione della *qualità percepita dall'utenza*. Un'eventuale differenza tra la qualità erogata e la qualità percepita potrebbe essere legata a un problema di comunicazione e/o a un'insufficiente comprensione delle aspettative dell'utenza.<sup>13</sup> Di conseguenza, per evitare che si verifichi una differenza, il curante (inteso in senso largo di chi "si prende cura") non può più essere colui che definisce la qualità, attraverso misure, procedure o linee guida riconosciute nella propria professione, ma deve essere l'utenza stessa che definisce il proprio concetto di qualità.

Questo cambio di paradigma implica una ridefinizione, almeno parziale, degli indicatori di qualità sui quali la valutazione della qualità si basa. La modalità di questa valutazione non dovrebbe più essere semplicemente la verifica della conformità di una serie di indicatori standard ma andare oltre e analizzare come l'istituzione valutata risponde a questo cambio di paradigma. La modalità scelta dell'UACD per rispondere a questa esigenza sarà approfondita nel paragrafo 2.1.3.

La qualità nell'ambito sanitario di un Paese deriva da molteplici fattori come, ad esempio, il contesto socio-economico, il contesto legale o il contesto politico. La descrizione del contesto socio-economico in Svizzera, non essendo l'oggetto di questo rapporto, non verrà trattata. È importante tuttavia precisare che in Svizzera, come nel resto dei Paesi detti industrializzati, la pressione per ridurre i costi della sanità e della socialità è importante ed è direttamente collegata con le componenti di efficacia, efficienza e durabilità della qualità. I punti principali del contesto legale invece verranno invece approfonditi poiché incidono direttamente sul modello della valutazione della qualità proposto in Cantone Ticino.

### 1.3 Contesto legale federale

Malgrado il rifiuto, nel 2014, da parte delle diverse parti interessate all'idea di centralizzare a livello federale il controllo della qualità<sup>14</sup>, alla fine del 2019, la Confederazione decide di mettere l'accento sulla qualità delle cure e il suo controllo tramite la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Rafforzamento della qualità e dell'economicità)<sup>15</sup>, modificando la precedente legge del 1984.

In questa legge, l'Art. 58 "Sviluppo della qualità" è quello più pertinente ai fini di questo rapporto.

L'articolo recita:

*Art. 58 Misure dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori per lo sviluppo della qualità*

*1 Le federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori concludono convenzioni sullo sviluppo della qualità (convenzioni sulla qualità) valide per tutta la Svizzera.*

*2 Le convenzioni sulla qualità disciplinano almeno:*

- a. le misurazioni della qualità;*
- b. le misure di sviluppo della qualità;*
- c. la collaborazione fra le parti contraenti per la definizione di misure di miglioramento;*
- d. la verifica del rispetto delle misure di miglioramento;*

---

<sup>12</sup> (Lomazzi, 2020)

<sup>13</sup> (Qualitiamo, 2020b)

<sup>14</sup> (Vincent & Staines, 2019b, p. 10)

<sup>15</sup> (Confederazione Svizzera, 2019)

- e. la pubblicazione delle misurazioni della qualità e delle misure di miglioramento;
- f. le sanzioni in caso di violazione della convenzione;
- g. la presentazione di un rapporto annuo sullo stato di sviluppo della qualità all'attenzione della Commissione federale per la qualità e del Consiglio federale.

Da sottolineare come, in questo articolo di legge, la qualità non venga considerata come qualcosa di statico ma piuttosto come in continuo sviluppo e miglioramento. Inoltre, l'articolo precisa che sono necessarie anche la verifica e le sanzioni in caso di violazione delle convenzioni.

Con questo articolo, la Confederazione riafferma il suo dovere di *Governance* sulla qualità nell'ambito sanitario. Tuttavia, al momento della stesura di questo rapporto, la legge è ancora troppo recente per capirne tutte le implicazioni dirette e indirette rispetto alle cure all'anziano. A titolo d'esempio sulle possibili tempistiche, l'ANQ (Associazione Nazionale per lo sviluppo della Qualità in ospedali e cliniche) riporta che nuovi indicatori di qualità potrebbero essere disponibili entro fine 2021.<sup>16</sup>

## 1.4 Contesto legale cantonale

Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan)<sup>17</sup>.

La LSan definisce per il Cantone Ticino i principi e le disposizioni nell'ambito sanitario. In essa, il Gran Consiglio esplicita il dovere di *Governance* dello Stato e rimanda ai diritti fondamentali dei pazienti:

*Art. 2<sup>1</sup> Lo Stato promuove e salvaguarda la salute della popolazione quale bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana... Lo stato crea le premesse affinché siano garantite prestazioni, servizi ed interventi di qualità a costi economici e finanziari sopportabili.*

*Art. 5<sup>1</sup> Ogni persona ha diritto a prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute. Esse dovranno essere adeguate alla esigenza di cura nel rispetto dei principi della libertà, dignità e integrità della persona umana e tenere conto del criterio di efficacia sanitaria e del principio dell'economicità.*

### 1.4.1 Per le case anziani

Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz)<sup>18</sup>

Con questa Legge, il Canton Ticino promuove, coordina e disciplina le attività degli enti che operano nel settore degli anziani. In particolare, disciplina la concessione di contributi agli enti (nel quadro della legge) che svolgono attività a favore delle persone anziane, e i finanziamenti per la costruzione delle CpA, l'acquisto e la gestione delle stesse, nonché l'attività del Consiglio degli anziani.

Regolamento d'applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (RLANz)<sup>19</sup>

Il RLANz definisce e delega la responsabilità di *Governance* al Dipartimento della Sanità e della Socialità e alle Divisioni e agli Uffici che lo compongono. Per il settore anziani, l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio è il responsabile per la promozione e la vigilanza della qualità delle cure.

Art. 3

<sup>16</sup> (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, 2020)

<sup>17</sup> (Il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, 1989)

<sup>18</sup> (Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, 2010a)

<sup>19</sup> (Il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2012)

*L'ufficio è competente per promuovere la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sociosanitarie e garantire il controllo della qualità di tali prestazioni; ...*

### **1.4.2 Per le cure a domicilio**

#### Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD)<sup>20</sup>

In questa legge ci sono diversi riferimenti relativi alla qualità e il ruolo di *Governance* del Consiglio di Stato.

*Art. 9 - Il Consiglio di Stato:*

- i) assicura, in collaborazione con gli enti interessati, la formazione del personale necessario e sostiene quella dei volontari; ...*
- o) presenta al Gran Consiglio, nell'ambito dei rendiconti annuali, un conto dettagliato della spesa delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio.<sup>2</sup> Il Consiglio di Stato designa le unità amministrative a lui subordinate, competenti per l'esecuzione e la vigilanza sulla corretta applicazione della presente legge, alle quali può anche delegare propri compiti.*

*Art. 11*

*1 Ogni SACD può essere riconosciuto se soddisfa cumulativamente i seguenti requisiti:*

- a) è in possesso dell'autorizzazione d'esercizio ai sensi degli art. 54, 79 e 80 della Legge sanitaria del 18 aprile 1989; ...*
- c) garantisce prestazioni di qualità secondo parametri stabiliti dall'autorità competente;*
- d) opera nel rispetto dei principi di economicità secondo criteri di adeguatezza ritenuti dall'autorità competente.*

*2 Ogni servizio d'appoggio può essere riconosciuto se soddisfa cumulativamente i seguenti requisiti: ...*

- b) garantisce prestazioni di qualità secondo parametri stabiliti dall'autorità competente;*
- c) opera nel rispetto dei principi di economicità secondo criteri di adeguatezza definiti dall'autorità competente;*

#### Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio<sup>21</sup>

Il regolamento nell'Art. 9 ribadisce che i servizi d'appoggio devono "garantire l'offerta di un servizio di qualità".

*Art.3 l'UACD è competente per promuovere la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sociosanitarie e garantire il controllo della qualità di tali prestazioni.*

#### Regolamento sui requisiti essenziali della qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni<sup>22</sup>

Negli articoli 6, 7 e 8 di questo regolamento vengono elencati una serie di requisiti strutturali e procedurali.

#### Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio dei centri diurni con presa a carico socio-assistenziale<sup>23</sup>

La Direttiva, nel suo allegato 1, elenca una serie di requisiti di ordine strutturale e procedurale.

<sup>20</sup> (Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, 2010b)

<sup>21</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2012)

<sup>22</sup> (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2011b)

<sup>23</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2013b)

## 1.5 Strategie attualmente in corso a livello cantonale e federale

Oltre al cambiamento importante legato alla nuova legge federale del 2019 sulla qualità delle cure, che richiede “alle federazioni di fornitori di prestazioni e assicuratori di concludere convenzioni relative allo sviluppo della qualità valevole sull’insieme del territorio svizzero”<sup>24</sup>, tra le numerose strategie di promozione della qualità sul territorio elvetico, sono da segnalare le seguenti iniziative:

- i programmi di promozione della qualità della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Questi programmi, su mandato della Confederazione e insieme ai portatori di interessi, validano misure che saranno poi dichiarate come “standard professionali”.<sup>25</sup> Ne è un esempio il programma di approfondimento 2019-2021 che mira a migliorare la sicurezza nella medicazione in casa anziani<sup>26</sup>
- una prossima introduzione di una documentazione informatizzata condivisa (cartella informatizzata del paziente - CIP) a seguito dell’entrata in vigore, nel 2017, della nuova legge federale sulla cartella informatizzata LCIP<sup>27</sup>. Questa iniziativa “mira a migliorare la qualità e l’efficienza della presa a carico”<sup>28</sup> grazie a un migliore coordinamento delle cure, coordinamento che a sua volta favorisce maggiore sicurezza, maggiore efficienza e l’*empowerment* del paziente<sup>29</sup>. La CIP sarà sicuramente uno strumento prezioso per le cure a domicilio e i passaggi da una struttura all’altra o dal domicilio verso una struttura e viceversa
- la Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024. Questa strategia mira alla promozione della qualità delle cure e della salute degli individui, ad esempio “migliorando l’accesso alle cure e le offerte per i gruppi vulnerabili nonché la prevenzione nell’ambito delle cure e la collaborazione a livello multisettoriale e interprofessionale.”<sup>30</sup> La pianificazione integrata rientra anche in questa volontà di collaborazione multisettoriale e interprofessionale<sup>31</sup>.

## 1.6 Qualità nella presa a carico dell’anziano, bientraitance, qualità percepita e valutazione della qualità

Per comprendere in modo più approfondito le tematiche legate alla Qualità nella presa a carico dell’anziano è importante introdurre il concetto di bientraitance e di qualità percepita.

### 1.6.1 Qualità nella presa a carico dell’anziano

Se nell’ambito sanitario, e più particolarmente nell’ambito ospedaliero, la qualità (gestione, promozione e sviluppo della qualità) ha effettivamente portato a risultati significativi, è comunque legittimo chiedersi perché la qualità sia un fattore importante da prendere in considerazione anche nella pianificazione della presa a carico dell’anziano. In effetti, nella presa a carico dell’anziano la parte strettamente legata alle cure mediche, sia essa effettuata a domicilio, in centri diurni o in casa anziani, costituisce solo una parte marginale dell’insieme dei servizi offerti. Viene quindi spontaneo chiedersi in che modo la qualità si inserisce in questo contesto.

La qualità è un concetto che include diversi fattori fra cui, come visto sopra, l’efficacia, l’efficienza, la sicurezza, la sostenibilità o ancora l’etica. Fattori che possono essere in tensione tra di loro e prevalere l’uno sull’altro se presi in considerazione individualmente. Se tuttavia, si considera la qualità

<sup>24</sup> (Confederazione Svizzera, 2019, p. 4293)

<sup>25</sup> (Ufficio federale della sanità pubblica, 2019)

<sup>26</sup> (Sicurezza dei pazienti svizzera, 2019)

<sup>27</sup> (Confederazione Svizzera, 2015)

<sup>28</sup> (Motta, 2016)

<sup>29</sup> (ehi.ch, 2018)

<sup>30</sup> (Confederazione Svizzera - Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, 2016)

<sup>31</sup> (De Pietro, 2020)

come un fattore trasversale che permette “maggiore continuità nella presa in carico dell’anziano; maggiore orientamento all’utente del sistema; razionale organizzazione e ottimale utilizzazione delle risorse disponibili; sostenibilità finanziaria a lungo termine del sistema”<sup>32</sup>, ossia qualità come parte di un sistema della gestione della qualità, allora essa permette di creare le premesse per un’ottimizzazione della presa a carico dell’anziano.

È importante sottolineare ancora una volta che nella presa a carico dell’anziano la definizione della qualità è ancora più complessa poiché non riguarda unicamente la qualità delle cure, come definito in numerose pubblicazioni per il contesto ospedaliero, ma deve tenere conto di altri aspetti meno legati alle cure stesse, come il servizio di animazione oppure i servizi di aiuto e mantenimento a domicilio (telemetria, pasti a domicilio ecc.).

Ed è per rispondere alla necessità di ulteriori specificazioni della definizione di qualità nella presa a carico dell’anziano che è stato introdotto il concetto di *bientraitance*. Questo concetto permette di andare oltre al concetto di cure centrate sul paziente, definendo maggiormente quello che si intende per “cure incentrate sulle persone” nella definizione dell’O.M.S.

### 1.6.2 Bientraitance

La nozione di *bientraitance* sembra prendere origine da due concetti precedenti, la “bienfaisance” e la “bienveillance”. La “bienfaisance” è intesa come il non recare torti e l’ottenere il massimo beneficio con il minimo danno. La “bienveillance” significa avere intenzione positive e prendersi cura dell’altro per il suo interesse<sup>33</sup>. La *bientraitance* non può quindi essere unicamente considerata come l’assenza di maltrattamenti, ovvero il contrario di “maltraitance”.

La *bientraitance* è un concetto relativamente recente è viene introdotto nel dizionario della lingua francese Larousse solo nel 2013. Il Larousse definisce *bientraitance* come “Fait de bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc.; l’ensemble des bons traitements eux-mêmes”.<sup>34</sup> Da notare che nella definizione riportata, la *bientraitance* si applica a una persona fragile o perlomeno con bisogni specifici. Inoltre, questa definizione di “trattare bene” lascia ampio spazio all’interpretazione.

Nel suo rapporto del 2012, la Haute Autorité de la Santé definisce la *bientraitance* in modo più specifico come “una maniera di essere, di agire e di parlare, con la preoccupazione dell’altro, reattiva ai suoi bisogni e alle sue richieste, nel rispetto delle sue scelte e dei suoi rifiuti”.<sup>35</sup> Implicitamente, la *bientraitance* promuove concetti come il rispetto dell’altro e della sua autonomia, il libero arbitrio e l’autodeterminazione, riprendendo così il cambiamento di paradigma del concetto di qualità (la qualità non più considerata dal punto di vista del curante ma da quello dell’utente). A supporto di questa definizione possiamo aggiungere che in Svizzera “più dell’80% delle persone intervistate considerano importante essere liberi e prendere le proprie decisioni”<sup>36</sup>. In questa sede occorre inoltre sottolineare che i concetti a cui rimanda la *bientraitance* forniscono una preziosa base per identificare gli indicatori che permettano di valutare la qualità della presa a carico dell’anziano.

### 1.6.3 Qualità percepita

“La qualità percepita è la soddisfazione delle esigenze dei cittadini/clienti, siano esse implicite, esplicite o latenti, e quindi, è la capacità che il servizio offerto ha di rispondere alle loro aspettative”.<sup>37</sup>

<sup>32</sup> (Branca, Gulfi, Ragone, & Gschwend, 2020)

<sup>33</sup> (Charlanne, Casagrande, & Parayre, 2008)

<sup>34</sup> In italiano si potrebbe tradurre con “Il trattare bene un bambino, un anziano, una persona malata o dipendente; l’insieme dei buoni trattamenti stessi”

<sup>35</sup> (Groupe Bientraitance FORAP-HAS, 2012, p. 13)

<sup>36</sup> (Cavalli & Corna, 2020, p. 38)

<sup>37</sup> (Coluccia, Ferretti, & Cioffi, 2009, p. 35)

Le aspettative includono non solo il servizio stesso ma tutte le interazioni che hanno avuto luogo con il prestatore del servizio. La rilevazione della soddisfazione offre un giudizio. Esso è soggettivo e dipende strettamente dalle aspettative del cliente. Quindi la *customer satisfaction* non dipende unicamente da come il servizio o prodotto è stato percepito dal cliente, ma anche in funzione delle sue attese. Le attese implicite o latenti possono agire come filtri e vengono difficilmente interamente soddisfatte se il prestatore del servizio non ne è a conoscenza. In ambito sanitario, la percezione del servizio erogato è una delle componenti che costituisce la qualità percepita del servizio stesso. Il cittadino/cliente non è sempre in grado di misurare “la complessità dell'intervento sanitario: l'efficacia, l'efficienza, la competenza tecnica, l'accessibilità, l'appropriatezza”.<sup>38</sup>

#### **1.6.4 Sistema di gestione della qualità e fondamenti della qualità**

Quando si parla di sistema di garanzia (o gestione) della qualità, abbreviato con SGQ, si fa riferimento ad un insieme di procedure e di misure con cui si documenta e si migliora la qualità di una determinata attività.<sup>39</sup> Più complessa e grande è l'attività, più complesso sarà il sistema. È importante sempre considerare che il beneficio conseguito dal sistema (miglioramento continuo della qualità) deve essere maggiore dello sforzo necessario per mantenerlo attivo.

Un SGQ si fonda necessariamente su principi che permettano ai decisori (l'alta direzione, la *Governance*, ecc.) di condurre l'organizzazione e l'insieme delle attività verso un miglioramento delle prestazioni. Gli esperti di qualità elencano otto principi, che rappresentano uno standard condiviso a livello internazionale; qui di seguito riportiamo la loro definizione da parte dell'UNI, l'ente italiano di normazione.

Gli 8 principi di gestione della qualità<sup>40</sup> sono qui di seguito elencati.

##### **1. Orientamento al cliente**

Le organizzazioni dipendono dai propri clienti e dovrebbero pertanto capire le loro esigenze presenti e future, soddisfare i loro requisiti e mirare a superare le loro stesse aspettative.

##### **2. Leadership**

I capi stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione. Essi dovrebbero creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione.

##### **3. Coinvolgimento del personale**

Le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione.

##### **4. Approccio per processi**

Un risultato desiderato si ottiene con maggiore efficienza quando le relative attività e risorse sono gestite come un processo.

##### **5. Approccio sistemico alla gestione**

---

<sup>38</sup> (Coluccia et al., 2009, p. 35)

<sup>39</sup> (Agenzia svizzera di accreditamento e garanzia della qualità, 2020)

<sup>40</sup> (UNI ente italiano di normazione, n.d., p. 11)

Identificare, capire e gestire (come fossero un sistema) processi tra loro correlati contribuisce all'efficacia e all'efficienza dell'organizzazione nel conseguire i propri obiettivi.

## 6. Miglioramento continuo

Il miglioramento continuo delle prestazioni complessive dovrebbe essere un obiettivo permanente dell'organizzazione.

## 7. Decisioni basate su dati di fatto

Le decisioni efficaci si basano sull'analisi di dati e di informazioni.

## 8. Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori

Un'organizzazione ed i suoi fornitori sono interdipendenti ed un rapporto di reciproco beneficio migliora, per entrambi, la capacità di creare valore.

Per un'organizzazione, dotarsi di un SGQ significa applicare gli otto principi nel loro insieme a tutte le attività dell'organizzazione. Il successo dell'utilizzazione degli otto principi da parte di un'organizzazione si tradurrà in benefici per le parti interessate, in ritorni di natura monetaria migliorati, in creazione di valore e in aumento della stabilità.

### 1.6.5 Strumenti di valutazione della qualità

“La valutazione è una parte essenziale del miglioramento della qualità e, se fatta correttamente, può aiutare a risolvere i problemi, informare il processo decisionale e costruire la conoscenza”.<sup>41</sup>

La valutazione della qualità può avvenire attraverso diversi tipi di strumenti, volti sia a misurare il grado di adempimento di requisiti indicati come fattori di qualità contenuti, ad esempio, in norme o direttive sia a capire come migliorare l'assistenza sanitaria. Tenendo presente che ogni strumento ha le sue specificità, elenchiamo quelli principali qui di seguito, indicando per ciascuno i benefici e i limiti:

- i sondaggi o le inchieste sulla soddisfazione rilevano la qualità percepita da parte di chi beneficia di servizi o di chi li eroga. La soddisfazione sia del personale che del cliente o dei suoi familiari è un elemento essenziale da rilevare: permettere infatti all'organizzazione di verificare la propria politica aziendale e le proprie priorità. Tutte le norme o certificazioni lo richiedono poiché individuare laddove l'utenza è meno soddisfatta permette all'organizzazione di focalizzare i propri sforzi di miglioramento. Rilevare bisogni non soddisfatti può inoltre stimolare la ridefinizione dei servizi o delle prestazioni e di farne emergere di nuovi. Comparare i risultati attesi con quelli effettivi permette di riallineare i successivi obiettivi con le reali attese dell'utenza. Pur essendo un importante strumento di valutazione della qualità, questa misura fornisce tuttavia una visione parziale della qualità: fattori come efficienza o economicità non vengono qui presi in considerazione
- l'autovalutazione mira al miglioramento dei processi di pianificazione e di esecuzione<sup>42</sup>. Viene effettuata dall'istituzione stessa, spesso dalla direzione. Non permette all'istituzione di beneficiare di un sguardo esterno neutro.
- l'ispezione ufficiale viene effettuata solitamente da un rappresentante governativo. Permette la verifica (vigilanza), sulla base di determinati criteri resi obbligatori da leggi o norme, del grado di adempimento di questi criteri. L'ispezione è spesso correlata al diritto di praticare una

<sup>41</sup> (The Health Foundation, 2015, p. 5)

<sup>42</sup> (Office fédéral de la santé publique OFSP, 1997)

professione o di offrire determinati servizi. Queste ispezioni tutelano le persone che usufruiscono dei servizi e garantiscono un livello minimo di qualità sotto il quale non è accettabile praticare. Se da un lato permettono quindi di garantire il minimo richiesto, dall'altro non favoriscono tuttavia completamente il miglioramento della qualità

- la certificazione - come ad esempio la norma “ISO 9001” o “Fourchette verte” per l’ambito della ristorazione - dopo una verifica tramite audit da parte di un ente competente, garantisce l’adempimento dei requisiti presupposti (esplicitati nella norma di riferimento). La certificazione permette di garantire livelli standard di qualità riconosciuti a livello nazionale o internazionale.<sup>43</sup> L’audit è uno strumento che permette non solo di monitorare ma anche di sostenere l’organizzazione con suggerimenti o raccomandazioni laddove vi sono carenze. Non è da intendersi come strumento per penalizzare finanziariamente l’organizzazione in caso di problemi o carenze, ma piuttosto come strumento che permette di identificare i punti da migliorare e che possono giustificare puntuali finanziamenti supplementari. L’auditore, che vede i punti di forza di altre strutture, è inoltre un vettore di buone pratiche. La certificazione è uno strumento di valutazione della qualità che può inizialmente sembrare un intervento complesso e oneroso per l’organizzazione
- l’accreditamento viene effettuato solitamente da un gruppo di esperti del ramo, come ad esempio la “Joint Commission” per gli ospedali. Può essere un prerequisito senza il quale un’istituzione non è autorizzata o accreditata a fornire servizi o prestazioni.<sup>44</sup>

Abbiamo visto quali sono alcuni degli strumenti che consentono di raccogliere informazioni per poter valutare la qualità. Il modello di Donabedian propone un’ulteriore classificazione della natura delle informazioni relative alla qualità (o nel linguaggio ISO 9001 anche dette “informazioni documentate”).

Medico e fondatore dello studio sulla qualità delle cure, Donabedian ha sviluppato un modello di valutazione della qualità per le organizzazioni sanitarie, composto da tre tipologie di misure (detti anche indicatori o requisiti anche se con significato leggermente diverso): strutturali, di processo o di risultato<sup>45</sup>.

1. Le misure strutturali danno indicazioni sulla capacità di una struttura a fornire un’assistenza di alta qualità. Comprendono dunque l’insieme di quegli elementi basilari per poter fornire i servizi e le prestazioni, e si tratta di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali.<sup>46</sup>
2. Le misure di processo indicano le modalità con le quali una struttura fornisce i servizi o le prestazioni. Per le cure, queste modalità dovrebbero essere basate sulle evidenze (*evidence based medicine*).
3. Le misure di risultato indicano l’impatto che i servizi o le prestazioni hanno avuto sullo stato di salute o la qualità di vita dell’utente. Inoltre documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell’utente).<sup>47</sup>

La rilevazione regolare di questi indicatori consente la misurazione della qualità, la verifica dell’efficacia delle misure di miglioramento introdotte e il confronto tra strutture. Dalle rilevazioni e/o

---

<sup>43</sup> (Andreini, 2000, p. 44)

<sup>44</sup> (Agenzia svizzera di accreditamento e garanzia della qualità, 2020)

<sup>45</sup> (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011)

<sup>46</sup> (Cartabellotta, 2009, p. 4)

<sup>47</sup> (Cartabellotta, 2009, p. 5)

dall'andamento di questi indicatori si possono individuare punti di forza e aspetti da migliorare e, successivamente dopo analisi, identificare e proporre misure di miglioramento della qualità.

Un modello di valutazione della qualità di servizi forniti da istituti di cura o da strutture con operatori sanitari, dovrebbe dunque includere, per essere completo, un insieme di misure di qualità che coprano tutte e tre le tipologie: strutturali, di processo e di risultato. Il modello di Donabedian è una referenza a livello internazionale e viene adottato da organizzazioni come l'OMS<sup>48</sup> o a livello svizzero dall'ANQ<sup>49</sup>.

Nel prossimo capitolo, viene descritto il modello attuale di monitoraggio della qualità nel Canton Ticino. Dopo una breve introduzione sulla definizione di sistema di monitoraggio, saranno presentati per le case anziani e le cure a domicilio gli indicatori di qualità e i mezzi di valutazione di questi indicatori.

## **2. Descrizione del sistema attuale di monitoraggio e promozione della qualità**

Il monitoraggio e la promozione della qualità dei servizi erogati a livello nazionale, o cantonale, avviene attraverso l'individuazione e la rilevazione di indicatori.<sup>50</sup> Nella prima parte di questo capitolo, saranno descritti gli indicatori attualmente utilizzati come requisiti minimi per la qualità e i gli strumenti di monitoraggio per il settore case anziani, mentre nella seconda parte quelli per le cure a domicilio. Sul territorio cantonale sono disponibili anche altri tipi di strutture, ad esempio strutture come CAT (Cure Acute e Transitorie) oppure i centri diurni, le quali non sono però oggetto della presente analisi. A titolo d'esempio verranno comunque menzionati i centri diurni con presa in carico socio-assistenziale.

Per ciò che riguarda le case anziani e le cure a domicilio nel Canton Ticino, gli indicatori - nel contesto cantonale chiamati requisiti della qualità o fattori di qualità - sono stati specificati ed elencati dal Dipartimento della Sanità e della Socialità e in particolar modo dall'UACD e dall'UMC.

La documentazione cantonale inerente i requisiti qualità è a disposizione del pubblico e degli erogatori di servizi sul sito web dell'Amministrazione Cantonale. La documentazione fornita è diversa, a dipendenza che si tratti di case per anziani o di cure a domicilio, verrà quindi dettagliata separatamente.

### **2.1. Case anziani**

#### **2.1.1 Requisiti qualità definiti per le case anziani**

L'insieme delle misure di qualità (di struttura, di procedura o di risultato), che costituiscono i requisiti minimi a cui una casa per anziani deve conformarsi, non risultano raggruppati in un unico documento, bensì sono suddivisi in 4 documenti principali (vedi tabella 2. Riassunto di tutti requisiti a fine paragrafo) e altri 2 documenti secondari che in modo più indiretto indicano dei criteri di qualità.

Vediamo qui di seguito i documenti nel dettaglio:

1. la direttiva "Criteri costruttivi minimi per una casa anziani medicalizzata e procedura per la richiesta dei sussidi"<sup>51</sup> (Direttiva Criteri minimi costruttivi)

---

<sup>48</sup> (OMS - Groupe de la Banque mondiale - OCDE, 2019, p. 38)

<sup>49</sup> (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, 2020, p. 2)

<sup>50</sup> (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2015)

<sup>51</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2009)

2. la “Direttiva concernente i requisiti essenziali della qualità per gli istituti di cura per anziani”<sup>52</sup> (Direttiva requisiti della qualità)
3. il “Contratto di prestazione tra la Repubblica e Cantone Ticino e la casa per anziani”<sup>53</sup> (Contratto di prestazione)
4. il “Catalogo dei servizi e delle prestazioni”<sup>54</sup> (Catalogo)
5. Gli indicatori RAI-NH<sup>55</sup>
6. il “Mansionario del Direttore sanitario”<sup>56</sup> (Mansionario).

### **1. Direttiva “Criteri minimi costruttivi”**

Per quanto concerne l'infrastruttura in sé della casa per anziani, la direttiva elenca requisiti che concernono, ad esempio, l'abitabilità, le dimensioni dei locali o la tipologia dei locali necessari. Questi requisiti di struttura devono essere considerati come requisiti di qualità perché sono parte integrante della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite<sup>57</sup>, anche se essi non sono stati nominati *stricto sensu* dalla direttiva come tali. A conferma, indichiamo che nella norma ISO 9001:2015, questi requisiti vengono presi in considerazione nel capitolo 7 “Supporto”, e particolarmente nel sotto capitolo 7.1.3 “Infrastrutture”. Gli stessi sono tutti di ordine strutturale e sono necessari per ottenere e mantenere un'autorizzazione d'esercizio.

Per motivi di leggibilità, in questo documento i criteri dettagliati non vengono elencati e si rinvia alla direttiva stessa per maggiori dettagli.

Da tenere in considerazione che nel caso siano presenti unità abitative protette (nucleo Alzheimer), la direttiva elenca ulteriori criteri specifici.

### **2. “Direttiva concernente i requisiti essenziali della qualità”**

Questa direttiva elenca una serie di requisiti di qualità, elenco che viene menzionato in tre parti nel contratto di prestazioni:

*“Art. 4 - Basi legali” e “Art. 6 - Garanzia e promozione della qualità”, nonché nell'allegato B al punto 3.1 “Autovalutazione del grado di conformità ai requisiti essenziali di qualità (Direttiva requisiti della qualità)”.*

Si tratta di criteri che non vengono ripresi negli altri documenti riguardanti la presa a carico dell'anziano. Lo Standard 3 “struttura architettonica confacente” riprende in parte un requisito della direttiva sui “Criteri minimi costruttivi” ma aggiunge la parte concernente la polizia del fuoco. Viene quindi considerato come un ulteriore criterio.

Per migliorare la comprensione, i diversi requisiti sono stati ripresi un parole chiave che esplicitano l'argomento principale trattato in ogni singolo requisito nella tabella 1 a fine paragrafo. Si può notare che il documento pone l'enfasi sui requisiti strutturali (23 requisiti su un totale di 27) in quanto essi costituiscono, come già precisato nel paragrafo 1.6.5, la base che consente di garantire la qualità. L'assenza di uno di essi potrebbe compromettere l'intero sistema della qualità in quanto ognuno di essi è considerato come un tassello indispensabile per garantire la qualità (documentazione, personale, tipo di servizi, organizzazione, ecc.).

<sup>52</sup> (Ufficio medico cantonale, 2003)

<sup>53</sup> (Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2015)

<sup>54</sup> (Ufficio degli anziani, 2005)

<sup>55</sup> (Qsys, 2019)

<sup>56</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2008)

<sup>57</sup> (OMS - Groupe de la banque mondiale - OCDE, 2019, p. 36)

Va segnalato che sono tutti criteri che permettono il rilascio dell'autorizzazione e quindi costituiscono il punto di partenza del sistema qualità. Inoltre, si tratta di criteri che vengono ulteriormente verificati (attraverso autodichiarazione annuale o vigilanza) in quanto è necessario che vengano tenuti regolarmente mantenuti in funzione dei cambiamenti legislativi o organizzativi. La documentazione richiesta per soddisfare questi criteri strutturali e il regolare aggiornamento di questa documentazione costituiscono la base della gestione del sistema della qualità.

I tre criteri procedurali presenti in questa direttiva costituiscono i processi principali e fondamentali legati direttamente al *core business* aziendale e cioè la presa a carico dell'utente. Questo però non esclude la necessità di ulteriori processi per garantire la qualità.

L'unico criterio di risultato presente in questa direttiva è in realtà la rilevazione di altri criteri di risultato stabiliti dall'ufficio di vigilanza e orientati alla verifica che gli esiti siano sempre allineati alla qualità attesa.

Tabella 1. Direttiva requisiti essenziali della qualità

		Nr. totale
Requisiti strutturali	S1 Direttore amministrativo e sanitario (mansionario) S2 Documentazione (visione missione, filosofia organigramma). S3 Struttura confacente S4 Segnaletica esterna e interna S5 Targhetta di riconoscimento S6 Mansionario per tutti S7 Dotazione del personale S8 Responsabile delle cure (infermiere) S9 Infermiere specializzata clinica in geriatria S10 Disponibilità 24/24 personale infermieristico S11 Personale infermieristico con titolo riconosciuto S12 Personale cure riconoscibile S13 Servizio fisioterapia e ergoterapia S14 Servizio di animazione S15 Procedura formazione continua del personale S16 Responsabile medicina preventiva ospedaliera S17 Responsabile coordinamento valutazione e promozione qualità S 18 Valutazione e soddisfazione del personale S19 Cartella sanitaria S20 Set di emergenza S21 Inventario e aggiornamento apparecchiature medico-tecniche S22 Controllo qualità cucine S23 Trasferimento del residente	23
Requisiti procedurali	P1 Direttive coordinamento interventi sanitari e/o curativi P2 Procedura analisi ammissione P3 Procedura piano presa a carico utenza	3
Requisiti di risultato	R1 Rilevazione dati dei requisiti di risultato	1

Si rimanda all'Allegato 1 per ulteriori dettagli sui requisiti.

### 3. “Contratto di prestazione”

Nell'allegato B del Contratto di prestazione sono indicati in modo chiaro, elencati nella colonna “fattori di qualità”, i requisiti da rispettare ed i loro indicatori. Possiamo tuttavia evidenziare che ritroviamo requisiti di qualità anche negli articoli del documento stesso (Artt. 6 a 9), nonostante non vengano espressamente indicati come tali. Il fatto che non siano esplicitamente elencati insieme agli altri nell'allegato B non contribuisce alla comprensione di quali siano tutti i fattori da rispettare e come vengano monitorati.

Di seguito indichiamo i requisiti non espressamente elencati nell'allegato B:

#### *Art. 6 - Garanzia e promozione della qualità*

Questo articolo fornisce una serie di elementi che le case anziani sono tenute a rispettare. Le CpA devono:

1. *rispettare i requisiti essenziali di qualità (Direttiva sulla qualità) interpretandoli in un'ottica di miglioramento continuo;*
2. *mantenere e sviluppare una gestione del servizio orientata alla qualità sul piano delle strutture, dei processi, dei risultati e dei costi;*
3. *impegnarsi a realizzare e misurare gli obiettivi di qualità riportati nell'allegato B;*
4. *garantire la qualità delle prestazioni erogate da terzi.*

Rispettare questi requisiti richiede alle direzioni degli istituti indirettamente di definire le modalità con le quali intendono raggiungere questi obiettivi. Queste modalità, che potrebbero essere declinate in procedure, riguardano la gestione della qualità e il miglioramento continuo.

Indirettamente, la gestione della qualità implica la presenza di un Sistema di Gestione della Qualità. Sistema che richiede “un insieme completo, coerente e dinamico di regole, meccanismi e procedure che perseguono i seguenti scopi: realizzazione di obiettivi e implementazione di strategie, attuazione delle misure conseguenti e relativa valutazione, predisposizione dei meccanismi correttivi eventualmente necessari e infine costante miglioramento delle attività e adeguamento all'evoluzione del relativo contesto a suo turno l'elaborazione di ulteriore procedure e documentazione.”<sup>58</sup>

*Art. 7 - Personale:* richiama due requisiti strutturali (formazione del personale e dotazione adeguata). Anche questi due requisiti richiedono di stabilire le modalità (e quindi le procedure o i processi) con le quali le strutture garantiscono sia la formazione del personale che la loro dotazione. Gli indicatori richiesti nell'allegato B per quanto concerne la formazione del personale sono: il piano di formazione, l'aggiornamento professionale e la conferma di partecipazione alla formazione Q-Sys. Questi indicatori non permettono né di verificare il risultato della formazione né di verificare le modalità con la quale il piano di formazione è stato stabilito e deciso.

*Art. 8.7 - Mantenimento in efficienza della struttura* (presente anche nell'allegato B come efficienza struttura): richiama la definizione di un'ulteriore procedura che definisce come l'organizzazione garantisce il mantenimento. L'allegato B richiede come indicatore un'autodichiarazione. La verifica dell'idoneità del processo e dei controlli (audit interni) permetterebbero di validare in modo più efficace questo requisito.

*Art. 9 - Controlling:* richiama due procedure per garantire sia il miglioramento economico che la trasparenza dei costi. L'Allegato B richiede come indicatori di miglioramento economico una serie di dati. La verifica della procedura con la quale vengono raccolti questi dati permetterebbe di validare in modo più efficace la qualità degli stessi.

Abbiamo visto che nella Direttiva sui requisiti di qualità erano elencati tre processi legati all'attività principale (*core business*). Nel contratto di prestazione invece sono presenti processi che non sembrano strettamente legati alla presa a carico dell'utente ma sono tuttavia indispensabili per garantirne la qualità. Se prendiamo come esempio la procedura legata alla formazione del personale, s'intuisce che la qualità è strettamente correlata alla qualità della formazione degli operatori. La verifica della corretta applicazione della procedura, attraverso indicatori scelti in precedenza, permetterebbe di garantire la qualità della formazione stessa. Questa verifica fa parte della gestione della qualità e deve fare parte di un sistema della gestione della qualità che definisce le modalità di controllo (audit interni ad esempio) e le azioni da intraprendere per migliorare la procedura e la verifica dell'efficienza delle azioni intraprese.

#### **4. “Catalogo dei servizi e delle prestazioni”**

Questo catalogo definisce fattori di qualità per la casa anziani. Questi fattori sono elencati e divisi secondo il modello di Donabedian in fattori di struttura, di processo e di risultato. Sono ulteriormente

---

<sup>58</sup> (Agenzia svizzera di accreditamento e garanzia della qualità, 2020)

suddivisi per ambito e collegati con gli obiettivi: Cure, animazione, servizio alberghiero, terapie riabilitative. Vedasi l'Allegato 2 per il dettaglio sui requisiti suddivisi nei 4 ambiti.

## 5. Gli indicatori RAI

Nel Cantone Ticino gli indicatori RAI sono stati introdotti nel 2004, in seguito a una fase pilota in alcune case anziani<sup>59</sup>. Il RAI (Resident Assessment Instrument), in italiano "strumento di valutazione del residente", permette di ottenere delle "misure calcolate sulla base di un risultato clinico che si ritiene rifletta la qualità dell'assistenza"<sup>60</sup>, le quali sono indicatori di risultato.

Le 6 misure del RAI ritenute "come quelle più sensibili alla pratica" e utilizzate in Svizzera sono suddivise in 4 categorie: misure limitative della libertà di movimento, malnutrizione, polimedicazione e dolore.<sup>61 62</sup> Si rimanda all'allegato 3 per il dettaglio delle misure RAI.

Le analisi di questi criteri possono far nascere dei progetti di miglioramento della qualità soprattutto quando, grazie al *benchmarking*, si nota una differenza significativa tra la media cantonale e quella nazionale. Ne è un esempio il progetto sulla prevenzione delle cadute dell'anziano, il quale ha permesso l'elaborazione di una procedura standard per la prevenzione delle cadute<sup>63</sup>.

## 6. Il "Mansionario del Direttore sanitario"

Il Dipartimento della Sanità e della Socialità, consapevole che il Direttore sanitario (DS) rappresenta una figura chiave per garantire la qualità delle cure in un istituto per anziani (*clinical Governance*), ha elaborato un mansionario. Questo mansionario descrive in che modo il Direttore sanitario favorisce la qualità delle cure e, nel punto 2.2 "Assistenza medica di qualità", specifica che:

*"Il DS è garante di un'assistenza medica caratterizzata da interventi adeguati e coordinati tra di loro conformi allo stato dell'arte. Questi devono garantire le premesse di cure qualitative appropriate ai bisogni del singolo, nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona."*

Se "garantire le premesse di cure qualitative" sembra richiamare soprattutto misure di struttura (formazione, dotazione del personale...), garantire "cure appropriate ai bisogni del singolo, rispetto della libertà, dignità e integrità della persona", richiede che la direzione della casa anziani si chini sulle procedure che permettono di poter garantire la libertà, la dignità e l'integrità delle persone. Tutti questi fattori sono indicatori da collegare al concetto di *bienveillance* e sarà determinato in seguito, nella parte valutazione dei requisiti, se e come sono valutati.

In conclusione, si nota che la quasi totalità dei requisiti elencati nei diversi documenti sono in parte o completamente diversi tra loro, e quindi possono essere considerati come unici. La tabella qui di seguito riassume il numero dei criteri esplicitati nei diversi documenti, suddividendoli nelle tre tipologie di requisito.

---

<sup>59</sup> (*Rapporto di commissione della gestione e delle finanze R 5478*, 2004)

<sup>60</sup> (Estabrooks, Knopp-Sihota, & Norton, 2013, p. 1)

<sup>61</sup> (Curaviva, 2018)

<sup>62</sup> (Qsys, 2019)

<sup>63</sup> (Associazione PIPA, 2020)

Tabella 2. Riassunto dei requisiti contenuti nei 4 documenti principali elencati sopra, (esclusi i requisiti non chiaramente esplicitati)

	Criteri minimi costruttivi	Direttiva Requisiti della qualità	Contratto di prestazione	Catalogo delle prestazioni	Totale requisiti
Requisiti strutturali	73	23	2	26	124
Requisiti procedurali	-	3	16	28	47
Requisiti di risultato	-	1	-	13	4
					<b>185</b>

La maggioranza, circa il 65%, sono requisiti strutturali, mentre il 24% sono requisiti procedurali e solo il 10% sono requisiti di risultato. Considerato che una casa anziani è una struttura complessa, è logico che il numero di requisiti minimi strutturali sia elevato in confronto ad altre tipologie di strutture meno complesse (come ad esempio i centri diurni). Da notare che il numero ridotto dei requisiti di risultato nella documentazione viene compensato dallo strumento SODDI.

### 2.1.2 Strumenti di valutazione dei requisiti della qualità per le case anziani

Vediamo ora in che modo vengono verificati i requisiti elencati precedentemente nei diversi documenti. Gli strumenti per svolgere questa verifica sono qui sotto elencati.

1. L'ispezione del Ufficio del medico cantonale
2. Il rapporto di autovalutazione di conformità
3. Le rilevazioni e analisi sugli indicatori RAI
4. L'indagine di soddisfazione SODDI

#### 1. L'ispezione realizzata dall'Ufficio del medico cantonale (UMC) presso le case anziani

L'ispezione dell'UMC avviene di regola ogni 4 anni, per il rinnovo dell'autorizzazione. Se durante l'ispezione uno o più requisiti risultano non adempiuti correttamente, oltre a richiedere l'adempimento dei criteri non rispettati entro un termine definito, l'UMC può decidere di eseguire un'ulteriore ispezione durante il successivo quadriennio per verificare la messa a norma.

#### 2. Il rapporto di autovalutazione di conformità

Il rapporto annuale d'autovalutazione di conformità redatto dalla direzione della casa anziani comporta anche una parte sull'adempimento dei criteri qualità (come richiesto nell'allegato B2 e B3 del contratto di prestazioni). Questo rapporto viene inviato all'UACD.

Un altro rapporto è fornito dall'UMC dopo l'ispezione, e il suo contenuto riguarda l'interpretazione dei requisiti essenziali di qualità in un'ottica di miglioramento continuo.

#### 3. Le rilevazioni e analisi sugli indicatori RAI

Gli istituti inviano regolarmente tramite software i dati anonimizzati al fornitore del sistema (QSys); quest'ultimo li elabora e li restituisce agli istituti stessi e al Cantone sotto forma di "Indicatori di

qualità". Da sottolineare che non c'è nessun obbligo legale per la rilevazione o l'utilizzo di questi dati.<sup>64</sup>

"È importante tenere presente che un indicatore di qualità non è una misura diretta della qualità delle cure erogate ma piuttosto uno strumento per sostenere lo sviluppo della qualità."<sup>65</sup> Lo sviluppo della qualità in un istituto, e quindi il suo miglioramento continuo, avviene tramite "l'integrazione di questo strumento nel sistema di gestione della qualità proprio all'istituto di cura".<sup>66</sup>

#### **4. Le indagini di soddisfazione (qualità percepita) SODDI**

Il progetto di rilevazione della qualità percepita e soddisfazione dell'utenza primaria e secondaria di tutte le CpA attive in Canton Ticino, è nato a fine 2008 nell'ambito del sistema dei contratti di prestazione del settore socio-sanitario ticinese.

Sulla base del Catalogo dei servizi e delle prestazioni, che elenca una serie di obiettivi specifici legati alla promozione della qualità di vita dei residenti - come ad esempio assicurare un clima di tipo familiare e partecipativo o garantire la dignità del residente - il dipartimento DEASS della SUPSI, su mandato dell'UACD, svolge regolari indagini di soddisfazione per verificare il raggiungimento di questi obiettivi e degli indicatori di qualità che ne derivano.<sup>67</sup>

Queste indagini permettono di rilevare la soddisfazione degli utenti, dei familiari e del personale della casa in cicli di tre anni attraverso sondaggi ed interviste. Questi dati vengono analizzati e restituiti alle case sotto forma di rapporto e di incontri con le tre parti intervistate. Dai rapporti emergono proposte di miglioramento che vengono condivise anche durante gli incontri.

Nello specifico, gli obiettivi della rilevazione SODDI per le CpA sono<sup>68</sup>:

- la rilevazione del grado di soddisfazione e la qualità percepita dall'utenza (residenti e familiari/persona di riferimento) rispetto alle prestazioni erogate (cure, animazione, servizio alberghiero, terapia e riabilitazione) e alla qualità della vita
- il miglioramento delle strutture grazie alle presentazioni di quanto auspicato/suggerito dai soggetti dell'inchiesta a ogni singola struttura
- l'analisi di confronto nel tempo dei risultati a livello settoriale
- fornire raccomandazioni di *policy* al Cantone.

##### **2.1.3 Rilevazione della qualità percepita con SODDI**

Questo strumento di monitoraggio, essendo, assieme agli indicatori RAI centrati sulle cure mediche, la modalità principale di monitoraggio degli indicatori di risultato per il settore delle CpA, sarà ulteriormente approfondito in questo paragrafo. SODDI non essendo uno strumento direttamente sviluppato dall'UACD, sono qui di seguito brevemente presentati il concetto e la metodologia su cui si basa. Per ulteriori dettagli si rimanda all'allegato 6.

La soddisfazione sia del personale sia del cliente o dei suoi familiari è un elemento molto importante da rilevare per permettere la verifica della politica aziendale e la scelta delle priorità. Tutte le norme o certificazioni lo richiedono in quanto individuare dove l'utenza è meno soddisfatta permette di:

---

<sup>64</sup> (Curaviva, 2018)

<sup>65</sup> (Curaviva, 2018, p. 3)

<sup>66</sup> (Curaviva, 2018, p. 5)

<sup>67</sup> (SUPSI DEASS, 2019)

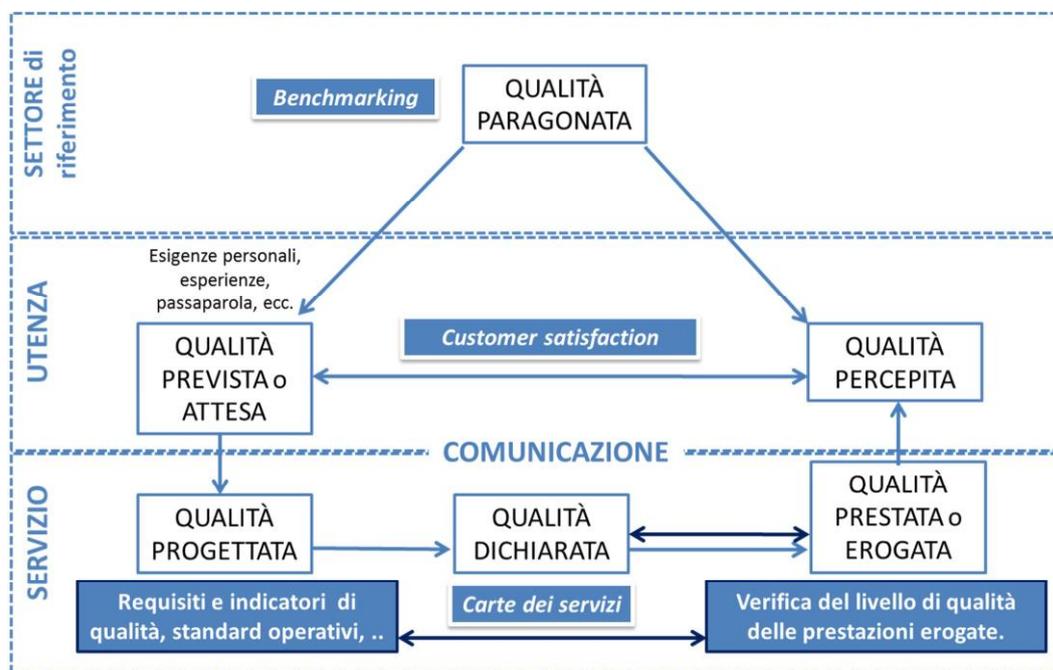
<sup>68</sup> (Lomazzi, 2020, p. 27)

- fare emergere i bisogni non soddisfatti e quindi permette di stimolare la ridefinizione dei servizi o delle prestazioni e di farne emergere di nuovi
- comparare i risultati attesi con quelli effettivi permette di riallineare i successivi obiettivi con le reali attese dell'utenza.

Se gli indicatori di struttura e di processo si situano a livello del servizio, la qualità percepita si situa a livello dell'utenza (come illustrato nella figura 1) e deriva dalla qualità prestata o erogata. Come detto in precedenza la qualità percepita misura l'eventuale gap tra la qualità erogata e quella attesa. Questa figura illustra bene come la qualità percepita sia a sua volta influenzata dalla qualità attesa. Se la qualità progettata non ha sufficientemente tenuto conto della qualità attesa, allora il discostamento tra qualità erogata e quella percepita sarà importante.

La parola "utenza" nel modello SODDI è intesa in senso largo e quindi non considera unicamente l'utenza finale (coloro che usufruiscono direttamente del servizio) ma anche i famigliari o persone di riferimento e il personale delle strutture.

Fig.1: Rielaborazione del modello delle 5 P + 1 (Negro, 1995)



### Concetto e metodologia SODDI<sup>69</sup>

L'impianto metodologico delle rilevazioni scelto dalla DASF, basato sull'adozione di una metodologia e di strumenti di indagine omogenei per tutte le CpA operanti nel Cantone, consente di superare due tipiche lacune: da un lato, l'impossibilità di effettuare confronti con altre istituzioni analoghe, dato che ogni struttura, in assenza di vincoli esterni (tanto a livello di SGQ, che dei principali modelli di accreditamento), utilizza un proprio strumento di rilevazione e dall'altro, la conseguente potenziale debolezza dell'impianto metodologico.

L'opzione metodologica ticinese, che consente l'effettuazione di confronti (*benchmarking*) tra CpA e nel tempo, valorizza il tassello "qualità percepita" all'interno del sistema di promozione e controllo della qualità delle prestazioni, su due livelli:

<sup>69</sup> L'intero paragrafo riprende i contenuti di Lomazzi, 2020, pp. 25–29

- all'interno delle CpA, attraverso l'adozione di una metodologia basata sulla cura della comunicazione degli esiti a tutti gli attori coinvolti e - su una raccolta di valutazioni quali/quantitative che, integrando il sistema di monitoraggio degli indicatori RAI NH©, "...possono innescare importanti processi di miglioramento e innovazione, ... nelle dinamiche organizzative e nel contenuto dei servizi erogati" (Sebastiano e Astolfo, 2018)
- all'interno del comparto CpA, attraverso l'effettuazione di un *benchmarking* che consente alle strutture di posizionarsi in modo anonimo nel settore di riferimento e favorisce il confronto e lo scambio di esperienze e *best practices* (condivisione di progetti, incontri e scambi tra CpA).

L'approccio alla qualità scelto è orientato a sostenere il percorso di crescita specialistica e culturale dell'intero settore delle CpA. In questo contesto la rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita ha dunque lo scopo di costituire:

#### **per le CpA:**

- un flusso costante di scambio di punti di vista e idee tra utenza primaria e secondaria ed organizzazione, fonte di innovazioni e cambiamenti
- un contributo al coinvolgimento e alla responsabilizzazione del personale
- un contributo all'*empowerment* dell'utenza diretta e secondaria
- uno strumento di partecipazione all'evoluzione del servizio da parte di utenti e familiari.

#### **per il Cantone:**

- un'integrazione al monitoraggio dell'evoluzione effettiva del settore nel tempo, con la dimensione soggettiva della percezione
- uno strumento di *policy*
- uno strumento di partecipazione e controllo da parte dell'utenza diretta e secondaria.

La qualità percepita SODDI viene rilevata attraverso sondaggi e interviste.

### **1. Sondaggi anonimi (utenti, famigliari, personale non curante e curante)**

I sondaggi sono effettuati tramite questionari che consentano la valutazione degli aspetti illustrati nella tabella 3, organizzati per prestazioni/macroaree, insiemi di fattori di qualità e singoli fattori.

Il questionario rivolto alle persone residenti è composto da 33 domande chiuse che valutano 104 fattori di qualità e da 9 domande aperte. Per ciascuna prestazione/macroarea sono inoltre previsti appositi spazi in cui riportare commenti e suggerimenti.

Il questionario rivolto ai familiari/persona di riferimento è composto da 38 domande chiuse che valutano 107 fattori di qualità e 9 aperte. Per ciascuna prestazione/macroarea sono previsti inoltre appositi spazi in cui riportare commenti e considerazioni. Nell'ultima sezione del questionario si rilevano alcune informazioni e dati anagrafici, formulati in modo tale da garantire l'anonimato dei rispondenti.

### **2. Interviste (utenti, famigliari, personale non curante e curante)**

Le Interviste faccia a faccia alle persone residenti sono effettuate dopo un'ulteriore verifica del consenso da parte delle ricercatrici.

Tabella 3: Impianto dei questionari utilizzati nelle rilevazioni di soddisfazione e qualità percepita in CpA

PRESTAZIONI/macroaree	INSIEMI DI FATTORI DI QUALITÀ	N° fattori valutati da	
		residenti	familiari
QUALITÀ	Qualità complessiva e immagine della CpA	1	2
CURE E ASSISTENZA	Accoglienza della persona e della famiglia Cure mediche (informazioni e accessibilità) Assistenza (cure infermieristiche e di base, dolore, ecc.) Autodeterminazione (res.), rispetto e coinvolgimento di residenti e famiglie	4 3 9 12	5 2 8 12
TERAPIE E RIABILITAZIONE	Interventi di fisioterapia Interventi di ergoterapia Interventi di specialisti in attivazione Interventi di terapisti specialisti (musicoterapia, ...)	2 2 2 2	2 2
ANIMAZIONE	Attività individuali/in piccoli gruppi con animatori Animazione socio-culturale-ricreativa Animazione all'aperto (uscite, gite, vacanze)	2 2 3	2 2 2
SERVIZI ALBERGHIERI	Pasti Lavanderia Pulizie Mezzi di comunicazione (telefono, PC, internet) Parrucchiere	8 2 3 2	7 2 4 1
Personale	Dotazione di personale curante Professionalità degli operatori	1 7	1 5
Relazioni interpersonali	Relazioni di residenti e familiari/persone di riferimento con operatori (anche allievi e stagisti) e volontari Relazioni tra persone residenti Assistenza spirituale	7 2 1	8 2 1
Informazioni	Materiali (contratto, ecc.) e procedure Informazioni all'ingresso Informazioni e consulenza durante la permanenza	1 3 4	4 5 10
Ambiente	Spazio personale: camera e servizi igienici Spazi comuni della CpA (interni - esterni) Accessibilità e apertura della CpA	9 9	6 8 3

Per ulteriori dettagli sulla metodologia si rimanda all'Allegato 5.

## 2.2. Cure a domicilio

In Cantone Ticino, le cure a domicilio sono divise in due categorie principali: i Servizi di assistenza e cura a domicilio e gli infermieri indipendenti. I Servizi sono ulteriormente suddivisi in SACD, Servizi assistenziali e cura a domicilio d'interesse pubblico (6 associazioni), e OACD, Servizi assistenziali e cura a domicilio d'interesse privato. I requisiti di qualità per i SACD e per gli OACD sono identici.

## 2.2.1 Requisiti qualità definiti per i Servizi di assistenza e cura a domicilio

Per le cure a domicilio, i requisiti di qualità minimi ai quali una struttura deve adempiere non risultano raggruppati in un unico documento, bensì suddivisi in 5 documenti principali:

1. Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni<sup>70</sup>
  2. Il Mansionario del Direttore sanitario<sup>71</sup>
  3. Direttiva sulle qualifiche minime del personale curante a dipendenza delle prestazioni erogate nei servizi di assistenza e cura a domicilio<sup>72</sup>
  4. Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio<sup>73</sup>
  5. Contratto di prestazione relativo all'erogazione delle prestazioni 2020<sup>74</sup>
1. **Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni**

I requisiti sono contenuti negli Artt. 7 e 8.

Nell'Art. 7 i requisiti strutturali generali sono suddivisi in quattro punti principali.

Nell'Art. 8 i requisiti di processo generali sono suddivisi in 12 punti.

È importante notare che in questi due articoli il conteggio dei requisiti impliciti risulta difficile in quanto un requisito può essere all'origine di altri requisiti non esplicitati. Ad esempio, nell'Art. 7 viene richiesta la creazione di un documento (requisito di struttura) il quale dovrà contenere determinate informazioni. Ognuna di queste informazioni di per sé potrebbe essere considerata a sua volta come requisito di struttura. Ad esempio, viene richiesto un documento che espliciti "un piano di formazione e aggiornamento professionale". La creazione di un piano del genere, implica non solo che il piano sia elaborato in funzione dei bisogni dei collaboratori ma anche che qualcuno verifichi che le formazioni pianificate siano state effettivamente frequentate e che nel caso contrario vengano ripianificate. L'elaborazione, la verifica e la ripianificazione richiamano ulteriori processi che fanno parte del sistema di gestione della qualità.

Vedasi l'Allegato 4 per ulteriori dettagli sui requisiti.

### 2. **Il Mansionario del Direttore sanitario**<sup>75</sup>

Il mansionario, anche se non direttamente, richiama diversi requisiti di qualità. Se ne possono indentificare almeno 5 di struttura e 7 di processo.

Possiamo citare l'esempio seguente:

Nei suoi compiti sanitari, "Il DS assicura il rispetto dei diritti dei pazienti e il dovere di diligenza degli operatori sanitari." Ma quali sono le modalità con le quali il DS può garantire il rispetto di queste esigenze,

---

<sup>70</sup> (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2011a)

<sup>71</sup> (Ufficio medico cantonale, 2008)

<sup>72</sup> (Il medico cantonale, 2011)

<sup>73</sup> (Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino, 2012)

<sup>74</sup> (Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2020)

<sup>75</sup> (Ufficio medico cantonale, 2008)

ovvero quale è il processo? Verificare la conformità di questo processo e dei suoi indicatori permetterebbe di assicurare che questo criterio di qualità sia adempito.

Vedasi Allegato 5 per ulteriori dettagli sui requisiti.

### **3. Direttiva sulle qualifiche minime del personale curante a dipendenza delle prestazioni erogate nei servizi di assistenza e cura a domicilio**

La Direttiva non definisce esplicitamente requisiti di qualità tranne l'Art. 4 che stabilisce un requisito per il piano di cura (misura di struttura). Tuttavia la formazione del personale è un requisito di struttura è dovrebbe essere oggetto di un processo.

### **4. Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio**

In questo regolamento sono presenti pochi requisiti di qualità. Il regolamento parla di "necessità di erogare cure di qualità". Non viene tuttavia esplicitato in questo documento come sono definite o verificate le cure di qualità per l'assistenza a domicilio e nemmeno come migliorarne la qualità.

*Art. 4 l'UMC è competente per a) definire tramite direttiva quali siano le qualifiche professionali e la pratica necessari per poter erogare le cure acute e transitorie (CAT) definite dalla legislazione federale;...*

*Art. 5* aggiunge che le SACD possono erogare le CAT se:

*b) dispone di un concetto di presa a carico per quanto concerne le CAT. Il concetto di presa a carico è uno dei documenti alla base della qualità, come lo sono anche la visione e la missione. Questo concetto costituisce un requisito di struttura.*

Il punto c) indica un requisito di struttura, più precisamente la formazione adeguata per potere essere la persona di riferimento delle cure:

*c) per ogni caso concreto dispone di un operatore di riferimento che ottempera alle condizioni poste dall'art. 4 lett. a) del presente regolamento.*

### **5. Contratto di prestazione relativo all'erogazione delle prestazioni 2020**

Il contratto di prestazione definisce le prestazioni, che il Servizio produce ed eroga, e ne stabilisce gli indicatori.

Di seguito la tabella riassuntiva del numero dei criteri contenuti nei cinque documenti qui citati.

Tabella 4 Riassunto degli indicatori qualità per i SACD

	Regolament o sui requisiti	Mansionario	Direttiva sulle qualifiche minime	Regolamento d'applicazion e	Contratto di prestazione	Totale requisiti
Requisiti strutturali	4	5	1	1		11
Requisiti procedural i	9	7				16
Requisiti di risultato						0

Contrariamente a quanto osservato per le CpA, i requisiti strutturali per i Servizi di cure a domicilio sono in percentuale inferiore rispetto a quelli procedurali. Questo non significa che i requisiti strutturali non siano importanti ma piuttosto che l'accento del monitoraggio è stato messo sulle procedure. È da ricordare tuttavia che lo stato dell'arte richiede requisiti di strutture non elencati nella documentazione.

Non vengono richiesti requisiti di risultato e potrebbe risultare utile per il miglioramento della qualità definire dei requisiti che possano fungere di riferimento per il *benchmarking* tra Servizi. Ricordiamo che durante l'analisi dei risultati i valori vengono aggiustati in funzione della casistica in modo che, se un Servizio dovesse avere una casistica più complessa, lo stesso non venga penalizzato.

### **2.2.2 Strumenti di valutazione dei requisiti della qualità per le cure a domicilio**

Gli strumenti di valutazione dei SACD e OACD sono analoghi a quelli per le case anziani:

1. L'ispezione dell'Ufficio del Medico Cantonale
2. Il rapporto di autovalutazione di conformità
3. La raccolta dati Rai
4. L'indagine di soddisfazione
5. Contratto di prestazione

Qui di seguito verranno presentate unicamente le differenze tra i due settori.

## 1. L'ispezione dell'Ufficio del medico cantonale

L'ispezione per le cure a domicilio sono menzionate nel Regolamento sui requisiti essenziali di qualità.

### A. Principio Art. 1

*1 L'esercizio di un servizio di assistenza e cura a domicilio (in seguito SACD) e quello di un centro terapeutico somatico diurno (in seguito CDTS) o notturno (in seguito CNTS) necessita di un'autorizzazione.*

*2 L'autorizzazione è concessa se i requisiti di qualità (art. da 6 a 10) sono soddisfatti.*

*3 L'autorizzazione è revocata se i requisiti di qualità non sono soddisfatti, in particolare se i provvedimenti ordinati dal Medico cantonale non sono adottati.*

## 2. Il rapporto di autovalutazione di conformità

Il rapporto da compilare è diverso rispetto a quello per le CpA ma la modalità è la stessa.

## 3. La raccolta dati Rai

Viene effettuata come nelle CpA.

## 4. L'indagine di soddisfazione

L'ultima inchiesta di soddisfazione dell'utenza a domicilio pubblicata sul sito dell'UACD risale al 2004.

## 5. Il contratto di prestazione

Il contratto di prestazione riporta che per controllare la qualità "Trimestralmente, il Servizio invia tramite piattaforma MFT all'UMC una tabella in formato Excel in cui sono contenuti i dati riferiti a tutti i pazienti seguiti durante il trimestre. In alternativa, il Servizio consente all'UMC l'accesso diretto alla propria banca dati. Il mancato invio di queste informazioni, l'invio tardivo oppure l'invio in forma e modalità diverse da quelle sopra indicate comportano il non riconoscimento delle ore erogate nel trimestre. L'UMC richiede a campione la documentazione di cura di questi casi ai fini della verifica della qualità della documentazione (almeno 15 incarti a trimestre). Qualora, sull'arco dell'anno, dal campione esaminato dall'UMC, emergano delle non conformità rispetto alla metodologia di compilazione della documentazione sanitaria, alla qualità della stessa e dell'appropriatezza dell'intervento, l'UMC segnala entro il 30 aprile dell'anno successivo il caso all'UACD. Sentito il Servizio, l'UACD, d'intesa con l'UMC, applica una misura proporzionata di decurtazione del contributo, tenendo conto del contesto in cui si situa la non conformità (mandato d'interesse pubblico o meno, gravità, sistematicità, recidività e reticenza)."<sup>76</sup>

### 2.2.3 Particolarità per gli infermieri indipendenti

Non lavorando in una struttura come un SACD o OACD, gli infermieri indipendenti hanno altri requisiti da adempire. Vanno inoltre distinte due categorie: coloro che hanno sottoscritto un contratto di prestazione con l'Amministrazione Cantonale (AC) e coloro invece che non hanno scelto questa opzione - questi ultimi rappresentano un po' meno che la metà degli indipendenti.

Solo gli infermieri che hanno sottoscritto il contratto di prestazione sono tenuti a fornire il rapporto di autovalutazione e sottostanno alla vigilanza da parte dall'UMC. Per incentivare gli infermieri ad

<sup>76</sup> (Repubblica e Cantone Ticino, 2020)

aderire a un contratto di prestazione, il Cantone finanzia la parte complementare delle prestazioni unicamente agli indipendenti che hanno firmato un contratto di prestazione con l'AC.

Il Contratto di prestazione tra la repubblica e cantone Ticino e l'infermiere/a indipendente relativo all'erogazione delle prestazioni 2020<sup>77</sup> stipula che l'infermiere, tramite tabella Excel, invia i dati relativi ai pazienti e ai trattamenti forniti ogni fine trimestre o consente all'UMC l'accesso alla banca dati.

È importante sottolineare che gli infermieri indipendenti sono, per la maggiore parte (oltre il 90%), membri dell'Associazione Svizzera delle infermiere (ASI-SBK). L'ASI tiene un registro di tutti gli infermieri indipendenti e lo trasmette all'associazione Curacasa. In effetti, per assicurare che gli indipendenti possano svolgere un lavoro di qualità, ASI-SBK ha delegato all'associazione Curacasa la raccolta di una serie di informazioni che riguardano la qualità<sup>78</sup>. Tutti questi dati sono raccolti attraverso una piattaforma sul sito di Curacasa<sup>79</sup>.

Curacasa, per incentivare le infermiere ad adempiere ai criteri di qualità proposti dall'associazione, propone un *label* di qualità ai liberi professionisti - con contratto di prestazione o meno - che soddisfano le seguenti condizioni:

- partecipazione alla giornata di formazione sulla qualità organizzata da Curacasa
- rapporto di autovalutazione da presentare annualmente
- l'obbligo di sottoporsi ad un audit in caso di sorteggio (7 audit all'anno su circa 2'200 infermieri). Da notare che la versione in italiano non è ancora disponibile
- avere il numero minimo richiesto di punti di formazione continua. La media delle giornate di formazione è effettuata su tre anni. Attualmente sull'arco di un triennio sono richiesti 3 giorni di formazione, che diventeranno 6 nel 2020 e saliranno a 9 giorni di formazione l'anno successivo.

L'adesione all'associazione Curacasa e l'ottenimento del *label* qualità sono indipendenti l'uno dell'altro. In Svizzera oltre 2'200 infermieri sono registrati come indipendenti, di cui 900 sono membri dell'associazione Curacasa. Di questi, 590 (il 65% ca.) hanno ottenuto il *label* qualità. La percentuale in Ticino è nettamente inferiore alla media Svizzera: sono 304 gli associati a Curacasa, di cui solo 63 hanno ottenuto il *label* (21%). A questo va ad aggiungersi che solo la metà degli infermieri indipendenti ha un contratto di prestazione con il Cantone. Uno dei fattori che influisce sulla volontà di ottenere il *label* o meno potrebbe risiedere nel fatto che circa il 70% degli infermieri indipendenti in Ticino lavorano con una percentuale inferiore al 20%.

In termini di volume, si potrebbe ipotizzare che le prestazioni esenti da vigilanza sono di entità sensibilmente minore rispetto alla parte vigilata. In termini di qualità per quanto riguarda gli infermieri che non hanno sottoscritto il contratto di prestazione, la valutazione delle prestazioni da loro erogate è resa difficile, se non impossibile nel caso in cui non abbiano nemmeno ottenuto il *label* di qualità, dal momento che non sottostanno alla vigilanza da parte dell'UMC. Considerando che la parte del finanziamento residuale del Cantone sulle prestazioni erogate è un diritto e rappresenta circa il 20%<sup>80</sup> del costo della prestazione, sarebbe interessante indagare su quali siano le reali motivazioni a rinunciare a stipulare il contratto di prestazione con il Cantone, in altre parole, capire la motivazione a rinunciare al 20% del proprio salario.

---

<sup>77</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2020)

<sup>78</sup> (Curacasa, 2020)

<sup>79</sup> <https://www.curacasa.ch/>

<sup>80</sup> (Associazione Svizzera degli infermieri, 2020)

## **2.3 Altri tipi di strutture sottoposte a requisiti di qualità coinvolte nella cura dell'anziano.**

### **2.3.1 Requisiti qualità definiti per i centri diurni**

Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) dei centri diurni con presa a carico socio-assistenziale<sup>81</sup>

La direttiva contiene una serie di requisiti di struttura paragonabili al documento "Criteri minimi costruttivi" delle case per anziani e altri legati al personale e alla loro formazione.

### **2.3.2 Strumenti di valutazione dei requisiti per i centri diurni socio-assistenziali**

Conformemente alla Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale<sup>82</sup>, il monitoraggio della qualità avviene attraverso un rapporto di attività annuale volto alla verifica dei requisiti qualità elencati nell'allegato 1 della Direttiva<sup>83</sup> e attraverso visite qualitative da parte di rappresentanti dell'UACD. Attraverso un rapporto consegnato al centro diurno, il rappresentante dell'UACD fa le sue osservazioni e le proposte di miglioramento su determinati criteri qualitativi e formula eventuali non-conformità.

È da segnalare che per promuovere e coordinare la qualità nei centri diurni con presa a carico socio-assistenziale (CDSA), l'UACD ha sviluppato una piattaforma che raggruppa tutti i 16 CDSA presenti sul territorio ticinese. Questa piattaforma ha permesso la messa in rete di centri con grandezza, finanziamenti e tipologia di professionisti o volontari molto diversi tra loro. Questa diversità tra strutture, che avrebbe potuto essere considerata una sfida impossibile, si è rivelata una forza al momento della condivisione delle competenze e del *know-how*.

Grazie a questo scambio di visioni e di criteri qualitativi, la piattaforma ha elaborato delle linee guida e dei progetti per la promozione della qualità. Questi progetti hanno interessato tutti i centri e hanno coinvolto anche professionisti di altri settori su determinate tematiche, laddove competenze più specialistiche erano necessarie. Ne è un esempio il progetto per promuovere un ridotto consumo di alcool in collaborazione con Ingrado e l'UMC, nell'ambito del Piano d'azione cantonale alcool 2015-2018.

Oltre alla banca dati comune, un ulteriore vantaggio scaturito dalla condivisione di risorse tramite la piattaforma, è la ricerca di soluzioni comuni con modalità innovative. Ad esempio, è stata assunta una persona con funzione di supplente e che viene condivisa in caso di assenze e necessità all'interno della rete dei CDSA. Questa persona permette di garantire la qualità del servizio offerto ed evitare che vengano a mancare le risorse necessarie per l'accoglienza dell'utenza.

Attraverso questa modalità di lavoro si raggiunge l'obiettivo di una visione cantonale uniforme e condivisa, pur mantenendo le caratteristiche del territorio e dell'ente d'appoggio di appartenenza.

## **2.4 Conclusione sulla descrizione del modello attuale di monitoraggio della qualità**

In questa prima parte del rapporto abbiamo potuto constatare che le fonti della documentazione riguardante i requisiti della qualità sono molteplici: Leggi, direttive, regolamenti, cataloghi, mansionari e contratti di prestazione. Oltre a questa documentazione, disponibile sul sito dell'UACD, due ulteriori

<sup>81</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2013a)

<sup>82</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2013b)

<sup>83</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità, 2013a)

e importanti strumenti di monitoraggio della qualità è il rilevamento della qualità percepita attraverso SODDI e il RAI.

Abbiamo precisato che i requisiti-indicatori possono riferirsi a misure diverse: strutturali, di processo o di risultato. Nei vari documenti, questi requisiti sono presenti in numero differente e non tutti i documenti includono tutti e tre i tipi di misura.

Alcuni requisiti sono direttamente esplicitati come fattori di qualità, altri invece non lo sono, anche se dovrebbero essere considerati tali.

Nella situazione attuale, risulta che gli elementi da considerarsi come requisiti di qualità sono presenti nei vari documenti in forme diverse, tra cui articoli, elenchi o rinvii a ulteriori documenti.

Gli strumenti di monitoraggio sono anch'essi molteplici, presentano interlocutori diversi e talvolta presentano una certa complessità. Sono circa 500 i criteri che vengono monitorati in modo diretto (ad esempio con visite di vigilanza) o indiretto (ad esempio tramite SODDI).

Va evidenziato che la pluralità delle forme, delle fonti di documentazione e delle modalità di monitoraggio, può mettere a rischio la visione globale del sistema di gestione della qualità, in particolare quando il focus da parte di chi viene monitorato, e da parte di chi monitora, è sui singoli indicatori.

In sostanza, si rileva che "finora, il controllo della qualità è stato basato sulla rilevazione della qualità percepita degli utenti e dei familiari e del grado di soddisfazione dei collaboratori, piuttosto che su sistemi documentali tipo ISO. Questa scelta deriva essenzialmente dal fatto che nel contesto delle cure di lunga durata si è ritenuto di dare maggiore importanza alla soddisfazione connessa direttamente o indirettamente con le prestazioni erogate, piuttosto che alla misurazione/valutazione della qualità tecnica e dei relativi processi di erogazione, com'è il caso nel settore della presa in carico di breve durata (acuta). La rilevazione della soddisfazione è stata affidata, tramite un mandato di ricerca, alla SUPSI. Completano il sistema di promozione e controllo della qualità attuale l'attività di vigilanza dell'Ufficio del medico cantonale (per gli aspetti prettamente sanitari), l'attività dei controllori di gestione in dotazione all'UACD (per gli aspetti di ordine gestionale-finanziario) e le rilevazioni e analisi sugli indicatori RAI."<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> (Branca et al., 2020, p. 9)

## **Seconda parte: valutazione dell'adeguatezza del monitoraggio della qualità**

### **3. Introduzione**

Nel capitolo 2 è stata inizialmente presentata la documentazione che esplicita i requisiti<sup>85</sup> di qualità per le CpA e le cure a domicilio. Si è poi proseguito, sempre nello stesso capitolo, descrivendo gli strumenti che costituiscono il modello di monitoraggio della qualità, ossia come il Cantone verifica che i requisiti minimi stabiliti siano rispettati dalle strutture.

La seconda parte di questo rapporto si concentrerà sulla valutazione dell'adeguatezza dell'attuale modello di monitoraggio della qualità, conformemente a quanto richiesto dell'Ufficio Federale della Sanità pubblica che dichiara che:

“A tutti i livelli del sistema sanitario, gli attori (Confederazione, Cantoni, Commissione federale per la qualità, federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori e fornitori di prestazioni) devono adoperarsi affinché il livello di qualità stabilito sia garantito in modo efficiente e migliorato costantemente. Nell'ambito del processo di apprendimento e miglioramento si devono regolarmente creare standard da applicare a loro volta a un nuovo processo di miglioramento.”<sup>86</sup>

La necessità di eseguire questa verifica - al di là dell'indispensabile verifica regolare - è rafforzata dal fatto che il sistema di monitoraggio attuale, “soprattutto nelle situazioni meno collaborative e critiche, mostra carenze sul piano dell'efficacia, a tal punto che, come in altri settori della DASF, prende corpo la necessità d'introdurre un sistema interno di promozione della qualità, al fine di rafforzare la connessione (in termini di possibilità di decidere le misure a garanzia della qualità contrattualizzata) tra finanziamento e qualità delle prestazioni.”<sup>87</sup> Al fine di migliorarne l'efficacia, bisogna quindi identificare le eventuali criticità del modello di monitoraggio attuale, per poi indicare prospettive di miglioramento o correttivi. Tuttavia, per una visione più sistemica della situazione è raccomandata la verifica della qualità, non solo a livello del modello di monitoraggio ma anche, a monte, a livello della sua gestione all'interno del Servizio incaricato del monitoraggio della qualità nelle strutture cantonali.

Prima di proseguire con la valutazione dell'adeguatezza del modello, viene quindi qui di seguito inserito un breve capitolo che presenta una proposta di ridefinizione dell'applicazione dei principi della qualità per l'UACD. L'adozione di questi principi fondamentali della gestione della qualità, e la conseguente definizione di un SGQ per l'UACD, permetterebbe all'Ufficio di garantire la qualità al suo interno prima di considerare un'eventuale ridefinizione del modello di monitoraggio. Questa proposta viene effettuata in quanto “per un'organizzazione l'adozione di un sistema di gestione per la qualità è una decisione strategica che può aiutare a migliorare la sua prestazione complessiva e costituire una solida base per iniziative di sviluppo sostenibile”<sup>88</sup>.

### **4. Basi per un'eventuale ridefinizione del sistema di gestione della qualità dell'UACD**

Nel monitoraggio della qualità, l'UACD stesso potrebbe applicare i principi di qualità come definiti nell'ISO 9001:2015, vale a dire:

---

<sup>85</sup> Requisiti che includono quelli di struttura, di processo e di risultato.

<sup>86</sup> (Ufficio Federale della Sanità Pubblica, 2020)

<sup>87</sup> (Branca et al., 2020)

<sup>88</sup> (UNI ente italiano di normazione, 2015)

## 1. Orientamento al cliente

I clienti finali dell'UACD sono le persone anziane e le persone che beneficiano delle cure a domicilio. Per questo motivo, attraverso diverse modalità, l'UACD raccoglie le loro esigenze, ad esempio tramite questionari di soddisfazione, collaborazioni con associazioni che rappresentano gli utenti o ancora rapporti effettuati da esperti dell'ambito socio-sanitario. Tuttavia, il Cantone ha deciso per l'erogazione delle cure e l'offerta di prestazioni di servizi di sua competenza di delegarne l'esecuzione a terzi (CpA, SACD o altro) attraverso i contratti di prestazione. Questi terzi sono da considerarsi come fornitori per l'UACD. Ciò significa che l'UACD deve determinare in termini di quantità e di qualità "cosa ottenere dai fornitori esterni"<sup>89</sup> e determinare "i controlli da attuare sui processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno, quando: ... prodotti e servizi sono forniti direttamente al(ai) cliente(i) da fornitori esterni, per conto dell'organizzazione"<sup>90</sup>. Per ulteriori precisazioni, vedasi il punto 8 del presente capitolo, relativo appunto ai rapporti di reciproco beneficio con i fornitori.

Se le organizzazioni come CpA o SACD sono fornitori di prestazioni per conto del Cantone, quando esso ne è il finanziatore è importante tenere presente che "capire le loro esigenze presenti e future, soddisfare i loro requisiti e mirare a superare le loro stesse aspettative" permetterebbe di migliorare la qualità del monitoraggio e conseguentemente la promozione della qualità. Questo potrebbe avvenire, ad esempio, tramite un'inchiesta svolta presso la direzione delle organizzazioni-fornitori, per comprendere come viene valutato da parte delle strutture socio-sanitarie l'attuale modello di valutazione della qualità: sufficiente? Da completare / integrare? Quali ambiti sono adeguatamente considerati e quali meno?

## 2. Leadership

Il principio di leadership, nel monitoraggio e nella promozione della qualità da parte dell'UACD, potrebbe essere inteso su due livelli. Un livello di leadership concerne l'Ufficio e la sua conduzione. Per l'UACD significherebbe "creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione". Questi obiettivi sono condivisi con tutti e i passi da intraprendere per raggiungerli sono ben definiti.

Il secondo livello concerne la leadership per la qualità delle organizzazioni, siano esse CpA o SACD. In effetti, «L'Alta Direzione (ossia chi ha l'autorità di prendere decisioni - anche economiche - e ha chiari in mente gli obiettivi di strategia) deve dimostrare leadership e impegno nei riguardi del sistema di gestione», «facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia dei sistemi di gestione»<sup>91</sup>. Per l'UACD, leadership significa dare riscontri alle singole strutture al fine di attivare il loro ciclo del PDCA. Il suo regolare monitoraggio ne favorirebbe l'efficacia. La leadership significa anche favorire la condivisione di buone pratiche e incentivarle attraverso formazione, gruppi operativi o finanziamenti per migliorare la qualità sull'insieme del territorio. La condivisione di buone pratiche non rientra né nella vigilanza, che verifica che i criteri o requisiti di qualità siano applicati, né nella consulenza in quanto la consulenza propone o suggerisce a un'azienda come applicare o implementare le buone pratiche al suo interno.

## 3. Coinvolgimento del personale

Coinvolgere tutto il personale addetto al monitoraggio della qualità nell'elaborazione, nell'applicazione, nella verifica e nel miglioramento dei processi. Questo significa anche continuamente formare il personale alla qualità, ai suoi principi e agli strumenti<sup>92</sup> che ne sono fondamento.

---

<sup>89</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 11)

<sup>90</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 18)

<sup>91</sup> (UNI ente italiano di normazione, n.d., p. 9)

<sup>92</sup> Per strumenti qui si intende ad esempio il PDCA o le tecniche di audit.

#### **4. Approccio per processi**

L'approccio per processi significa definire e implementare tutti i processi correlati al monitoraggio. Questo include tutte le fasi del ciclo PDCA: la raccolta delle attese delle parti interessate e la stesura della documentazione correlata ai processi (Plan); la sistematica applicazione dei processi o delle loro procedure (Do); la regolare verifica della loro efficacia e la raccolta della soddisfazione delle parti interessate (Check) e infine il miglioramento dei processi (Act) per chiudere la ruota di Deming.

#### **5. Approccio sistemico alla gestione**

Stabilire una mappa dei processi permetterebbe "d'identificare, capire e gestire (come fossero un sistema) processi tra loro correlati contribuendo a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione nel conseguire i propri obiettivi". Un esempio potrebbe essere il collegamento tra il processo della verifica dei rapporti di valutazione e il processo concernente i riscontri sistemici e strutturati.

#### **6. Miglioramento continuo**

Il principio del miglioramento continuo è sì collegato ai principi 4 e 5, ma riguarda anche la formazione continua del personale e la costante valutazione del cambiamento rispetto alla situazione iniziale. Ad esempio: quali insegnamenti si possono trarre dalla recente crisi di pandemia? In che modo si possono modificare i processi per ovviare alle problematiche riscontrate? Oppure anche, quali migliorie apportare agli strumenti utilizzati per il monitoraggio?

#### **7. Decisioni basate su dati di fatto**

Tutte le decisioni dell'UACD che riguardano le CpA o le cure a domicilio dovrebbero essere basate su dati e informazioni, come quelle contenute nei rapporti RAI, SODDI o nelle autovalutazioni. Altre possibili fonti potrebbero essere le informazioni raccolte direttamente durante le restituzioni nelle CpA per SODDI. I dati e le informazioni raccolti vanno analizzati, convogliando risultati e conclusioni in nuove misure (nuovi requisiti, formazioni o finanziamenti) garantendo così il ciclo PDCA.

#### **8. Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori**

Per determinare la natura dei controlli d'attuare, l'ISO 9001 preconizza che l'organizzazione che delega a fornitori esterni si assicuri "che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno non influenzino negativamente la capacità dell'organizzazione di rilasciare con regolarità, ai propri clienti, prodotti e servizi conformi.

L'organizzazione deve:

- a) assicurare che i processi forniti dall'esterno rimangano sotto il controllo del proprio sistema di gestione per la qualità;<sup>93</sup>
- b) definire sia i controlli che essa intende applicare al fornitore esterno, sia quelli che intende applicare agli output risultanti;
- c) tenere in considerazione: 1) l'impatto potenziale dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno sulla capacità dell'organizzazione di soddisfare con regolarità i requisiti del cliente e quelli cogenti applicabili; 2) l'efficacia dei controlli attuati dal fornitore esterno;

---

<sup>93</sup> Per questo nella norma è specificato che deve essere l'azienda che delega la prestazione di servizi e non il fornitore che definisce nel suo sistema di qualità le modalità operative, i requisiti, la verifica delle procedure qualità per garantire la qualità delle prestazioni che ha delegato.

d) determinare le verifiche o altre attività, necessarie ad assicurare che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno soddisfino i requisiti.”<sup>94</sup>

In termini di competenza, l'organizzazione, ovvero l'UACD deve:

- “a) determinare le competenze necessarie per la(e) persona(e) che svolge(ono) attività lavorative sotto il suo controllo e che influenzano le prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità;
- b) assicurare che queste persone siano competenti sulla base di istruzione, formazione o esperienza appropriate;
- c) ove applicabile, intraprendere azioni per acquisire le necessarie competenze e valutare l'efficacia delle azioni intraprese;
- d) conservare appropriate informazioni documentate quale evidenza delle competenze.”<sup>95</sup>

Riguardo al controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno, “L'organizzazione deve assicurare che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno siano conformi ai requisiti... L'informazione ai fornitori esterni: l'organizzazione deve assicurare l'adeguatezza dei requisiti specificati prima della loro comunicazione al fornitore esterno.”<sup>96</sup>

Nel monitoraggio, l'UACD beneficia anche di fornitori esterni, come ad esempio la SUPSI per SODDI. Questa collaborazione permette di ottenere dati sulla qualità percepita nelle CpA, di cui l'analisi e la restituzione danno spunti per azioni di miglioramento. Questa collaborazione potrebbe essere resa ulteriormente efficace con piccoli accorgimenti che saranno suggeriti nell'analisi dello strumento SODDI.

Come detto in precedenza, l'applicazione sistematica di questi principi porta diversi benefici in termini di efficacia e di efficienza per tutte le parti interessate.

## **5. Valutazione degli strumenti per il monitoraggio e la promozione della qualità per le CpA**

Prima di addentrarci nella verifica del modello nel suo insieme (capitolo 6), affronteremo l'analisi dei singoli strumenti di monitoraggio, partendo da quelli usati per le CpA e poi quelli per le Cure a domicilio. Per la prima parte dell'analisi vengono presi in considerazione i due strumenti utilizzati dall'UACD per il monitoraggio della qualità. L'analisi sarà fatta considerando i tre principali indicatori di qualità: l'efficacia, efficienza e la fruibilità. Per la seconda parte sarà verificata l'adeguatezza del sistema e la sua completezza attraverso il confronto dello stato attuale con quello auspicabile.

Gli strumenti con cui il Cantone monitora il rispetto dei criteri di qualità definiti nella sua documentazione per le CpA sono essenzialmente due: i rapporti di autovalutazione trasmessi dalle CpA come richiesto dal Contratto di prestazione e i rapporti forniti dalla SUPSI per SODDI, le indagini dalla SUPSI volte a misurare la soddisfazione degli utenti, dei famigliari e del personale.

I rapporti annuali di autovalutazione riportano:

- i requisiti contenuti nel Catalogo delle prestazioni attraverso un'autodichiarazione (FQ 4.1);
- gli indicatori clinici RAI attraverso il rapporto di autovalutazione (FQ 5.1). Inoltre, le ispezioni dell'UMC permettono un'ulteriore verifica delle direttive emesse;

---

<sup>94</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 18)

<sup>95</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 13)

<sup>96</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 18)

- le ispezioni dell'UMC sono riprese all'interno del rapporto di autovalutazione sotto la forma di dichiarazione di conformità dell'UMC (FQ 3.1). Le ispezioni permettono la verifica dei Requisiti essenziali della qualità, dei Criteri costruttivi minimi per una casa anziani e del Mansionario del direttore sanitario.

Le indagini SODDI permettono di monitorare gli indicatori di risultato attraverso la qualità percepita.

Per questi due strumenti di monitoraggio, saranno qui di seguito esaminati i punti di forza, le criticità e i possibili sviluppi dello strumento.

## 5.1 Rapporto di autovalutazione

Il rapporto di autovalutazione è un rapporto annuale richiesto nell'art. 9 del Contratto di prestazione e composto da elementi definiti nell'allegato B del Contratto di prestazione. Il rapporto riprende elementi di controlling relativi a tutti gli aspetti operativi di una CpA (dal miglioramento economico, all'adeguatezza delle prestazioni fino all'efficienza della struttura) e documentazioni relative a dati finanziari e strutturali (contabilità finanziaria, medicamenti o rete).

### 5.1.1 Obiettivi dello strumento

Fornire elementi di controlling al fine di determinare sul piano quantitativo e qualitativo le prestazioni che l'istituto produce ed eroga e stabilire l'ammontare del contributo globale".<sup>97</sup>

### 5.1.2 Analisi dello strumento

#### Punti di forza:

- A monte, permette all'organizzazione di fare annualmente il punto della situazione e avere una visione complessiva su prestazioni e servizi/prodotti erogati.
- Permette al Cantone di assicurare annualmente la corretta gestione della struttura, ad esempio a livello finanziario o di risorse umane.
- Permette al Cantone di fare un confronto tra case di medesima categoria (suddivisione per grandezza) e verificare l'utilizzo adeguato delle risorse.
- Permette al Cantone di verificare i processi di miglioramento continuo grazie al rapporto effettuato su SODDI.
- Permette di verificare da un anno all'altro se vi sono eventuali cambiamenti e la tendenza generale degli indicatori contenuti nell'autovalutazione, per case e categorie di case.

#### Criticità:

- Il rapporto non viene sistematicamente inviato all'Amministrazione cantonale da tutte le case.
- Nei rapporti inviati, la struttura del rapporto stesso è eterogenea e non rispetta quella proposta nell'allegato B, rendendo così l'analisi di confronto tra case più complessa.
- Le CpA non ricevono riscontri da parte dell'Ufficio anziani, né a titolo individuale né generale.
- La valutazione complessiva di una CpA è possibile unicamente nel caso in cui vengono forniti tutti i punti richiesti, altrimenti perde la sua efficacia.
- Per quanto riguarda "l'interpretazione dei requisiti essenziali di qualità in ottica di miglioramento continuo" la documentazione è "fornita tramite un rapporto dell'Ufficio del medico cantonale (RUMC)". Questi dati non sembra siano forniti in modo sistematico e uniforme.

<sup>97</sup> (Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2015, p. 3)

- L'ambiguità dei contenuti richiesti nel rapporto rende lo strumento poco efficiente per le CpA, le quali non hanno un supporto solido e chiaro su cui basarsi per alimentare il rapporto:
  - Alcuni documenti sono su richiesta (SR) e quindi non vengono controllati in modo sistematico e uniforme. Ne è un esempio importante “il piano di formazione e aggiornamento professionale”. Il fatto che questi documenti siano su richiesta potrebbe essere interpretato come meno importante e lascia spazio a interpretazioni. Tuttavia la formazione del personale è molto importante in quanto “la mancata standardizzazione dei criteri di competenze professionale e l'assenza di periodiche procedure di valutazione costituiscono l'anello debole della catena: in una struttura accreditata che eroga processi appropriati, una limitata competenza professionale può compromettere la qualità dell'assistenza.”<sup>98</sup>
  - Alcuni documenti figurano come non più necessari (NO) ma sono menzionati ugualmente nell'allegato B, come ad esempio la “Scheda del personale”.
  - Alcune informazioni possono essere fornite tramite due diverse modalità: come documento o come dato inserito nel rapporto.
- L'ambiguità dei contenuti richiesti nel rapporto rende lo strumento poco efficace per il Cantone. A seguito della non omogeneità delle informazioni contenute nei rapporti delle varie CpA, l'analisi e il *benchmarking* sono resi più complicati e meno efficienti.
- Il documento non è aggiornato in quanto riporta ancora “4) Sono ancora in corso le trattative tra Enti e Sindacato sulla questione delle indennità festive e notturne durante le assenze per vacanza”.

### Possibili sviluppi e miglioramenti:

- Le restituzioni sul rapporto di autovalutazione hanno un potenziale enorme per influenzare la cultura del sistema in generale e questo su più livelli:
  - a livello individuale (della singola casa) perché grazie ai feedback strutturati e regolari ricevuti dal Cantone, le CpA avrebbero in mano un reale strumento gestionale che fornisce spunti di miglioramento attraverso suggerimenti o raccomandazioni. In questo caso, il Cantone dovrebbe, l'anno successivo (o prima, in funzione dell'importanza delle raccomandazioni), verificare le azioni intraprese dalla CpA per il miglioramento (ciclo PDCA).
  - a livello di gruppo (dell'insieme delle case) in quanto la sintesi dei suggerimenti o delle raccomandazioni formulate potrebbe fornire delle *best practices* e delle linee guida per una presa a carico di qualità più uniforme sul territorio cantonale (servizi basati sull'evidenza).
- Formalizzare un modello standard per tutte le CpA per la redazione del rapporto di autovalutazione in modo da ottenere informazioni più strutturate e comparabili (approccio sistemico alla gestione). Un possibile modello potrebbe essere basato sul contenuto del riesame proposto dall'ISO.

### 5.1.3 Conclusioni

Il rapporto di autovalutazione, in quanto strumento di monitoraggio, è certamente da considerarsi uno strumento utile che permette di verificare l'applicazione di tre dei principi di gestione della qualità: l'approccio per processi, il miglioramento continuo e le decisioni basate sulle evidenze. Allo stato attuale, si potrebbe tuttavia sensibilmente migliorarne l'efficacia e l'efficienza introducendo alcuni elementi:

- formalizzare i feedback alle singole CpA in modo regolare e metodico, includendo raccomandazioni di miglioramento;

---

<sup>98</sup> (Cartabellotta, 2009, p. 4)

- creare delle linee guida/*best practices* sulla base dell'analisi di tutti i rapporti di autovalutazione<sup>99</sup>;
- controllare in modo regolare che le raccomandazioni formulate siano state prese in considerazione;
- creare un modello standard per la redazione del rapporto.

## 5.2 SODDI

Considerando che SODDI è uno strumento creato *ad hoc* per rispondere all'esigenza di misurare la qualità percepita nelle strutture cantonali, riteniamo necessario eseguire qui un'analisi più dettagliata rispetto al precedente strumento.

### 5.2.1. Obiettivi dello strumento

- Monitorare:
  - i. il grado di soddisfazione e la qualità percepita dall'utenza (e dai loro famigliari) negli istituti per anziani nel Cantone rispetto alle prestazioni erogate ed il livello di soddisfazione del personale occupato in queste strutture;
  - ii. l'evoluzione del grado di soddisfazione e della qualità percepita nel tempo;
  - iii. i dati rilevati in un contesto di *benchmarking*<sup>100</sup> settoriale.
- Fornire indicazioni di miglioramento alle strutture e raccomandazioni di *policy* al Cantone.

### 5.2.2 Analisi dello strumento

#### Punti di forza:

- I dati raccolti e le informazioni restituite alle CpA costituiscono l'unico strumento di management della qualità percepita dal punto di vista dell'utenza (residenti e famigliari) e del personale. La ripetizione delle rilevazioni (*repeated cross sectional*) ha permesso anche la valutazione dell'evoluzione della qualità nel corso del tempo, nonché il *benchmarking* della stessa per classi dimensionali delle strutture.
- Le restituzioni dei risultati (alle direzioni e ai quadri, al personale, ai residenti e famigliari) permettono di identificare, di concerto con le strutture, i punti in cui ci si può migliorare.
- Le indicazioni di *policy* al Cantone hanno favorito interventi a livello di dotazione di personale curante, di attenzione a specifiche tematiche (demenze, patologie psichiatriche e disabilità nell'invecchiamento) e di promozione di percorsi formativi.

#### Criticità:

- Nonostante l'attenzione dedicata alle restituzioni dei risultati, il loro utilizzo a dei fini di miglioramento sembra variare sensibilmente da una CpA all'altra.

#### Possibili sviluppi e miglioramenti:

<sup>9999</sup> (OMS - Groupe de la banque mondiale - OCDE, 2019)

<sup>100</sup> Attività di ricerca, misurazione e confronto sistematico che permette alle strutture di compararsi con le migliori e soprattutto di migliorare le proprie prestazioni.

- La formalizzazione di un sistema di feedback dell'utilizzo degli esiti delle rilevazioni tra utenti, CpA e Cantone potrebbe favorire consistenza nell'applicazione dei risultati e la condivisione di *best practices*
- È indispensabile riflettere sull'integrazione dell'importanza del monitoraggio della qualità percepita al processo qualità a seguito della nuova pianificazione.

Le attività principali legate allo strumento SODDI sono suddivise in quattro fasi: rilevazioni, analisi dei dati, restituzioni e i rapporti.

### **Fase I - Le rilevazioni**

La qualità percepita viene valutata utilizzando questionari sviluppati per i residenti, i loro famigliari e il personale.

#### **Punti di forza:**

- Il processo di raccolta dei dati coinvolge diversi attori, offrendo sguardi molteplici. Le rilevazioni offrono una grande flessibilità e disponibilità nei confronti delle CpA.
- Gli strumenti permettono il confronto nel tempo e fra CpA. I famigliari e il personale hanno la possibilità di compilare il questionario in forma cartacea o online. La separazione tematica facilita la rilevazione anche per i residenti più fragili e la presenza di domande qualitative all'inizio del questionario agevola l'ottenimento della collaborazione del residente. I questionari sono dettagliati e comprendono molti aspetti della vita quotidiana in casa anziani.
- Nelle due ultime rilevazioni (2013-2015 e 2016-2018) ciascuna struttura ha inoltre avuto la possibilità di aggiungere qualche domanda rilevante in merito al proprio percorso di miglioramento (per esempio, domande specifiche sui progetti svolti, sui cambiamenti introdotti, ecc.).

#### **Criticità:**

- Dal punto di vista organizzativo, il coordinamento delle rilevazioni è molto oneroso e i tassi di risposta variano molto da una casa all'altra.
- I questionari sono lunghi e in alcune parti ripetitivi. Questo lascia poco spazio per altre domande su misura per le singole strutture. Per una percentuale elevata di residenti è necessario riformulare alcune domande e/o verificare l'affidabilità delle risposte: spesso richiede molto tempo la ricostruzione del presente, ricordare la domanda o le modalità di risposta, ecc. I membri del personale, a volte, hanno il timore di essere riconosciuti compilando il questionario online, nonostante una garanzia assoluta di anonimato.
- Elevata variabilità nell'utilizzo di domande specifiche in merito alla percezione dell'impatto di progetti di miglioramento da parte delle singole CpA.

#### **Possibili sviluppi e miglioramenti:**

- I cambiamenti all'interno del team del CCA-SUPSI rappresentano un'opportunità per innovare e modificare il progetto nei prossimi passi. Riflettere sulle modalità di raccolta dati, le esigenze delle strutture e del Cantone e le tempistiche dei cicli di rilevazione.
- Alleggerire i questionari, mantenendo una parte che permetta il confronto nel tempo. Un questionario breve potrebbe essere accompagnato da una raccolta dati più qualitativa (*focus group*, per esempio).



## Fase II - L'analisi dei dati

### Punti di forza:

- L'analisi dei dati raccolti fornisce risultati complessivi e dettagliati. L'analisi è sistematica e permette facili confronti nel tempo.

### Criticità:

- Le analisi sono essenzialmente descrittive.

### Possibili sviluppi e miglioramenti:

- Analisi più approfondite e/o tematiche che vadano oltre le esigenze delle restituzioni alle CpA ma che potrebbero essere interessanti per il Cantone e le strutture, nonché un contributo alla letteratura in materia. Valutare la possibilità di completare le analisi con i dati RAI.

## Fase III - Le restituzioni

Per ogni rilevazione, si svolgono tre presentazioni per restituire i risultati pertinenti rispettivamente alla direzione, al personale e a residenti e famigliari.

### Punti di forza:

- La restituzione dei dati ad ogni singola casa è il tassello più importante del progetto SODDI. Il team CCA-SUPSI facilita uno scambio intenso tra tutte le figure presenti nelle CpA e altri *stakeholder*, dando la possibilità a tutti di esprimersi. Questo sistema di feedback non è presente in altri sistemi della gestione della qualità (p. es., ISO).
- Le presentazioni sono molto apprezzate dalla direzione, dal personale, dai residenti e dai loro familiari. Il feedback dettagliato è costruttivo e facilita l'*empowerment* di tutti gli attori.

### Criticità:

- Le restituzioni richiedono molto tempo e sono impegnative dal punto di vista organizzativo.
- Le presentazioni sono lunghe e molto dettagliate. Spesso la fruizione di quanto emerso nelle restituzioni e del valore attribuito ai dati qualitativi non è chiara.

### Possibili sviluppi e miglioramenti:

- Le restituzioni hanno un potenziale enorme per influenzare la cultura del sistema in generale. Le presentazioni potrebbero essere ripensate assieme alle CpA e al Cantone. Aumentare la partecipazione del Cantone per rendere più efficace la circolazione delle informazioni (utili per ridefinire le politiche).

## Fase IV - Rapporti

Prima della restituzione dei dati (presentazioni), ogni CpA riceve un rapporto scritto che presenta in dettaglio i risultati.

### **Punti di forza:**

- Sono dettagliati, puntuali e ben strutturati.

### **Criticità:**

- Sono corposi e lunghi. Essendo liberi da interpretazioni (che spetta alla Direzione, che su questa base decide quali progetti di miglioramento introdurre), la loro utilità varia molto da una CpA all'altra.

### **Possibili sviluppi e miglioramenti:**

- La sfida centrale è come mantenere una cultura della qualità che permetta di dare valore a quanto riportato da residenti, famigliari e personale. Ripensare l'utilizzo e la struttura dei rapporti assieme alle CpA per facilitarne l'uso.
- In alternativa, l'equilibrio tra presentazioni orali e scritte potrebbe essere riconsiderato, ad esempio presentando in dettaglio i risultati nei rapporti e consacrando più tempo durante le restituzioni alla discussione e alla riflessione sui possibili miglioramenti.
- Oltre ai rapporti, i risultati potrebbero anche essere divulgati (in termini generali e in forma anonima) in altri formati, come degli opuscoli per il pubblico o delle pubblicazioni scientifiche.

L'utilizzo dei feedback dei clienti per monitorare la qualità è ormai uno strumento validato anche nel mondo sanitario in quanto permette di raccogliere una serie di indicatori che monitorano la qualità delle prestazioni erogate e dei servizi attraverso la qualità percepita. In effetti, "la determinazione dei livelli qualitativi di un prodotto/servizio deve essere stabilita prevalentemente dal cliente".<sup>101</sup>

SODDI è lo strumento che permette il rilevamento della qualità percepita, anche chiamata soddisfazione dei clienti. L'utilizzo di questo strumento è ormai consolidato, grazie a più di dieci anni di rilevazione della soddisfazione. Lo stesso è stato validato dagli intervistati (vedasi sotto figura 2). Inoltre, la sua efficacia è stata comprovata dai miglioramenti della qualità che ha innescato (vedasi esempi a fine paragrafo).

In base alle categorie concettuali della qualità elaborate da Donabedian (presentate in introduzione) per il contesto sanitario, le ricadute potenziali di queste rilevazioni sull'organizzazione possono riguardare:

- "una maggiore attenzione alle relazioni interpersonali, attraverso una comunicazione efficace non solo tra operatori, utenti e famiglie, ma anche tra le diverse le figure professionali presenti;
- il miglioramento del *confort* e in generale degli aspetti legati alla qualità degli spazi; la qualità tecnica (soprattutto per quanto concerne l'attenzione ai bisogni, la capacità di osservazione e ascolto ed il livello di personalizzazione degli interventi)
- una ridefinizione dei processi con un forte impatto sulla qualità della vita delle persone residenti (accoglienza in CpA, orari di vita in struttura, ecc.)."<sup>102</sup>

---

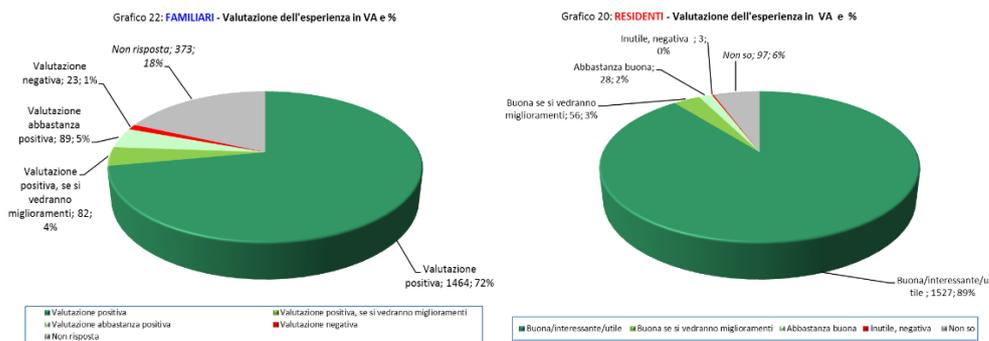
<sup>101</sup> (Coluccia et al., 2009, p. 33)

<sup>102</sup> (Lomazzi, 2020, p. 24)

Considerando che l'esperienza acquisita attraverso gli anni ha permesso di evidenziare possibili punti di miglioramento, sarebbe opportuno cogliere l'occasione della nuova pianificazione per attuare i possibili miglioramenti suggeriti, al fine di potenziare ulteriormente l'efficienza di questo strumento.

**Figura 2: Valutazione della rilevazione della soddisfazione**

Alla domanda di fine questionario "Come valuta questa iniziativa (rilevazione della soddisfazione) e il questionario utilizzato?", la grande maggioranza, nel 2018, delle persone interrogate sia i famigliari (76%) che i residenti (92%) hanno risposto in modo positivo.<sup>103</sup>



**Esempi di miglioramento della qualità a cui SODDI ha contribuito:**

- Modifiche degli orari dei pasti in risposta alle preferenze dei residenti, compreso l'ampliamento del tempo che intercorre fra colazione e pranzo, la posticipazione della cena di circa una mezz'ora (in alcune case cena anche alle 18.30) e l'allungamento della durata del pasto per poterlo consumare con calma.
- Modifiche dei turni dei collaboratori per distribuirli meglio nell'arco dell'intera giornata e la posticipazione, per i residenti che lo desiderano, dell'allettamento serale. In alcune case ci sono state proposte di animazione serali.
- Enfasi su temi specifici come la demenza e la formazione del personale.

**5.2.3 Conclusioni**

SODDI permette di garantire il monitoraggio del punto 1 "Orientamento al cliente" dei principi di management della qualità della norma ISO. In considerazione del fatto che tutte le parti (residenti, famigliari e personale) valutano il metodo SODDI come soddisfacente, è auspicabile mantenere questo strumento con alcune dovute modifiche e gli accorgimenti proposti.

In sintesi, si consiglia di continuare a utilizzare lo strumento. Per migliorare l'efficacia, la fruibilità e l'efficienza di SODDI si propone di:

- Raccogliere i pareri delle direzioni degli istituti sulle modalità di raccolta dati e le loro esigenze.
- Cogliere l'opportunità di miglioramento dello strumento per alleggerire i questionari e aggiungere altre modalità di raccolta dati come i *focus group*.

<sup>103</sup> (Lomazzi, 2020)

- Formalizzare e sistematizzare i feedback sui “Rapporti sulle iniziative di miglioramento intraprese in relazione ai risultati dell’inchiesta SODDI”. Questi sono richiesti nel contratto di prestazione ma non considerati. Questi feedback potrebbero favorire una migliore consistenza nell’applicazione dei risultati e la condivisione tra CpA di *best practices*.

Quest’ultima proposta di miglioramento permetterebbe di verificare l’efficacia dello strumento in tempo reale, in quanto SODDI è pensato non solo in termini di raccolta di informazioni dalle parti interessate e di verifica della qualità ma anche come strumento promotore di qualità. Grazie alle informazioni raccolte e trasmesse alle case sotto forma di rapporto e di restituzioni, emergono delle proposte di miglioramento che una volta implementate contribuiscono al miglioramento continuo della qualità.

I temi ricorrenti o importanti che emergono dalle informazioni raccolte, ma non considerati adeguatamente nelle misure messe in atto dalle case, potrebbero essere l’oggetto di un requisito supplementare, se necessario, di una formazione mirata o di una campagna di informazione presso le case.

Ad esempio, la tematica della comunicazione verso i famigliari è emersa durante l’emergenza legata al Covid-19 come un punto critico e potrebbe essere l’oggetto di approfondimenti.

Inoltre, gli eventuali punti che emergono dalla raccolta di una determinata inchiesta potrebbero rivelarsi pertinenti per tutte le case. Un rapporto annuale che contiene i principali miglioramenti implementati da tutte le case permetterebbe di far beneficiare tutti delle buone pratiche e dell’innovazione per migliorare tutto il sistema<sup>104</sup>. Questo permetterebbe anche di dimostrare alle parti interessate l’evoluzione e il miglioramento della qualità nelle strutture nel territorio cantonale.

- Aumentare la partecipazione del Cantone alle restituzioni dei risultati alle CpA per influenzare la cultura del sistema in generale, dare valore a quanto riportato dai residenti, famigliari e personale e rendere più efficace la circolazione delle informazioni (utili per ridefinire le politiche).
- Promuovere la trasparenza e lo scambio delle informazioni tramite la pubblicazione dei rapporti in termini generali (ad esempio sul sito del Cantone)

Concludendo, l’analisi dei due principali strumenti utilizzati dal Cantone per monitorare la qualità ha permesso di verificare la validità di ciascuno strumento. Il passo successivo sarà di verificare che l’insieme di questi strumenti coprano tutti gli aspetti importanti della qualità; il prossimo capitolo è quindi dedicato alla valutazione complessiva del modello di monitoraggio.

### **5.3 Valutazione dell’adeguatezza del sistema di monitoraggio per le CpA nel suo insieme**

Per il monitoraggio della qualità in assenza di un SGQ - come potrebbe essere il caso nelle strutture del Cantone Ticino dove si lascia l’adozione o meno di un sistema di gestione della qualità a loro discrezione - diventa opportuno verificare almeno che gli 8 principi di gestione della qualità (v. capitolo 1.6.4) siano considerati e applicati. In effetti, monitorare la qualità serve a verificare non soltanto che i requisiti di servizio o di prodotto vengano soddisfatti, ma anche che tutti i fattori correlati alla qualità vengano presi in considerazione.

#### **5.3.1 Scelta dello strumento d’analisi per il rilevamento del gap tra il modello attuale e quello auspicato**

Nello scegliere il modello auspicato da mettere a confronto con il modello attuale di monitoraggio dell’UACD, si è voluto utilizzare un modello di monitoraggio riconosciuto a livello internazionale, vale a dire la norma ISO 9001. Si tratta della norma più diffusa e utilizzata al mondo per il monitoraggio dei

<sup>104</sup> (Alderwick, Hugh; Charles, Anna; Jones, Bryan; Warburton, 2017)

sistemi di gestione della qualità ed è inoltre alla base di molte altre certificazioni in uso in diversi ambiti (EduQua, InQualis, ...).

L'ISO 9001 definisce i requisiti che permettono di valutare i SGQ; questi sono suddivisi in sei grandi capitoli, riportati per chiarezza anche con i relativi sottocapitoli nell'allegato 7 "indice requisiti ISO 9001". Gli otto principi della qualità sono presenti in modo trasversale in questi capitoli. Tuttavia, poiché questi capitoli risultano molto generici e non permettono di dettagliare l'analisi fra stato attuale e stato auspicabile del modello con chiarezza, è stato scelto di utilizzare come base di comparazione la Direttiva 3:2016 dell'Ufficio invalidi, la quale è direttamente derivata dalla norma ISO 9001.

Questa scelta è stata ponderata basandosi su diversi elementi:

- "la Direttiva 3 – DSS/UI:2016 è utilizzata dagli enti di certificazione per valutare che gli Istituti dispongano di un'organizzazione che assicuri la qualità delle prestazioni erogate, della gestione degli utenti e del personale, nel rispetto dei principi di razionalità ed economicità"<sup>105</sup>
- la Direttiva 3 riprende tutti i capitoli, e quasi tutti i requisiti, formulati nella norma ISO 9001:2015 (vedasi file Excel confronto ISO 9001 con Direttiva 3). I due requisiti non chiaramente esplicitati nella Direttiva 3 sono: "7.3 Consapevolezza" e "8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno"
- i requisiti ISO "sono di carattere generale e previsti per essere applicati a tutte le organizzazioni indipendentemente da tipo o dimensione"<sup>106</sup>. Quelli della Direttiva 3 sono gli stessi requisiti contenuti nell'ISO 9001 ma formulati per l'ambito socio-sanitario. Essi sono facilmente trasferibili dall'ambito invalidi a quello degli anziani
- tutti i requisiti contenuti nella Direttiva 3 sono stati controllati per verificarne la pertinenza al contesto anziani e solo uno di essi risultava non adatto e quindi eliminato (requisito concernente gli utenti impiegati in laboratorio)
- permette di garantire una certa coerenza e uniformità nella modalità di monitoraggio da parte dei due Uffici, a favore di una maggiore efficacia per le strutture che soggiacciono ad entrambi gli ambiti;
- è di facile comprensione per un pubblico non specializzato in gestione della qualità in quanto i requisiti sono formulati in modo più esplicito rispetto a quanto formulato nell'ISO
- si tratta di un documento disponibile al pubblico, mentre la norma ISO è disponibile unicamente a pagamento
- è stata validata e utilizzata con successo da più di dieci anni
- la sua ultima versione è del 2016 e contempla tutti i requisiti introdotti nella più recente versione della norma ISO del 2015, come ad esempio la gestione del rischio
- i suoi utilizzatori (Istituti per invalidi e enti certificatori) lo ritengono uno strumento valido che ha permesso dei miglioramenti significativi nella gestione della qualità e nella gestione degli istituti più in generale.

### 5.3.2 Gap tra il modello attuale e quello auspicato

In questo paragrafo sarà quindi esaminato il modello verificando che gli strumenti (documenti che contengono i requisiti) che lo compongono permettano nel loro insieme di monitorare tutti i punti presenti nella Direttiva 3 e mettendo in luce eventuali gap. Il gap rappresenta la differenza tra il

---

<sup>105</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità - Ufficio degli invalidi, 2016)

<sup>106</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 1)

sistema di monitoraggio raccomandato (la Direttiva 3) e quello attuale del Cantone (gli indicatori di qualità richiesti nella documentazione).

Questa verifica sarà effettuata tramite una tabella Excel che riprende i 41 requisiti contenuti nella Direttiva 3. Questi sono suddivisi in tre grandi parti: 1) processi di gestione, 2) processi di supporto e 3) processi di prestazioni. A ciascuno dei 41 requisiti sono stati associati in modo sistematico tutti i requisiti paragonabili contenuti nel Contratto di prestazione, nel Regolamento sui requisiti essenziali della qualità e nel Catalogo delle prestazioni. In questa tabella, laddove a un requisito della Direttiva 3 non è associato alcun requisito rilevabile nei tre documenti, questi rappresenterà un elemento del gap esistente.

Dal confronto effettuato per le CpA, risulta che vi sono 3 requisiti mancanti rispetto al modello di base scelto per il confronto. I seguenti tre elementi costituiscono quindi il gap tra l'attuale modello di monitoraggio e quello auspicabile:

- **gestione del rischio** (processo che definisce l'analisi e la gestione del rischio)
- **protezione dei dati** (definizione di un processo che garantisce la protezione dei dati dei residenti e dei dipendenti). Questo gap potrebbe comunque essere colmato con la pubblicazione del nuovo regolamento che contiene i requisiti di qualità e in particolare l'Art. 21:<sup>2</sup> "Ogni struttura deve adottare le misure necessarie per garantire il rispetto della sfera personale dell'utente e delle norme vigenti in ambito di protezione dati"
- **la comunicazione** (processo che definisce in modo chiaro i diversi modi in cui la direzione comunica alle diverse parti interessate). Si tratta di un gap parziale in quanto questo requisito non è sufficientemente monitorato. Manca nella documentazione l'esplicitazione del processo relativo alla comunicazione esterna, lo scopo della comunicazione e la comunicazione in caso di emergenze.

#### 5.4 Conclusione sul modello di monitoraggio della qualità per le CpA

Come detto in precedenza la qualità può essere monitorata con modalità diverse (vedasi punto 1.6.5). L'utilizzo di più modalità permette di completare gli aspetti non contemplati da una modalità specifica. Ad esempio, il rilevamento della qualità percepita, in quanto soggettiva, non permette di misurare con accuratezza l'efficacia e l'efficienza delle cure. Per questo obiettivo, un strumento come il RAI è più adatto. Quindi, considerando che il modello di monitoraggio attuale dell'UACD utilizza più modalità, ossia:

- l'autovalutazione
- la valutazione esterna per le cure grazie alle ispezioni dell'UMC
- il monitoraggio degli indicatori di cure principali tramite RAI
- la rilevazione della soddisfazione delle parti interessate (non solo utenti ma anche familiari e personale) grazie a SODDI,

si può concludere che il modello attuale è adeguato e abbastanza completo. Il modello non può essere considerato del tutto completo in quanto manca, per una visione sistemica della qualità, la verifica dell'andamento del Sistema di gestione della qualità negli istituti, o almeno la verifica dell'applicazione dei suoi principi in caso di assenza di un SGQ.

Per essere più efficace e più efficiente, l'attuale modello di monitoraggio del Cantone potrebbe venir migliorato o potenziato da interventi più o meno importanti. Per maggior chiarezza le proposte di

intervento illustrate nel capitolo 7, sono suddivise in tre categorie, dal meno oneroso al più oneroso in termini di risorse.

## **6. Valutazione degli strumenti per il monitoraggio della qualità nelle Cure a domicilio**

Il monitoraggio della qualità per i SACD e gli OACD si compone essenzialmente degli stessi strumenti visti per le CpA, ovvero:

- valutazione trimestrale delle cartelle SACD e OACD, e
- valutazione da parte dei clienti tramite SODDI.

Questi due punti formano il modello di monitoraggio della qualità. La verifica delle cartelle monitora i criteri di qualità definiti nel regolamento Requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cure a domicilio.

### **6.1 Valutazione trimestrale delle cartelle**

L'obiettivo di questo strumento è quello di verificare la conformità della documentazione correlata alle cartelle degli utenti. Questa verifica avviene come segue:

“Entro il 30 del mese successivo la fine di ogni trimestre solare, il Servizio invia tramite piattaforma MFT all'UMC una tabella in formato Excel in cui sono contenuti i seguenti dati riferiti a tutti i pazienti seguiti durante il trimestre: .... In alternativa, il Servizio consente all'UMC l'accesso diretto alla propria banca dati...L'UMC analizza il 2% (arrotondato all'unità superiore), ma almeno 15 incarti a trimestre, della documentazione di cura elaborata dal Servizio e riferita al numero totale di pazienti seguiti dal Servizio.”<sup>107</sup> Possono esserci decurtazioni finanziarie in caso di divergenza tra il segnalato e quello effettivo o vengono proposte delle formazioni per rimediare alla problematica evidenziata quando possibile.

Questo strumento permette una verifica qualitativa delle prese a carico degli utenti attraverso un audit su campionamento delle cartelle.

### **6.2 SODDI**

L'ultima rilevazione della soddisfazione per le cure a domicilio risale al 2014 e il suo esito ha suscitato tali polemiche da impedirne la pubblicazione. L'esperienza negativa dell'utilizzo di questo strumento per le cure a domicilio ha portato all'interruzione della rilevazione della soddisfazione dei beneficiari di prestazioni. Risulta evidente che lo strumento non era del tutto adatto alle esigenze dei diversi portatori d'interesse. Trattandosi però di un tassello importante del monitoraggio della qualità occorrerà valutare la possibilità di rilanciare le rilevazioni della qualità percepita presso i Centri diurni terapeutici e i servizi di assistenza e cura a domicilio pubblici (SACD) e privati (OACD).

### **6.3 Valutazione dell'adeguatezza del modello di monitoraggio per i SACD nel suo insieme**

Il modello è carente in confronto a quello per le CpA in quanto non contempla più la rilevazione della soddisfazione degli utenti, elemento molto importante della valutazione delle cure. Inoltre, come per le CpA, non viene preso in considerazione la valutazione del SGQ.

---

<sup>107</sup> (Dipartimento della Sanità e della Socialità - Ufficio degli invalidi, 2016)

## 6.4 Valutazione dell'adeguatezza del modello di monitoraggio per gli infermieri indipendenti

La valutazione della qualità delle cure fornite dagli infermieri a domicilio avviene tramite un controllo dell'UMC sulla documentazione a loro fornita trimestralmente, come descritto nel paragrafo 6.1.

Per i singoli individui come lo sono gli infermieri indipendenti è difficile proporre l'implementazione di un sistema di gestione della qualità. Tuttavia, in alternativa, si potrebbe introdurre l'obbligo dell'ottenimento del *label* qualità proposto dall'associazione di categoria Curacasa (unico *label* attualmente disponibile per le cure a domicilio), a complemento delle puntuali verifiche qualitative delle cartelle effettuate dell'UMC.

In effetti, Curacasa, per incentivare gli infermieri ad adempiere ai criteri di qualità proposti dall'associazione, offre di rilasciare un *label* di qualità ai liberi professionisti (con o senza contratto di prestazione) che soddisfano le seguenti condizioni:

- partecipazione alla giornata di formazione sulla qualità organizzata da Curacasa (con possibile giornata di recupero per coloro che non sono stati in grado di partecipare alla giornata)
- presentazione annuale del rapporto di autovalutazione. Questo rapporto è verificato anche durante gli audit per verificarne la conformità
- l'obbligo di sottoporsi ad un audit in caso di sorteggio (finora 7 audit all'anno su circa 2200 infermieri in tutta la Svizzera). Da notare che la versione in italiano non è ancora disponibile
- avere il numero minimo richiesto di punti di formazione continua. La media delle giornate di formazione è calcolata su un periodo di tre anni. Attualmente sono richiesti 3 giorni di formazione, che diventeranno 6 nel 2020 e 9 giorni l'anno successivo.

Possibili sviluppi del monitoraggio della qualità per gli infermieri a domicilio:

- considerando che il *label* Curacasa copre gli stessi indicatori di quelli richiesti dal Cantone, e va oltre considerando ad esempio anche requisiti formativi, per migliorare l'efficacia del modello di monitoraggio, potrebbe essere reso obbligatorio il *label* Curacasa per tutti gli infermieri indipendenti. Questo permetterebbe di uniformare i requisiti tra gli indipendenti e di garantire che l'associazione professionale di riferimento (ASI-SBK) monitori la qualità di tutti gli infermieri e non solo di coloro che hanno firmato il contratto di prestazione. È importante sottolineare che certi infermieri indipendenti adempiono ai requisiti per ottenere il *label* ma hanno rinunciato a firmare il contratto di prestazione per motivi ancora da chiarire. Tuttavia, se certi indipendenti preferiscono rinunciare alla parte versata dal Cantone per le prestazioni, se ne può dedurre che l'attuale modello non sia completamente adatto alle esigenze dei clienti, in questo caso degli infermieri indipendenti.
- sostituire il rapporto di autovalutazione del Cantone con quello di Curacasa
- chiedere lo sviluppo della versione dell'audit in italiano e cominciare a fare audit anche in Ticino.

## 6.5 Conclusione

Il modello di valutazione è parziale. L'autovalutazione Curacasa (che richiede anche la rilevazione della soddisfazione dei utenti), assieme alle ispezioni dell'UMC potrebbero formare un modello di monitoraggio più completo.

## 7. Proposte di miglioramento del modello di monitoraggio

Questo capitolo è dedicato alle proposte che si possono ragionevolmente implementare per migliorare il modello di monitoraggio della qualità, sulla base dell'analisi svolta e illustrata nei precedenti capitoli. A ogni ambito - CpA, SACD, Infermieri indipendenti - è dedicato un capitolo con le rispettive proposte, mentre il capitolo conclusivo fornisce proposte di livello sistemico.

Per facilitare il processo decisionale, le diverse opzioni di miglioramento sono suddivise in tre pacchetti sulla base dell'intervento, più o meno importante, necessario per implementarle. Il grado di importanza dei miglioramenti proposti è riferito unicamente alla quantità di risorse finanziarie e/o umane necessarie per attuarli.

Il **pacchetto “piccoli aggiustamenti”** comprende gli interventi minimi e che non richiedono modifiche del modello attuale, ma ne prevedono unicamente degli aggiornamenti.

Il **pacchetto “interventi raccomandati”** include, oltre ai piccoli aggiustamenti, interventi che permettono di migliorare la qualità del monitoraggio, con conseguente modifica del modello attuale, senza tuttavia richiedere modifiche dei testi di legge, di direttive o regolamenti, ma implicano un maggiore impegno da parte delle strutture.

Il **pacchetto “interventi aggiuntivi consigliati”** contempla quelle proposte che, oltre agli interventi precedenti, richiedono una collaborazione attiva fra le diverse parti interessate. Si tratta inoltre di miglioramenti che necessitano modifiche a livello strategico dell'UACD ed eventualmente modifiche di testi di legge, direttive o regolamenti.

### 7.1 Proposte nell'ambito delle CpA

Per le CpA, il modello di monitoraggio della qualità potrebbe essere migliorato con i punti seguenti:

#### **Piccoli aggiustamenti:**

- definire linee guida condivise per la creazione, la pubblicazione, la gestione e l'archiviazione di tutta la documentazione concernente la qualità. In seguito aggiornare tutta la documentazione attuale in base alle linee guida definite, e aggiungere qualche requisito come ad esempio la gestione dei rischi
- aggiornare lo strumento SODDI e implementare la nuova versione per le CpA (vedasi punto 5.1.2). Nell'eventualità che venga mantenuto l'utilizzo dello strumento sarebbe opportuno pianificare un pilota per una verifica delle modifiche proposte, come l'introduzione di *focus group*
- aggiunta di qualche requisito nell'allegato B a copertura dei gap rilevati, come ad esempio la gestione del rischio (vedasi gap rilevati 5.3.2)
- formalizzare e sistematizzare i feedback dei “Rapporti sulle iniziative di miglioramento intraprese in relazione ai risultati dell'inchiesta SODDI” per la verifica del miglioramento continuo e dell'efficacia dello strumento SODDI (confronto tra quanto proposto e quanto implementato).

#### **Interventi raccomandati:**

include tutti gli interventi precedenti e

- fornire alle strutture feedback strutturati e regolari sui rapporti di autovalutazione.

- richiedere, e sostenere finanziariamente, l'implementazione di un sistema di gestione della qualità e la successiva verifica tramite certificazione da parte di un ente certificatore. La norma scelta per la verifica della conformità del SGQ potrebbe essere lasciata a discrezione delle case a condizione che essa sia riconosciuta a livello nazionale come norma certificabile. Dal 2003, nella direttiva Requisiti essenziali della qualità 2003, la figura del responsabile della qualità è già un requisito, come dettagliato nel criterio S 17 "L'Istituto designa una persona responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità." Inoltre, il costo legato a questa funzione, come specificato nell'Art. 4, era già considerato come incluso nel contratto di prestazione: "I costi derivanti dalla realizzazione e dalla dichiarazione dell'ottemperanza dei presenti requisiti sono a carico degli istituti." Tuttavia, in assenza di una chiara definizione del mansionario e delle competenze necessarie per il ruolo, è possibile che sia designata una persona non pienamente competente per fungere realmente da responsabile o gestore qualità. Da notare che nell'implementazione e nel mantenimento di un SGQ la figura di Gestore o Responsabile qualità è fondamentale.

#### **Interventi aggiuntivi consigliati:**

include tutti gli interventi precedenti e

- proporre formazioni su tematiche manageriali cruciali a livello trasversale, come ad esempio la gestione del rischio
- implementare una nuova procedura per la condivisione dei risultati SODDI con le parti interessate e quindi aumentare la partecipazione del Cantone alle restituzioni dei risultati alle CpA, almeno una restituzione per casa per triennio (vedasi punto 5.2.3)
- un maggior coinvolgimento dell'UACD nella gestione della qualità con, ad esempio, la costituzione di un gruppo di lavoro per stabilire linee guida comuni (vedasi 5.3.3) sulla falsa riga del GO2 dell'Ufficio degli invalidi, gruppo composto da rappresentanti dei diversi portatori d'interesse.

## **7.2 Proposte di miglioramento per i SACD (e OACD)**

Il modello di monitoraggio della qualità potrebbe essere migliorato con i punti seguenti:

#### **Piccoli aggiustamenti:**

- definire linee guida condivise all'interno dell'Ufficio per la creazione, la pubblicazione, la gestione e l'archiviazione di tutta la documentazione concernente la qualità. In seguito aggiornare tutta la documentazione attuale in base alle linee guida definite, con l'aggiunta di qualche requisito come ad esempio la gestione dei rischi.

#### **Interventi raccomandati:**

Interventi precedenti e

- creazione e implementazione di uno strumento condiviso di rilevazione della soddisfazione degli utenti e del personale.

#### **Interventi aggiuntivi consigliati:**

interventi precedenti e

- richiedere, e sostenere finanziariamente, l'implementazione di un sistema di gestione della qualità e la successiva verifica tramite certificazione da parte di un ente certificatore. La norma scelta per la verifica della conformità del SGQ potrebbe essere lasciata a discrezione delle case a condizione che essa sia riconosciuta a livello nazionale come norma certificabile. Da notare che nell'implementazione e nel mantenimento di un SGQ la figura di Gestore o Responsabile qualità è fondamentale.

### 7.3 Proposte di miglioramento per gli infermieri indipendenti

Per gli infermieri indipendenti il modello di monitoraggio della qualità potrebbe essere migliorato con i punti seguenti:

#### **Piccoli aggiustamenti:**

- raccomandare e sostenere l'ottenimento del *label* qualità di Curacasa

#### **Interventi raccomandati:**

Interventi precedenti e

- accettare il rapporto di autovalutazione di Curacasa come rapporto annuale e fornire un riscontro su un campionamento di essi ai diretti interessati.

#### **Interventi aggiuntivi consigliati:**

Interventi precedenti e

- sviluppare la versione dell'audit Curacasa in italiano e introdurlo anche in Ticino.

### 7.4 Proposte di miglioramento sistemiche

I possibili miglioramenti del sistema di monitoraggio sono stati elencati sia per le CpA che per le cure a domicilio, ma il loro effetto potrebbe essere ulteriormente potenziato da miglioramenti sistemici riguardanti entrambi gli ambiti. Queste misure sistemiche costituiscono un miglioramento anche se implementate singolarmente. Vediamole qui di seguito.

#### **Per ogni singola struttura:**

- come richiesto dall'ISO 9001 nel punto 7.2 "Competenza", definizione cantonale di un profilo minimo in termini di competenze e di formazione per soddisfare alle esigenze della figura di gestore e responsabile della qualità. La presenza nell'organigramma di tali figure è già obbligatoria dal 2003, in quanto definita come requisito essenziale di qualità nella Direttiva concernente i Requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani (vedasi S6 e S17). Una definizione cantonale del mansionario e del profilo di competenze permetterebbe di garantire alle strutture un maggiore livello di competenza nell'ambito qualità. Nell'eventualità di un ulteriore finanziamento di queste figure per incentivare l'implementazione di un SGQ, lo stesso dovrebbe essere condizionato all'adempimento di questi requisiti. Queste figure hanno un ruolo strategico nella gestione della qualità e nello sviluppo eventuale di un SGQ, pertanto è di grande importanza che siano formate in modo opportuno.

- formazione continua obbligatoria nell'ambito della qualità per le figure legate alla qualità (Responsabile e gestore qualità) e quindi sostegno finanziario della formazione di base e della formazione continua da parte del Cantone (nuovo requisito).

Questi due punti sono in relazione con il punto sulla competenza dell'ISO 9001, anche se quest'ultimo è applicabile ad altre figure professionali. L'ISO definisce che l'organizzazione, l'UACD in questo caso, deve:

- “a) determinare le competenze necessarie per la(e) persona(e) che svolge(ono) attività lavorative sotto il suo controllo e che influenzano le prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità
- b) assicurare che queste persone siano competenti sulla base di istruzione, formazione o esperienza appropriate
- c) ove applicabile, intraprendere azioni per acquisire le necessarie competenze e valutare l'efficacia delle azioni intraprese;
- d) conservare appropriate informazioni documentate quale evidenza delle competenze.”<sup>108</sup>

Da notare che la promozione della qualità a livello cantonale è ben diversa dalla consulenza fornita alle singole strutture. Se esercitare contemporaneamente un'attività di monitoraggio e di consulenza è certamente sconsigliato per garantire l'indipendenza tra le due attività, oltre al monitoraggio, la promozione della qualità rimane comunque un compito fondamentale del Cantone.

La promozione della qualità potrebbe quindi includere le seguenti attività:

#### **Per i servizi dell'UACD:**

- definire e implementare un SGQ all'interno dell'UACD (vedasi paragrafo 4, Rapporti di reciproco beneficio con i fornitori). Anche se non sembra direttamente collegato con il miglioramento del monitoraggio della qualità, è tuttavia auspicabile in termini di *governance* che il modello di gestione della qualità venga dall'alta Direzione. Per questo motivo è raccomandato che sia l'UACD a fare il primo passo e a implementare al suo interno un vero e proprio sistema di gestione della qualità basandosi sugli 8 principi base della qualità (vedasi paragrafo 4).
- definire linee guida condivise all'interno dell'Ufficio per la creazione, la pubblicazione, la gestione e l'archiviazione di tutta la documentazione riguardante la qualità.

#### **Per la qualità trasversale tra strutture:**

- creazione di una piattaforma condivisa al fine di stabilire le linee guida comuni, sulla falsa riga di quella creata dall'Ufficio anziani per i Centri Diurni Non Terapeutici (vedasi punto 2.3.2). Questa piattaforma potrebbe contenere le *best practices* e le linee guide per una presa a carico di qualità più uniforme sul territorio cantonale (servizi basati sull'evidenza) basate sulle proposte di miglioramento contenute nei rapporti SODDI (vedasi punto 5.1.2) e/o su decisioni di un gruppo operativo. Considerando che la pianificazione integrata ha fra i suoi obiettivi la continuità delle cure nella presa a carico degli utenti nelle diverse strutture, è importante che si possano trovare linee comuni facilitare questa presa a carico
- promuovere la trasparenza e lo scambio di informazioni tramite la pubblicazione dei rapporti anonimizzati e resi generici (ad esempio sul sito dell'UACD), e l'eventuale creazione di un rapporto annuale sull'evoluzione della qualità nelle strutture a livello cantonale (risultati principali e andamento sul territorio), vedasi capitolo 1.3
- nuovo progetto di ricerca (interno o esterno) per indagare lo stato attuale della cultura e della gestione della qualità nelle strutture sul territorio ticinese.

---

<sup>108</sup> (Comité Européen de normalisation, 2015, p. 13)

## **Terza parte: implicazioni per l'UACD delle proposte di miglioramento**

### **8. Implicazioni di miglioramento per l'UACD delle proposte di intervento**

Le implicazioni per l'Amministrazione Cantonale sono elencate secondo lo stesso schema utilizzato nel capitolo precedente, vale a dire suddivise per ciascun Servizio dell'UACD (CpA, SACD e infermieri indipendenti) e per categoria di intervento. Vedasi Tabella riassuntiva delle risorse necessarie per l'implementazione delle proposte alla fine del capitolo.

#### **8.1 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio della qualità nelle CpA**

Per le CpA, le implicazioni dell'implementazione dei vari interventi possibili sono le seguenti:

##### **Per i piccoli aggiustamenti:**

- per la gestione documentale è necessario un coordinamento della comunicazione corporate fra i vari Servizi rispettando il “corporate design” definito dalla Cancelleria. Inoltre, dopo la stesura delle linee guida condivise, è necessaria una risorsa interna che si assuma la responsabilità di verificare ed approvare ogni documento creato o aggiornato affinché rispetti tutti i requisiti richiesti.
- risorsa interna necessaria per il coordinamento con il capo progetto SODDI presso SUPSI entro fine 2020 per la definizione del nuovo strumento e del pilota nel 2021.
- dedicare una risorsa interna all'analisi dei “Rapporti sulle iniziative di miglioramento intraprese in relazione ai risultati dell'inchiesta SODDI” e alla stesura di un rapporto di sintesi di quanto effettuato nel corso dell'anno dalle varie strutture.

##### **Per gli interventi raccomandati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- dedicare una risorsa interna per l'analisi di tutti i rapporti di autovalutazione delle Case e la stesura dei relativi feedback e messa a disposizione della stessa risorsa per un ulteriore scambio con le case anziani come supporto per eventuali suggerimenti.
- realizzare un'indagine sullo stato attuale della gestione della qualità nelle strutture. Per avere una visione complessiva dell'implicazione reale in termini finanziari e di tempo per l'adozione di un SGQ in tutte le strutture (anziani e cure a domicilio), il primo passo potrebbe essere di verificare lo stato dell'implementazione di un SGQ nelle strutture. Capire per esempio quante di esse hanno già un SGQ certificato o in via di certificazione, quanti stanno lavorando per implementarne uno, quanti ancora non hanno strutturato i loro processi; quante strutture hanno un gestore qualità e quali sono le competenze e la formazione di questa figura. Inoltre, nel contesto di una tale indagine, sarebbe rilevante capire quali sono stati i freni all'implementazione di un SGQ, se sono stati ad esempio di ordine finanziario, di risorse umane o di competenze disponibili, e ancora indagare la cultura della qualità nelle strutture.
- per quanto concerne la richiesta alle case di implementare un vero e proprio SGQ, l'implicazione per il Cantone è piuttosto di ordine finanziario. Una valutazione dell'impegno finanziario potrebbe avvenire dopo aver effettuato un'indagine complessiva sullo stato della cultura e della gestione della qualità nelle strutture sul territorio, che permetterebbe di comprendere lo sforzo richiesto alle case per soddisfare i requisiti richiesti da un audit di un SGQ. Inoltre, sarebbe necessaria una

modifica del Contratto di prestazioni, che dovrebbe includere la richiesta del SGQ certificato entro un tempo definito.

**Per gli interventi aggiuntivi consigliati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- formazione di una risorsa al management della qualità a cui assegnare il compito di coordinare la formazione o ricerca di una risorsa esterna da utilizzare su chiamata per erogare la formazione ai gestori qualità delle case. In alternativa, delega ad un organismo di formazione.
- dedicare una risorsa per la lettura dei rapporti SODDI e per l'accompagnamento dell'esperto SUPSI durante le restituzioni alle case anziani. Di preferenza, quella che riguarda gli utenti o i famigliari
- un maggiore coinvolgimento dell'UACD nella gestione della qualità delle case potrebbe avvenire tramite la gestione da parte dell'UACD stesso di un gruppo sulla falsa riga del GO2 dell'Ufficio degli invalidi. Si tratterebbe quindi di dedicare una risorsa a questo compito e alla gestione degli obiettivi fissati al gruppo.

**8.2 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio degli SACD e OACD**

Per quanto concerne i SACD e OACD, le implicazioni dell'implementazione dei vari interventi possono essere riassunte come segue:

**Per i piccoli aggiustamenti:**

- per la gestione documentale è necessario un coordinamento tra Servizi sulla comunicazione *corporate*, rispettando il "corporate design" definito dalla Cancelleria. Inoltre, dopo la stesura delle linee guida condivise, è necessaria una risorsa interna che assuma la responsabilità di verificare ed approvare ogni documento creato o aggiornato affinché rispetti tutti i requisiti richiesti.

**Per gli interventi raccomandati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- dedicare una o più risorse per la creazione di un gruppo di lavoro con il compito di definire i contenuti necessari dello strumento di rilevazione della soddisfazione degli utenti e del personale nel settore SACD/OACD. Oltre a includere i contenuti pertinenti alla *bienveillance*, il gruppo dovrà definire le risorse necessarie per realizzare le rilevazioni, per analizzare i risultati e per assicurare che lo strumento definito sia compatibile con le esigenze delle diverse parti interessate.

**Per gli interventi aggiuntivi consigliati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- per quanto concerne la richiesta alle organizzazioni SACD/OACD di implementare un vero e proprio SGQ, l'implicazione è piuttosto di ordine finanziario. Una valutazione più precisa dell'impegno finanziario potrebbe avvenire dopo aver effettuato un'indagine complessiva sullo stato della cultura e della gestione della qualità nelle strutture del territorio. Questo permetterebbe di comprendere lo sforzo in termini di risorse finanziarie e umane necessario per soddisfare i requisiti richiesti dalla certificazione di un SGQ. Inoltre, sarebbe necessaria una

modifica del Contratto di prestazioni con richiesta di un SGQ certificato entro un tempo definito da stabilire. Un lasso di tempo massimo di tre anni potrebbe essere ragionevole.

### **8.3 Implicazioni delle proposte di miglioramento per il monitoraggio degli infermieri indipendenti**

Per gli infermieri indipendenti con contratto di prestazione, le implicazioni dell'implementazione dei vari interventi possibili possono essere riassunte come segue:

#### **Per i piccoli aggiustamenti:**

- sostenere l'impegno dei professionisti per l'ottenimento del *label* Curacasa, mettendo a disposizione degli utenti una lista aggiornata degli infermieri indipendenti con i rispettivi contatti, e spiegare sul sito dell'UACD cosa significhi in termini di qualità l'aver ottenuto il *label*.
- finanziare ulteriormente la formazione continua e in particolare il tempo dedicato alla formazione obbligatoria, agli audit e alla stesura del rapporto di autovalutazione di Curacasa, con almeno 6 giorni supplementari.

#### **Per gli interventi raccomandati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- dedicare una risorsa alla lettura dei rapporti di autovalutazione Curacasa e fornire un rapporto annuale sull'andamento della qualità delle cure a domicilio. Effettuare audit su un campione di rapporti o, in alternativa, implementare il punto qui di seguito.

#### **Per gli interventi aggiuntivi consigliati:**

include tutte le implicazioni precedenti e in aggiunta:

- dedicare una risorsa allo sviluppo della versione in lingua italiana dell'audit Curacasa per facilitare l'accesso al *label* da parte dei professionisti ticinesi.

### **8.4 Implicazioni delle proposte di miglioramento sistemiche**

Le implicazioni delle proposte di miglioramento del sistema di monitoraggio sono state elencate sia per le CpA che per le cure a domicilio. Come visto nel capitolo precedente le proposte riguardano anche miglioramenti più sistemici. Le loro implicazioni per l'Amministrazione Cantonale sono qui di seguito elencate.

#### **Per le strutture:**

- dedicare una risorsa alla definizione del profilo della figura di gestore qualità nelle diverse categorie di strutture, nonché del suo mansionario. Condivisione con le parti interessate (gruppo di lavoro) per verifica e approvazione
- definizione dei requisiti di formazione continua richiesti alle figure di Responsabile e di Gestore qualità. Condivisione di questi requisiti con gli istituti di formazione per la preparazione dei programmi formativi.

**Per i servizi dell’UACD:**

- creazione di un gruppo di lavoro con la partecipazione di una società di consulenza esterna per la definizione di tutti i passi necessari per l’implementazione di un SGQ presso l’UACD. Questo progetto ha certamente anche un impatto finanziario diretto da considerare (consulenza esterna). Formare all’ambito qualità una risorsa dell’Ufficio che possa avere il *lead* del progetto SGQ e fungere da gestore qualità dell’Ufficio. Adattamento di processi interni per renderli conformi a un SGQ. Formare una o più risorse agli audit interni (utilizzabile per audit interni dell’UACD ma anche eventualmente per audit esterni, nei centri diurni per esempio). Predisporre le risorse necessarie per la costante condivisione degli obiettivi relativi alla qualità fra i vari Servizi dell’UACD.
- dedicare una risorsa alla definizione condivisa delle linee guida per la gestione documentale. Coordinamento tra Servizi sulla comunicazione *corporate*, rispettando il “corporate design” definito dalla Cancelleria. La gestione della documentazione dovrebbe avvenire tramite il gestore qualità dell’Ufficio. Questa persona dovrà essere inoltre incaricata di verificare che la documentazione sia regolarmente aggiornata e che risponda a tutti i criteri definiti nelle linee guida.

**Per la qualità trasversale tra strutture:**

- creazione di un gruppo di lavoro per implementare una piattaforma condivisa per stabilire linee guida comuni, sulla falsa riga di quella creata dall’Ufficio anziani per i Centri Diurni Non Terapeutici. In seguito, predisporre le risorse necessarie per alimentare la piattaforma.
- dedicare una risorsa alla lettura dei rapporti e alla stesura di un documento che sintetizzi e commenti l’andamento della qualità nella presa a carico degli utenti a livello territoriale. Incaricare una risorsa della gestione online (pubblicazione) di tutti i rapporti che sono legati alla qualità (trasparenza).
- per il progetto di “fotografia dello Stato attuale della cultura e della gestione della qualità” sul territorio cantonale, prevedere risorse interne o esterne per la definizione dei parametri di ricerca, per la realizzazione dell’inchiesta, nonché per la redazione del rapporto finale.

Per maggiori dettagli sulle risorse necessarie per svolgere le attività connesse all’implementazione delle proposte di miglioramento, si propone una tabella riassuntiva (non esaustiva) per tipo di risorsa (interna al Servizio o su mandato), per Servizio coinvolto e per tipo di attività da svolgere.

Gestione della qualità dell’UACD		
Tipo di risorsa	Servizio coinvolto	Attività da svolgere
interna con collaborazione esterna	Tutti servizi	Implementazione di un SGQ all’UACD
interna	Risorsa trasversale	Mantenimento SGQ
interna	Tutti i servizi	Coordinamento tra i vari Servizi dell’Ufficio per la documentazione e l’immagine corporate
interna	Tutti i servizi	Gestione della documentazione dell’Ufficio

Gestione della qualità Servizio CpA		
Tipo di risorsa	Servizio coinvolto	Attività da svolgere
interna	Servizio CpA	Coordinamento con capo progetto SODDI
interna	Servizio CpA	Analisi "Rapporti sulle iniziative di miglioramento intraprese"
interna	Servizio CpA	Stesura rapporto e condivisione alle CpA
interna	Servizio CpA	Analisi rapporti autovalutazione
interna	Servizio CpA	Stesura rapporto di sintesi
interna	Servizio CpA	Lettura rapporti SODDI
interna	Servizio CpA	Coinvolgimento nei feedback alle CpA

Gestione della qualità trasversale nei Servizi		
Tipo di risorsa	Servizio coinvolto	Attività da svolgere
interna	Servizio CpA, Assistenza e cure a domicilio e mantenimento a domicilio	Coordinamento gruppo di lavoro sulla promozione della qualità
interna o esterna	Tutti servizi tranne inf. indipendenti	Definizione profilo, mansionario e formazione continua figure di Responsabile qualità e gestore qualità
esterna	Servizio CpA, Assistenza e cure a domicilio e mantenimento a domicilio	Indagine stato attuale della gestione della qualità nelle strutture
interna o esterna	Tutti servizi tranne inf. indipendenti (giornate Curacasa già disponibile)	Coordinare formazione continua in qualità

Gestione della qualità degli infermieri indipendenti		
Tipo di risorsa	Servizio coinvolto	Attività da svolgere
interna	Infermieri indipendenti	Lettura rapporti autovalutazione
interna	Infermieri indipendenti	Rapporto di sintesi e pubblicazione

## **9. Possibili approfondimenti successivi**

- Studio sulla valutazione dell'attuale sistema di valutazione della qualità da parte degli enti socio-sanitari per rispondere alle seguenti domande: il sistema è sufficiente? Sarebbe da completare / integrare? Quali ambiti sono adeguatamente considerati e quali meno?
- Studio per capire quali accorgimenti organizzativi sarebbero da prevedere all'interno degli enti per migliorarne la gestione della qualità.
- Indagine sullo stato attuale del sistema della gestione della qualità nelle CpA e SACD.

## **Allegati**

Allegato 1: Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani

Allegato 2: Catalogo dei servizi e delle prestazioni

Allegato 3: Misure limitative della libertà di movimento RAI

Allegato 4: Requisiti di qualità per SACD o OACD

Allegato 5: Requisiti del Mansionario del Direttore Sanitario

Allegato 6: Quadro concettuale e metodologia SODDI

Allegato 7: Indice requisito ISO 9001:2015

**Allegato 1: Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani**

Requisiti essenziali	Da realizzare entro
<p><b>S 1</b> L'ente proprietario dell'Istituto di cura nomina un direttore amministrativo e un direttore sanitario (medico responsabile), che congiuntamente compongono la direzione, alla quale compete la verifica dell'applicazione dei presenti requisiti. Ogni modifica nominale è tempestivamente comunicata all'Ufficio di sanità.</p> <p>Il direttore sanitario agisce in conformità con l'apposito mansionario cantonale.</p>	
<p><b>S 2</b> L'Istituto dispone dei seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Missione (filosofia) dell'Istituto</li> <li>■ Statuto giuridico dell'Istituto</li> <li>■ Regolamento e direttive interne</li> <li>■ Filosofia delle cure</li> <li>■ Filosofia e modalità dell'animazione</li> <li>■ Contratto d'ammissione per i residenti</li> <li>■ Criteri di ammissione dei pazienti</li> <li>■ Prestazioni offerte</li> <li>■ Organigramma comprendente i reparti, le unità operative o altri servizi interni.</li> </ul>	
<p><b>S 3</b> La struttura architettonica è confacente alle specifiche norme architettoniche e di polizia del fuoco.</p>	
<p><b>S 4</b> L'Istituto è provvisto di segnaletica esterna ed interna, che permetta ai residenti e ai visitatori l'accesso e l'orientamento, così come l'individuazione degli specifici locali (reparti di degenza, fisioterapia, ristorante, locali e altri spazi).</p>	
<p><b>S 5</b> Ogni persona attiva all'interno dell'Istituto deve essere identificabile tramite apposita targhetta di riconoscimento.</p>	
<p><b>S 6</b> Ogni persona attiva all'interno dell'Istituto agisce in base ad un mansionario esplicito, che definisce compiti, competenze e funzioni. Il mansionario è parte integrante del contratto di lavoro.</p>	
<p><b>S 7</b> La dotazione del personale curante è calcolata sulla base della specifica circolare.</p>	
<p><b>S 8</b> L'Istituto dispone di un infermiere responsabile delle cure (1 UTP = unità a tempo pieno), cui compete il coordinamento del personale curante.</p>	
<p><b>S 9</b> L'Istituto dispone di almeno 1 UTP d'infermiere con specializzazione clinica in geriatria.</p>	
<p><b>S 10</b> L'Istituto dispone di personale infermieristico e curante presente in servizio 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno.</p>	
<p><b>S 11</b> Tutto il personale curante deve essere in possesso di un titolo di formazione riconosciuto dalla CRS o ritenuto equivalente dalle competenti autorità.</p>	

<b>S 12</b>	Il personale addetto alle cure (personale curante) deve essere facilmente riconoscibile in modo differenziato dal personale alberghiero.	
<b>S 13</b>	L'Istituto è munito di un servizio - interno od esterno - di fisioterapia / ergoterapia.	
<b>S 14</b>	L'Istituto si avvale dell'attività di un servizio d'animazione.	
<b>S 15</b>	Per garantire la formazione continua del personale, l'Istituto fissa annualmente obiettivi, budget e piano formativo.	
<b>S 16</b>	L'Istituto designa una persona responsabile della medicina preventiva ospedaliera (igiene ospedaliera e Direttiva del Medico cantonale concernenti i controlli sanitari del personale attivo negli istituti di cura e nelle istituzioni socio- sanitarie del Cantone Ticino del 23 dicembre 2000). Questa persona tiene un diario delle attività svolte in quest'ambito.	
<b>S 17</b>	L'Istituto designa una persona responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità.	
<b>S 18</b>	L'Istituto elabora un programma di valutazione del personale (conoscenze, competenze, attitudini), con espliciti criteri. Parimenti si adopera per promuovere buone condizioni lavorative e misura periodicamente la soddisfazione del personale.	
<b>S 19</b>	La cartella sanitaria (= insieme della documentazione clinica) di ogni residente è tenuta conformemente alle prescrizioni del Medico cantonale. Essa è costantemente aggiornata, redatta in modo ordinato e leggibile, e sempre facilmente accessibile al personale curante e ai medici chiamati ad intervenire in caso d'emergenza.	
<b>S 20</b>	L'Istituto dispone di almeno 1 set di emergenza, facilmente reperibile ed immediatamente disponibile. Il contenuto del set è definito per iscritto dalla direzione sanitaria.	
<b>S 21</b>	L'Istituto dispone dell'inventario scritto aggiornato di tutte le apparecchiature medico-tecniche. L'inventario precisa la data d'acquisto, le procedure di controllo e di manutenzione (incluse le tarature), in base all'Ordinanza federale.	
<b>S 22</b>	L'Istituto garantisce il controllo di qualità delle cucine secondo le apposite norme di legge e le indicazioni del Chimico cantonale.	
<b>S 23</b>	L'Istituto elabora un protocollo scritto che esplicita le modalità di trasferimento del residente verso altre destinazioni, segnatamente l'ospedale.	
<b>P 1</b>	L'Istituto elabora ed applica ogni direttiva interna, ritenuta necessaria ed adeguata, per garantire il coordinamento di specifici interventi sanitari preventivi e/o curativi. Le direttive sono tenute a disposizioni in caso d'ispezione.	
<b>P 2</b>	Ogni richiesta di ammissione in Istituto è analizzata secondo un'esplicita procedura scritta, in base al risultato della quale l'Istituto decide sull'idoneità all'ammissione. La procedura riporta i criteri utilizzati per analizzare i bisogni dell'anziano, la lista dei servizi sociosanitari alternativi presenti sul territorio e le ragioni della scelta.	
<b>P 3</b>	L'Istituto elabora per ogni ospite un piano di presa a carico interdisciplinare personalizzato, che riporta gli obiettivi di cura e le strategie necessarie per raggiungerli.	
<b>R 1</b>	L'Istituto rileva i dati dei requisiti di risultato in base alle specifiche indicazioni del Medico cantonale.	

**Allegato 2: Catalogo dei servizi e delle prestazioni (diviso in Cure, animazione, servizio alberghiero e terapie riabilitative)**

**Requisiti qualità del catalogo per le cure**

Tipo di requisiti	Requisiti	Totale
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguata dotazione di personale sul piano quantitativo e qualitativo (formazione, specializzazione, aggiornamento).</li> <li>- Dotazione di mezzi tecnici e ausiliari e di materiale sanitario adeguati ai bisogni dei residenti e conformi alle norme sanitarie, igieniche e di sicurezza in vigore.</li> <li>- Presenza di spazi adeguati per lo stoccaggio e l'utilizzo di farmaci e di materiale sanitario.</li> <li>- Presenza di spazi e attrezzature adeguati a prestare le cure.</li> <li>- Grado di soddisfazione del personale afferente alle cure.</li> </ul>	5
Requisiti procedurali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza e aggiornamento nel tempo di una filosofia delle cure dell'Istituto e dei relativi protocolli clinici ecc.</li> <li>- Pianificazione, attuazione e documentazione da parte del personale curante dell'attività prestata al residente nel rispetto della pianificazione generale dell'Istituto.</li> <li>- Valutazione sistematica dei bisogni e delle risorse dei residenti da parte del personale curante.</li> <li>- Informazione adeguata al residente sulle cure prestate, limitatamente agli aspetti oggettivi delle cure.</li> <li>- Garanzia di un processo di cure interdisciplinare e di rete.</li> <li>- Coinvolgimento dei famigliari e/o delle persone di riferimento nelle cure.</li> <li>- Definizione di una procedura di reclamo, apprezzamenti e suggerimenti, e delle relative modalità di risposta dell'Istituto.</li> </ul>	7
Requisiti di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione della soddisfazione da parte dei residenti e delle relative persone di riferimento.</li> <li>- Valutazione dei risultati da parte del personale curante dell'Istituto e del medico specialista/curante.</li> <li>- Valutazione sistematica dei risultati delle cure</li> <li>- Valutazione del medico curante sugli atti delegati</li> </ul>	4
Totale requisiti		<b>16</b>

### Requisiti qualità del catalogo per il servizio animazione

Tipo di requisiti	Requisiti	Totale
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di un'animazione strutturale (cartelli indicatori, calendari, orologi, ecc.).</li> <li>- Presenza di un piano di animazione dell'Istituto, esposto all'interno della casa.</li> <li>- Presenza di spazi adibiti alle attività di animazione.</li> <li>- Presenza di un responsabile di funzione. - Presenza di un concetto di volontariato.</li> <li>- Soddisfazione del personale afferente all'animazione</li> </ul>	5
Requisiti procedurali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza e aggiornamento nel tempo di un concetto di animazione dell'Istituto (scopi, contenuti delle attività, ecc.) che renda espliciti, rispetto alle singole attività, i livelli attesi di qualità, le modalità e i tempi di erogazione.</li> <li>- Pianificazione e documentazione dell'attività da parte del responsabile di funzione secondo il concetto di animazione in vigore nell'Istituto.</li> <li>- Definizione e adattamento periodico del piano di animazione ai bisogni dei residenti nell'ambito di un processo interdisciplinare. - Valutazione sistematica dei bisogni dei residenti legati al tempo libero, alle sfere di interessi e gusti, all'evoluzione del loro stato di salute, ecc.</li> <li>- Conoscenza del piano di animazione e messa in pratica dell'azione corrispondente da parte di tutto il personale.</li> <li>- Conoscenza dell'offerta delle attività di animazione da parte dei residenti e delle relative persone di riferimento.</li> <li>- Definizione di una procedura di reclamo, apprezzamenti e suggerimenti, e delle relative modalità di risposta dell'Istituto</li> </ul>	6
Requisiti di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soddisfazione dei residenti e delle persone di riferimento.</li> <li>- Raggiungimento degli obiettivi pianificati per gruppi di residenti.</li> <li>- Grado di partecipazione alle attività di animazione in relazione agli obiettivi pianificati</li> </ul>	3
<b>Totale requisiti</b>		<b>14</b>

**Requisiti qualità del catalogo per il servizio alberghiero**

Tipo di requisiti	Requisiti	Totale
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguata dotazione di personale sul piano quantitativo e qualitativo (formazione, specializzazione, aggiornamento).</li> <li>- Identificazione delle responsabilità per le attività principali e/o per l'insieme delle attività che compongono la prestazione.</li> <li>- Disponibilità di locali e servizi igienici adeguati e conformi alle norme in materia di sicurezza.</li> <li>- Adeguata dotazione di macchinari, attrezzature, veicoli e impianti, e conformi alle norme in materia di sicurezza.</li> <li>- Presenza nella sala pranzo, o in prossimità di essa, di adeguati spazi per custodire bottiglie, tovaglioli, ecc. di ciascun residente.</li> <li>- Disponibilità e strutturazione degli spazi in modo che l'anziano possa essere all'occorrenza aiutato a mangiare.</li> <li>- Utilizzo di prodotti alimentari di qualità.</li> <li>- Utilizzo adeguato di articoli per l'igiene e la pulizia che rispettino la salute e l'ambiente.</li> <li>- Presenza di una segnaletica che faciliti l'orientamento e la mobilità dell'anziano nella struttura.</li> <li>- Presenza di ambienti curati, puliti e accoglienti in tutte le loro componenti (arredo, stoviglie, abbigliamento del personale)</li> <li>- Garanzia dell'accessibilità e della sicurezza degli ambienti interni ed esterni a uso comune dei residenti.</li> <li>- Soddisfazione del personale afferente al servizio alberghiero.</li> </ul>	12
Requisiti procedurali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza e aggiornamento nel tempo di un concetto di servizio alberghiero dell'Istituto che renda espliciti, rispetto alle singole attività, i livelli attesi di qualità, le modalità e i tempi di erogazione.</li> <li>- Garanzia della varietà del menu.</li> <li>- Adeguatezza del tempo a disposizione per i pasti.</li> <li>- Adeguatezza della temperatura dei pasti al momento del consumo.</li> <li>- Offerta di pasti che tenga debitamente in considerazione le festività (Natale, Pasqua, ecc.) e, per quanto desiderato, le ricorrenze personali (compleanni).</li> <li>- Puntualità e affidabilità del servizio (rispetto degli orari dei pasti, ritiro e riconsegna della biancheria, rispetto degli orari e della frequenza della pulizia, ecc.).</li> <li>- Corretto utilizzo e impiego di macchinari, strumenti, veicoli, articoli di pulizia, ecc</li> <li>- Rilevazione sistematica dei bisogni dei residenti connessi con tutte le attività attraverso le quali la prestazione si realizza.</li> <li>- Definizione di una procedura di reclamo, apprezzamenti e suggerimenti, e delle relative modalità di risposta.</li> </ul>	9
Requisiti di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soddisfazione dei residenti e delle persone di riferimento rispetto alle singole attività.</li> <li>- Verifica del raggiungimento dei risultati attesi da parte dell'Istituto.</li> <li>- Verifica del raggiungimento dei livelli di qualità richiesti da parte dell'Ente finanziatore</li> </ul>	3

<b>Totale requisiti</b>		<b>24</b>
-------------------------	--	-----------

### Requisiti qualità del catalogo per il servizio delle Terapie riabilitative

	Terapie riabilitative	Totale
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguata dotazione di personale sul piano quantitativo e qualitativo (formazione, specializzazione, aggiornamento).</li> <li>- Presenza di spazi adibiti alle terapie riabilitative.</li> <li>- Dotazione dei mezzi tecnici adeguati a rispondere al meglio ai bisogni dei residenti.</li> <li>- Soddisfazione del personale afferente alle terapie riabilitative.</li> </ul>	4
Requisiti procedurali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza e aggiornamento nel tempo di un concetto di terapie riabilitative dell'Istituto.</li> <li>- Pianificazione, attuazione e documentazione da parte del terapeuta dell'attività prestata al residente nel rispetto della pianificazione dell'Istituto.</li> <li>- Valutazione sistematica dei bisogni e delle risorse dei residenti da parte del terapeuta.</li> <li>- Collaborazione e dialogo continuo con il personale sanitario.</li> <li>- Conoscenza dell'offerta di terapie riabilitative da parte dei residenti e delle relative persone di riferimento.</li> <li>- Definizione di una procedura di reclamo, apprezzamenti e suggerimenti, e delle relative modalità di risposta dell'Istituto.</li> </ul>	6
Requisiti di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soddisfazione da parte dei residenti e delle relative persone di riferimento.</li> <li>- Valutazione dei risultati da parte del personale curante dell'Istituto e del medico specialista/curante.</li> <li>- Valutazione sistematica dei risultati delle terapie da parte dell'operatore che ha erogato la prestazione.</li> </ul>	3
<b>Totale requisiti</b>		<b>13</b>

**Conteggio totale dei requisiti qualità del Catalogo delle prestazioni**

	Istituto	Servizio animazione	Servizio alberghiero	Terapie riabilitative	Totali
Requisiti strutturali	5	5	12	4	26
Requisiti procedurali	7	6	9	6	28
Requisiti di risultato	4	3	3	3	13
Totale requisiti	16	14	24	13	67
<b>Totale</b>					<b>134</b>

### **Allegato 3: RAI**

#### Misure limitative della libertà di movimento:

- percentuale di residenti con contenzione quotidiana del tronco o con sedile che impedisce di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi sette giorni;
- percentuale di residenti con utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire ai residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi sette giorni.

#### Malnutrizione:

- percentuale di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5% o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10% o più nel corso degli ultimi 180 giorni.

#### Polimedicazione:

- percentuale di residenti che hanno assunto nove o più principi attivi nel corso degli ultimi sette giorni.

#### Dolore:

- autovalutazione: percentuale di residenti che, negli ultimi sette giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.
- valutazione da parte di terzi: percentuale di residenti che, negli ultimi sette giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

**Allegato 4: Requisiti di qualità per SACD o OACD**

Tipo	Indicatori	Totale
Misure struttura	a) un direttore sanitario e uno amministrativo degni di fiducia che offrono la garanzia, dal profilo psicofisico, di un esercizio ineccepibile della professione. Le due funzioni possono essere assunte contemporaneamente ad altre funzioni operative, ma non sono tra di loro cumulabili; b) una sede professionale stabile e adeguata allo scopo; c) un locale sicuro dove archiviare le cartelle sanitarie per 10 anni; d) un documento che esplicita rispettivamente: la missione; la filosofia delle cure; ; gli orari d'apertura...	4
Misura di processo	a) il personale eroga prestazioni sanitarie nei limiti delle proprie conoscenze e competenze, acquisite mediante formazione sanitaria comprovata da diploma o certificato (art. 64 della legge sanitaria); b) i volontari possono distribuire e/o attuare prestazioni e terapie prescritte da operatori sanitari autorizzati, nei limiti delle proprie capacità e conoscenze collaudate ed in quelli stabiliti dal competente operatore sanitario prescrittore. Quest'ultimo ne assume la responsabilità; c) il servizio rispetta le disposizioni emanate dal Medico cantonale sulle qualifiche minime e mansioni del DS, del direttore amministrativo nonché del personale curante a dipendenza delle prestazioni erogate; e) la prima valutazione e le successive rivalutazioni dei bisogni del paziente sono effettuate da un infermiere per mezzo di uno strumento conforme agli standard attuali; f) l'infermiere responsabile del caso stende il piano di cura nel rispetto dei principi di libertà, dignità e integrità del paziente, nonché secondo i criteri di efficacia e di economicità (art. 5 della legge sanitaria); g) gli operatori coinvolti nella cura allestiscono una cartella sanitaria (insieme della documentazione socio-sanitaria prodotta) per ogni utente, che riporta obbligatoriamente: le generalità della persona, i bisogni di assistenza emersi dalla valutazione iniziale, il piano di cura, le prestazioni erogate... h) le norme di igiene ambientale e personale vengono esplicitate e continuamente aggiornate; i) il servizio elabora direttive interne ritenute necessarie ed adeguate per garantire il coordinamento di specifici interventi socio-sanitari preventivi e/o curativi al suo interno e con enti; j) il servizio elabora un piano per la medicina del personale atto a prevenire la trasmissione di malattie tra il personale curante e gli utenti, conforme alle direttive del Medico cantonale; k) il servizio predispone le misure necessarie per il rispetto della protezione della sfera personale del paziente nonché per la protezione dei dati; l) il servizio raccoglie e trasmette allo Stato le statistiche sanitarie, gestionali e contabili conformi alla legislazione.	9
Misure Risultato		-
Totale		14

**Allegato 5: Requisiti del Mansionario del Direttore Sanitario**

	Descrittivi requisiti della qualità	Totale
Requisiti strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al DS deve essere garantita l'indipendenza necessaria all'assunzione della responsabilità sanitaria del servizio.</li> <li>- Egli deve essere un operatore sanitario ai sensi dell'art. 54 cpv. 1 a) e b) della Legge sanitaria, possedere almeno una formazione di livello terziario nello specifico settore sanitario stabilito dalla missione del SACD ed essere in possesso dell'autorizzazione al libero esercizio.</li> <li>- Aggiornamento professionale: Il DS aggiorna costantemente le proprie conoscenze professionali.</li> <li>- Formazione e perfezionamento del personale: Il DS identifica le lacune formative e fornisce alla direzione amministrativa i temi oggetto di perfezionamento e/o aggiornamento professionale.</li> <li>- Medicina del personale: il DS crea le premesse normative per garantire un servizio di medicina del personale</li> </ul>	5
Requisiti procedurali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il DS vigila sugli aspetti sanitari del servizio e ne garantisce la conformità alla legislazione sanitaria federale e cantonale, alle direttive o raccomandazioni del DSS e dell'UMC (procedura di vigilanza)</li> <li>- Il DS é responsabile della corretta applicazione delle norme di prevenzione delle malattie trasmissibili tra pazienti e personale e viceversa. Ordina i provvedimenti, di sua competenza, necessari per contenere il contagio tra i pazienti e il personale. Collabora con le autorità cantonali e si adegua alle loro direttive nella gestione di situazioni di allarme sanitario (es. pandemia). (procedura riguardante le malattie trasmissibili e la loro segnalazione alle autorità)</li> <li>- Il DS, in collaborazione con la direzione amministrativa ed i medici curanti è garante d'interventi appropriati e coordinati per assicurare cure di qualità adeguate ai bisogni di ogni paziente assicurando prestazioni conformi alle regole dell'arte, ai principi etici e alle disposizioni dell'autorità sanitaria (procedura per garantire qualità delle cure)</li> <li>- Il DS vigila sul rispetto del segreto professionale conformemente al Codice penale svizzero e alla Legge sanitaria (procedura di vigilanza)</li> <li>- Egli vigila sulla corretta tenuta e compilazione della documentazione sanitaria (procedura compilazione cartella sanitaria)</li> <li>- Il DS assicura un'archiviazione sicura per 10 anni dopo l'ultima cura fornita (procedura archiviazione)</li> <li>- Il DS è responsabile della corretta gestione e smaltimento dei rifiuti speciali sanitari derivanti da medicazioni e/o atti sanitari eseguiti al domicilio del paziente, in conformità alla legislazione in vigore (procedura smaltimento)</li> </ul>	7
Requisiti di risultato		0
		<b>12</b>

## Allegato 6: Quadro concettuale e metodologia SODDI

### 1. Quadro concettuale di riferimento

#### 1.1 Qualità percepita e soddisfazione dell'utenza nei servizi

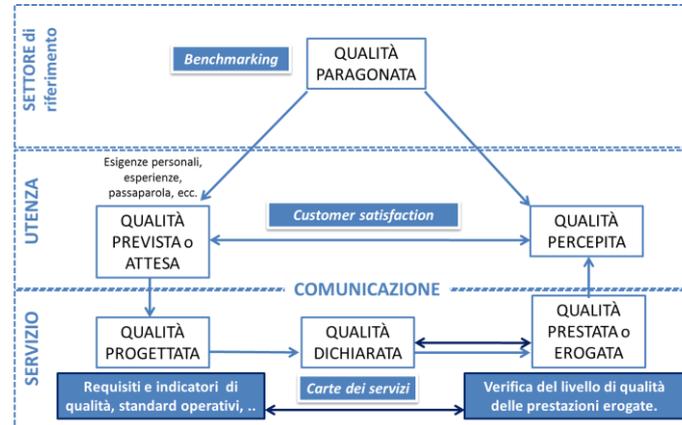
La rilevazione e il monitoraggio della qualità percepita e del grado di soddisfazione dell'utenza e del personale (*customer satisfaction*), peraltro prevista da tutti i sistemi di gestione della qualità (SGQ) e dai principali modelli di accreditamento dei servizi sanitari e socio-sanitari, è diventata ormai prassi consolidata anche nei servizi rivolti alla popolazione anziana.

L'insieme delle caratteristiche dei servizi<sup>109</sup> fanno sì che le persone assumano un ruolo cruciale e strategico e ciò vale, a maggior ragione, nei servizi socio-sanitari residenziali, dove il sistema di produzione ed erogazione è fortemente centrato sulla relazione di aiuto tra operatori e utenza (diretta e secondaria) e dove ogni collaboratore, a tutti i livelli dell'organizzazione, si trova a gestire in prima persona non solo il contatto diretto e quotidiano con l'utenza, ma soprattutto relazioni interpersonali di media/lunga durata con le persone residenti ed i loro familiari.

Come noto, la qualità è un concetto multidimensionale in continua evoluzione che comprende tanto la componente oggettiva che soggettiva. Infatti, un servizio si può definire "di qualità" se contestualmente si verifica un allineamento tra aspettative e percezioni (qualità percepita) e *standard* tecnici e professionali (qualità tecnica) di riferimento. (Harvey, 1998, p. 590)

Nei servizi convivono dunque diverse declinazioni del concetto di qualità (Fig. 1) che consentono di leggere la complessità degli stessi e la compresenza dei punti di vista tanto del fruitore che del produttore del servizio:

Fig.1: Rielaborazione del modello delle 5 P + 1<sup>110</sup> (Negro, 1995)



- la qualità progettata è ciò che l'organizzazione ha definito e programmato di fornire all'utenza, tenuto conto del quadro normativo di riferimento e degli *standard* operativi richiesti, con il

<sup>109</sup> Intangibilità, contestualità del momento dell'erogazione e della fruizione del servizio, eterogeneità (che deriva dall'unicità delle caratteristiche, aspettative e vissuti dell'utenza e dalla grande variabilità delle condizioni e dei contesti in cui si svolgono i processi di erogazione, da cui la prerogativa dei servizi di essere definiti ad alta "*personality intensity*", dato che la qualità fornita all'utenza è sostanzialmente il risultato del modo in cui le persone operano), standardizzabilità limitata, rilevanza delle risorse umane e possibilità del verificarsi di disservizi a causa della contestualità di erogazione e fruizione, delle limitate possibilità di standardizzazione e della forte dipendenza dei risultati dalle capacità del personale. (Normann, 1985; Grönroos, 1978)

<sup>110</sup> Rielaborazione del Modello delle 5 P (Negro, 1995), derivato dal Modello ServQual (Zeithmal, Parasuraman, Berry, 1991), tenuto conto del Modello ServPerf (Cronin, Taylor, 1994).

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

supporto delle proprie strutture, risorse e processi e mediante l'interpretazione delle richieste/esigenze espresse dal cliente/utente;

- la qualità dichiarata è ciò che l'organizzazione si impegna ad erogare all'utenza (quali e quante prestazioni, con che modalità e a che livello di qualità), incidendo in tal modo sulle attese della stessa; a questo livello è fondamentale valutare con la massima attenzione gli *standard* dichiarati per evitare di promettere ciò che poi non si potrà realizzare o mantenere nel tempo;
- la qualità prestata o erogata è il risultato della messa in atto del progetto e della sua trasformazione in *output* del processo di erogazione del servizio; lo scopo principale è il monitoraggio e presidio sistematico dei processi di erogazione delle prestazioni per verificare che cosa viene effettivamente erogato, in rapporto agli *standard* definiti;
- la qualità percepita è la componente della qualità che l'utente ritiene di aver ricevuto, confrontata con le sue aspettative, una volta fruito il servizio; ciò completa la valutazione della qualità prestata con il riscontro degli elementi del servizio non standardizzabili e di difficile valutazione interna;
- la qualità attesa è la componente della qualità che l'utenza si aspetta di ricevere dall'organizzazione al momento della sua formulazione del bisogno, per soddisfare le proprie esigenze connesse al servizio;
- la qualità paragonata consiste infine nel posizionamento dell'organizzazione nel proprio settore di riferimento attraverso il confronto dei propri risultati con quelli delle altre organizzazioni che erogano gli stessi servizi, per verificare come e dove la qualità (tanto quella tecnica che quella percepita) si differenzia. Dal punto di vista dell'utenza è la valutazione comparativa e sistematica tra servizi e prestazioni analoghe.

Tutti questi elementi e la loro combinazione sostanziano il concetto di qualità. Per questo motivo è importante che nella fase di progettazione, erogazione e valutazione del servizio si adottino strumenti in grado di ridurre gli scostamenti tra questi differenti punti di vista al fine di migliorare, tanto la qualità tecnica del servizio che la soddisfazione dell'utenza.

In questo senso la comunicazione gioca un ruolo centrale: si pensi, ad esempio, al possibile scostamento tra qualità erogata e qualità percepita che spesso trae origine dalla difficoltà delle organizzazioni di spiegare in modo chiaro e completo i contenuti delle prestazioni e/o le motivazioni delle scelte gestionali (perché i residenti di una CpA mangiano a determinati orari, ecc.), o il possibile *gap* tra qualità attesa e qualità percepita, che dipende spesso da *deficit* di comunicazione nelle fasi antecedenti la fruizione del servizio (si pensi alla delicata fase dell'ingresso in CpA) e ancora, l'eventuale divario tra qualità attesa e qualità erogata che rispecchia il grado di conoscenza e comprensione dei bisogni e delle esigenze dell'utenza da parte del servizio.

Il miglioramento continuo della qualità (MCQ) trova nella rilevazione della qualità percepita un importante supporto che facilita l'individuazione delle aree di criticità sulle quali intervenire, potendone verificare l'efficacia percepita nella rilevazione successiva all'intervento. Inoltre il MCQ consente ai diversi punti di vista presenti, di conoscersi, confrontarsi ed avvicinarsi, mediante l'ascolto ed il coinvolgimento dell'utenza diretta e secondaria, in una logica di *feedback* continuo tra servizio e utenza. (Falini, Lomazzi, Ventura, 2004)

La rilevazione della qualità percepita e della soddisfazione dell'utenza si configura quindi come un vero e proprio strumento di *management* delle organizzazioni, concorrendo all'evoluzione delle stesse, in particolare su aspetti organizzativi e culturali. È un'occasione di "mettersi nei panni" dell'utente, di capire meglio i suoi bisogni, i suoi sguardi e vissuti, contribuendo al superamento della tendenza all'autoreferenzialità e all'agire routinario delle organizzazioni, rinforzando in tal

modo il rapporto fiduciario tra chi eroga il servizio e chi lo fruisce. È un'opportunità di raccolta di idee, suggerimenti, proposte e stimoli all'innovazione e al miglioramento continuo.

## 1.2 Peculiarità della qualità percepita nei servizi residenziali per anziani

Nello specifico contesto delle CpA, la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza implica il doversi confrontare anche con il tema della qualità di vita (Huber, 2008; Bertolini, Pagani, 2011; Sebastiano, Astolfo, 2018); si deve infatti considerare che per l'anziano, la struttura residenziale non rappresenta solo la fruizione di un servizio, ma il suo nuovo luogo di vita.

Perciò il concetto di qualità del servizio non può essere definito considerando esclusivamente parametri sanitari, assistenziali, riabilitativi e alberghieri, ma deve includere e valorizzare anche quegli elementi identitari e relazionali che caratterizzano una vita di qualità: "protezione, sicurezza, cure, *caring*, relazionalità, socializzazione, riabilitazione e mantenimento delle capacità fisiche, dell'autostima, supporto alla progettualità, aiuto nei momenti di crisi, accompagnamento alla morte, sostegno ai familiari." (Taccani, Tramma, Barbieri-Dotti, 1997, p.32) "Ubicazione e accessibilità della struttura, dimensioni idonee al bacino di utenza per evitare l'allontanamento degli anziani dal proprio contesto di riferimento, mantenimento dei legami e dei rapporti con la comunità locale, spazi adeguati alle caratteristiche e ai bisogni delle persone residenti, che gli anziani non sentano estranei, cure sanitarie, progetti riabilitativi, ma anche attività quotidiane "normali", relazionalità, ritmi e tempi in cui le persone residenti si riconoscano e ritrovino un *continuum* con la loro vita e la loro identità "di prima" e "fuori": è questo lo sguardo a 360° con cui ci si avvicina al tema della qualità di vita delle persone nelle strutture residenziali". (Lomazzi, Salomone, 1999, p.87)

In questo contesto, anche i familiari, assumono uno sguardo peculiare nella valutazione della qualità percepita e della propria soddisfazione in merito al servizio offerto ai propri cari. Conoscerne le aspettative, le esigenze, le visioni e i vissuti diventa perciò altrettanto importante, in particolare per i congiunti delle persone con elevata compromissione cognitiva e/o fisica, che, per forza di cose, diventano l'unico *feedback* che è possibile ricevere (Sebastiano, Astolfo, 2018).

Il settore residenziale per anziani, per la sua natura di contesto *multistakeholder*<sup>111</sup>, in cui anziani, famiglie, professionisti, dirigenti ed enti proprietari delle strutture, enti finanziatori e cittadini esprimono proprie e particolari attese che vanno a privilegiare alcuni aspetti del servizio a discapito di altri<sup>112</sup>, può beneficiare in modo particolare della raccolta sistematica della qualità percepita e della soddisfazione delle persone residenti, delle famiglie e degli operatori<sup>113</sup>. Qualità percepita e soddisfazione contribuiscono alla ricerca di soluzioni che costituiscono un punto di equilibrio in cui si integrano i diversi valori, aspettative, aspirazioni, bisogni, diritti e doveri che caratterizzano e ruotano attorno al servizio, non dimenticando che il destinatario del servizio rimane sempre l'anziano. (Tanzi, 2003)

---

<sup>111</sup> Per *stakeholder* si intende un insieme di soggetti che hanno un interesse nei confronti di un'organizzazione e che con il loro comportamento possono influenzarne l'attività.

<sup>112</sup> È questo un contesto in cui si possono facilmente scontrare visioni ed esigenze differenti: dal bisogno di libertà delle persone residenti *versus* la richiesta di sicurezza dei familiari; alla necessità di investimenti della struttura *versus* la spinta al contenimento dei costi da parte dei finanziatori e la conseguente riduzione degli oneri a carico della collettività, ecc.

<sup>113</sup> La conoscenza del grado di soddisfazione del personale e della sua percezione dell'ambiente di lavoro è un presupposto fondamentale per costruire servizi in grado di garantire, accanto ad elevati *standard* di cura, una buona qualità di vita ai residenti e alle persone a loro vicine. L'ambiente di lavoro esercita infatti una grande influenza sul comportamento degli operatori e sul loro benessere. Le rilevazioni possono diventare un'occasione importante per un'azione culturale di supporto allo sviluppo partecipato del servizio.



ecc.), sostenuto da importanti progetti di miglioramento a livello cantonale, nel Canton Ticino si è dunque voluta includere anche la valutazione soggettiva degli attori del servizio.

L'impianto metodologico delle rilevazioni scelto dalla DASF, basato sull'adozione di una metodologia e di strumenti di indagine omogenei per tutte le CpA operanti nel Cantone, consente di superare due tipiche lacune: da un lato, l'impossibilità di effettuare confronti con altre istituzioni analoghe, dato che ogni struttura, in assenza di vincoli esterni (tanto a livello di SGQ, che dei principali modelli di accreditamento), utilizza un proprio strumento di rilevazione e dall'altro, la conseguente potenziale debolezza dell'impianto metodologico. (Favretto, 2007)

L'opzione metodologica ticinese, che consente l'effettuazione di confronti (*benchmarking*) tra CpA e nel tempo, valorizza il tassello "qualità percepita" all'interno del sistema di promozione e controllo della qualità delle prestazioni, su due livelli:

- all'interno delle CpA, attraverso l'adozione di una metodologia basata sulla cura della comunicazione degli esiti a tutti gli attori coinvolti e su una raccolta di valutazioni qualitative che, integrando il sistema di monitoraggio degli indicatori RAI NH©, "...possono innescare importanti processi di miglioramento e innovazione, ... nelle dinamiche organizzative e nel contenuto dei servizi erogati" (Sebastiano e Astolfo, 2018);
- all'interno del comparto CpA, attraverso l'effettuazione di un *benchmarking* che consente alle strutture di posizionarsi in modo anonimo nel settore di riferimento e favorisce il confronto e lo scambio di esperienze e *best practices* (condivisione di progetti, incontri e scambi tra CpA).

L'approccio alla qualità scelto è orientato a sostenere il percorso di crescita specialistica e culturale dell'intero settore delle CpA. In questo contesto la rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita ha dunque lo scopo di costituire:

→ per le CpA

- un flusso costante di scambio di punti di vista e idee tra utenza primaria e secondaria ed organizzazione, fonte di innovazioni e cambiamenti;
- un contributo al coinvolgimento e alla responsabilizzazione del personale;
- un contributo all'*empowerment* dell'utenza diretta e secondaria;
- uno strumento di partecipazione all'evoluzione del servizio da parte di utenti e familiari.

→ per il Cantone

- un'integrazione al monitoraggio dell'evoluzione effettiva del settore nel tempo, con la dimensione soggettiva della percezione;
- uno strumento di *policy*;
- uno strumento di partecipazione e controllo da parte dell'utenza diretta e secondaria.

## 2. Il progetto: organizzazione, materiali e metodi

### 2.1 Il progetto

Il progetto di rilevazione della qualità percepita e soddisfazione dell'utenza primaria e secondaria di tutte le CpA attive in Canton Ticino (Fig.3), nato a fine 2008 nell'ambito del sistema dei contratti di prestazione del settore socio-sanitario ticinese, dopo una prima fase di sperimentazione (2009-2011), in cui sono stati messi a punto gli strumenti e le modalità di rilevazione e di restituzione dei risultati e una seconda di implementazione (2013-2015), affidate a un *team* di ricerca SUPSI-USI, è entrato a regime con la rilevazione 2016-2018, attribuita all'attuale *team* di progetto SUPSI. Particolare cura e attenzione è stata posta nell'individuazione di una metodologia adeguata allo specifico settore e all'utenza coinvolta ed alla conseguente scelta e preparazione dei collaboratori incaricati del cruciale e delicato compito di effettuare le interviste alle persone residenti in CpA.

Fig.3: Il progetto rilevazioni qualità percepita in CpA

1° rilevaz. 2008-2009	-Definizione della metodologia di rilevazione e restituzione dei risultati e messa a punto degli strumenti di indagine con il supporto del gruppo di accompagnamento al progetto. -Presentazione del progetto al Comitato etico cantonale e al Consiglio degli anziani. -Sperimentazione in 4 CpA (2 nel sottoceneri e 2 nel sopraceneri) -Revisione della metodologia e degli strumenti.
2010-2011	-Organizzazione della rilevazione con suddivisione delle CpA in 3 gruppi su base dimensionale: CpA ≥ 81 pl, CpA tra 51 e 80 pl e CpA ≤ 50 pl per un totale di 63 CpA. -Presentazione della iniziativa alle CpA e avvio rilevazione. -A ciascuna CpA vengono presentati i risultati e al termine della rilevazione di ciascun gruppo si effettua la presentazione degli esiti del <i>benchmarking</i> ai rappresentanti delle CpA e del DSS.
2012-2013	-Effettuazione della rilevazione di soddisfazione del personale in 65 CpA.
2° rilevaz. 2013-2015	-Ulteriore revisione degli strumenti di indagine nell'ambito del gruppo di accompagnamento al progetto e implementazione del sistema con rilevazione a cadenza triennale a residenti e familiari/persone di riferimento. -Effettuazione della seconda rilevazione con la medesima metodologia su 63 CpA.
3° rilevaz. 2016-2018	-Entrata a regime del progetto: si prevedono due rilevazioni a residenti e familiari a cadenza triennale (2016-2018 e 2019-2021) e una rilevazione di soddisfazione degli operatori, concomitante a quella di residenti e familiari/persone di riferimento, nel triennio 2018-2020. Nell'ambito del gruppo di accompagnamento al progetto vengono riconfermati gli strumenti di indagine. Si introduce la possibilità, per i familiari, della compilazione del questionario on-line, e per le CpA di aggiungere una domanda specifica che consenta loro di ricevere specifici <i>feedback</i> rispetto a progetti di miglioramento implementati nel triennio.
4° rilevaz. 2019-2021	-Effettuazione della terza rilevazione su 64 CpA.

In questo decennio, il progetto si è avvalso del monitoraggio e della collaborazione di gruppo di accompagnamento formato da direttori di CpA, rappresentanti delle associazioni delle CpA ticinesi ADICASI e ATCA, dalla capoprogetto, dal capoufficio e caposettore dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) della DASF e dalla caposervizio vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale (UMC), impostata su una continua interazione con il *team* dei/delle ricercatori/rici per una costante verifica proattiva e retroattiva del lavoro.

La piena collaborazione delle direzioni e del personale delle CpA, così come l'interesse dimostrato dagli anziani e la sollecitudine delle loro famiglie, hanno consentito al *team* di progetto il rispetto della tempistica in tutte le fasi, malgrado la complessità organizzativa dello stesso, fortemente caratterizzato dal coinvolgimento di tutte le parti in causa.

## 2.2 Obiettivi del progetto

Il progetto si propone di:

- rilevare il grado di soddisfazione e la qualità percepita dall'utenza (residenti e familiari/persone di riferimento) delle CpA rispetto alle prestazioni erogate, a partire da quelle previste e presenti nel catalogo dei servizi e delle prestazioni (cure, animazione, servizio alberghiero, terapia e riabilitazione) e alla qualità della vita in CpA;
- fornire indicazioni di miglioramento alle strutture presentando quanto auspicato/suggerito dai soggetti dell'inchiesta, in relazione alle prestazioni/attività prese in esame dall'indagine, contribuendo all'individuazione dei punti di forza e debolezza delle singole CpA;
- effettuare un'analisi di confronto nel tempo dei risultati a livello settoriale;
- fornire raccomandazioni di *policy* al Cantone.

### 2.3 Metodologia: strumenti di indagine e organizzazione del progetto

Il progetto coinvolge, nel triennio, tutte le CpA presenti in Canton Ticino, suddivise in tre gruppi, costituiti su base dimensionale delle strutture:

- CpA grandi  $\geq 81$  posti letto
- CpA medie tra 51 e 80 posti letto
- CpA piccole  $\leq 50$  posti letto (pl.)

Le rilevazioni prevedono:

- per i familiari/persone a loro vicine, la somministrazione di un questionario auto-compilato, in versione cartacea e, a partire dalla rilevazione 2016-2018, *online*;
- per le persone residenti, consenzienti e in grado di partecipare alla rilevazione, la somministrazione di un questionario tramite intervista faccia a faccia.

I due strumenti di indagini, disponibili in lingua italiana, tedesca e francese, possiedono una medesima struttura, al fine di consentire un confronto tra le valutazioni dell'utenza diretta e di quella secondaria. I questionari sono stati sottoposti all'approvazione del gruppo di accompagnamento e validati a livello di comprensione linguistica e semantica, mediante la somministrazione ad un numero ristretto di residenti e familiari, di diverse lingue madri e provenienti da contesti culturali differenti.

#### 2.3.1 Strumenti di indagine

I due questionari utilizzati rispondono alla necessità di raccogliere, tanto l'espressione di una valutazione inerente l'intero pacchetto di servizi offerto dalle CpA, a partire dalle prestazioni previste nel "Catalogo dei servizi e delle prestazioni" (cure, animazione, servizio alberghiero, terapia e riabilitazione), che la dimensione della qualità della vita in CpA (dignità, riservatezza, autodeterminazione, continuità nelle relazioni personali e sociali, ecc.). Per la definizione dei fattori relativi alla qualità della vita si sono presi a riferimento i valori della *bienveillance*<sup>115</sup>, intesa come "...quello stato di vigilanza dinamica che associa, lo sguardo alla persona anziana, la storia di vita e il contesto personale ed istituzionale e che ne valorizza l'espressione delle sue volontà" (Duportet, 2010) e, ancor più nel dettaglio come un "... insieme di attitudini e comportamenti positivi basati sui principi di: rispetto, ascolto, fiducia, buone cure, sollecitudine, accompagnamento e compassione, agiti verso soggetti vulnerabili, fragili e dipendenti" (Péoc'h, 2011).

L'impianto dei due questionari, così caratterizzati, consente la valutazione dei seguenti aspetti (Fig.4), organizzati per prestazioni/macroaree, insiemi di fattori di qualità e singoli fattori.

---

<sup>115</sup> A questo proposito la DASF ha promosso e finanziato lo studio "Prevenzione del maltrattamento e promozione della *bienveillance* in un campione di case per anziani", effettuata tra settembre 2013 e novembre 2015 da Luisa Lomazzi, Carla Sargenti, Rita Pezzati, Elisabetta Cortesia e Paola Ferrari del Centro competenze anziani DEASS SUPSI.

Fig.4: Impianto dei questionari utilizzati nelle rilevazioni di soddisfazione e qualità percepita in CpA

PRESTAZIONI/ macroaree	INSIEMI DI FATTORI DI QUALITÀ	N° fattori valutati da	
		residenti	familiari
QUALITÀ	Qualità complessiva e immagine della CpA	1	2
CURE E ASSISTENZA	Accoglienza della persona e della famiglia	4	5
	Cure mediche (informazioni e accessibilità)	3	2
	Assistenza (cure infermieristiche e di base, dolore, ecc.)	9	8
	Autodeterminazione (res.), rispetto e coinvolgimento di residenti e famiglie	12	12
TERAPIE E RIABILITAZIONE	Interventi di fisioterapia	2	2
	Interventi di ergoterapia	2	2
	Interventi di specialisti in attivazione	2	
	Interventi di terapisti specialisti (musicoterapia, <i>pet-th.</i> , ..)	2	
ANIMAZIONE	Attività individuali/in piccoli gruppi con animatori	2	2
	Animazione socio-culturale-ricreativa	2	2
	Animazione all'aperto (uscite, gite, vacanze)	3	2
SERVIZI ALBERGHIERI	Pasti	8	7
	Lavanderia	2	2
	Pulizie	3	4
	Mezzi di comunicazione (telefono, PC, internet)	2	1
	Parrucchiere	1	1
Personale	<i>Dotazione di personale curante</i>	1	1
	Professionalità degli operatori	7	5
Relazioni interpersonali	Relazioni di residenti e familiari/persone di riferimento con operatori (anche allievi e stagisti) e volontari	7	8
	Relazioni tra persone residenti	2	2
	Assistenza spirituale	1	1
Informazioni	Materiali (contratto, ecc.) e procedure	1	4
	Informazioni all'ingresso	3	5
	Informazioni e consulenza durante la permanenza	4	10
Ambiente	Spazio personale: camera e servizi igienici	9	6
	Spazi comuni della CpA (interni - esterni)	9	8
	Accessibilità e apertura della CpA		3

- Il questionario rivolto alle persone residenti è composto da 33 domande chiuse che valutano 104 fattori di qualità e da 9 aperte.<sup>116</sup> Per ciascuna prestazione/macroarea sono inoltre previsti appositi spazi in cui riportare commenti e suggerimenti.
- Il questionario rivolto ai familiari/persone di riferimento è composto da 38 domande chiuse che valutano 107 fattori di qualità e 9 aperte.<sup>117</sup> Per ciascuna prestazione/macroarea sono previsti

<sup>116</sup> “Come si trova in questa CpA”, “Quale aspetto le piace di più di questa CpA”, “Che cosa dovrebbe migliorare”, “Ha scelto lei/ha partecipato alla decisione di venire in CpA”, “Tra le attività proposte in questa CpA, quali apprezza di più”, “Quali di meno”, “Quale/i ulteriore/i attività le piacerebbe fare”, “Idee e proposte utili a migliorare la CpA”, “Come è stata l’esperienza di questa intervista”.

<sup>117</sup> “Nella vita quotidiana in questa CpA, secondo lei, come si trova il suo familiare”, “Si sente ascoltato e rispettato”, “Si sente coinvolto e integrato nella vita sociale e nelle attività che si svolgono in CpA”, “Si sente ancora partecipe della vita sociale del suo paese/quartiere di provenienza”, “Come familiare/persona di

inoltre appositi spazi in cui riportare commenti e considerazioni. Nell'ultima sezione del questionario si rilevano alcune informazioni e dati anagrafici<sup>118</sup>, formulati in modo tale da garantire l'anonimato dei rispondenti.

In questa terza rilevazione (2016-2018) alle CpA è stata data la possibilità di inserire una domanda aggiuntiva (di valutazione e/o aperta) legata a specifici progetti di miglioramento, innovazioni, cambiamenti introdotti nel corso del triennio precedente, di modo da poter raccogliere un *feedback* in merito; in base alle scelte effettuate dalle singole CpA, i questionari possono quindi riportare anche queste ulteriori domande.

Le domande chiuse, formulate in modo neutrale ("Come valuta la qualità ..., l'adeguatezza...), si basano su una scala di valutazione che va da un minimo di 1 ad un massimo di 5, con sei livelli di giudizio (insufficiente, lievemente insufficiente, sufficiente, discreto, buono, molto buono), che consente, in fase di elaborazione, di formare tre coppie di classi di giudizio contigue: insoddisfatti (insufficiente e lievemente insufficiente), abbastanza soddisfatti (sufficiente e discreto) e soddisfatti (buono e molto buono). A ciò si aggiunge l'opzione "non ho sufficienti elementi per valutare l'argomento in questione".

Le domande aperte e gli spazi previsti per commenti e suggerimenti consentono di acquisire elementi di comprensione in merito alla valutazione e di raccogliere proposte e idee di miglioramento, tanto da parte dei frequentatori delle CpA, quanto, in modo decisamente più approfondito nel corso dell'intervista faccia a faccia, dalle persone residenti.

### **2.3.2 Destinatari dell'indagine e individuazione delle persone residenti da includere nel progetto**

Familiari/persone di riferimento: l'indagine si rivolge a tutti i familiari/persone di riferimento dei residenti presenti in ciascuna CpA al momento della rilevazione. In fase di pianificazione delle rilevazioni si richiede ad ogni struttura di fornire il numero di persone, ripartite tra familiari e persone di riferimento (curatori, amici), a cui verranno inviati i questionari. I familiari che non frequentano la CpA vengono esclusi e sostituiti da persone di riferimento che partecipano alla vita del relativo residente, se presenti.

Persone residenti: per le persone residenti, la partecipazione alla rilevazione è determinata da due fattori: la volontà di adesione al progetto e la possibilità/idoneità di effettuare l'intervista, in base alle capacità cognitive e alle condizioni fisiche di ciascuna persona al momento della rilevazione. Sono stati pertanto definiti dei criteri di inclusione ed esclusione (Fig.5) in base ad una serie di dati e informazioni che, in fase di pianificazione della rilevazione, vengono forniti al *team* di progetto, in forma rigorosamente anonimizzata, dai/dalle responsabili delle cure di ciascuna CpA.

---

riferimento, che cosa apprezza maggiormente di questa CpA", "Quale aspetto dovrebbe migliorare", "Idee e proposte utili a migliorare i servizi della CpA", "Come valuta questa iniziativa di far valutare i servizi offerti dalla CpA dai residenti e dai familiari/persone di riferimento", "Come valuta il questionario utilizzato".

<sup>118</sup> Genere, classe d'età (rilevata in 3 classi), legame con la persona residente, frequenza delle visite in CpA relative ai familiari/persone di riferimento rispondenti e una valutazione di massima del grado di dipendenza fisica e delle capacità cognitive del relativo congiunto/pupillo/amico.

Fig.5: Criteri di inclusione ed esclusione delle persone residenti

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione volontaria, espressa antecedentemente al responsabile delle cure o al/alla capo reparto e, poco prima dell'incontro, alle intervistatrici.</li> <li>• Essere in grado di comprendere e farsi comprendere in italiano (anche dialetti), tedesco, francese e inglese, nonché di intrattenere un colloquio di un'ora circa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromissione cognitiva severa: punteggio <math>\geq 4</math> della scala CPS (<i>Cognitive Performance Scale</i>)</li> <li>• MDS RAI-NH©: capacità di farsi comprendere e capacità di comprendere gli altri con punteggio=3; sfera uditiva con punteggio=3 se accompagnata da vista con punteggio <math>\geq 3</math>.</li> <li>• Grave stato depressivo/disturbi dell'umore: punteggio <math>&gt; 8</math> della scala DRS (<i>Depression Rating Scale</i>).</li> <li>• Presenza di sintomatologia acuta e/o condizioni che non consentono la partecipazione alla indagine (ad es.: dispnea grave, dolore acuto, stadio terminale, crisi psicotica, ecc.); queste situazioni vengono segnalate dalle équipes di cura nel corso dell'ultima verifica e/o della rilevazione.</li> </ul>

I dati, estratti direttamente dal *Minimum Data Set* (MDS) del sistema RAI NH©, comprendono, per ciascun residente: codice identificativo, genere, età, data di ammissione (sezione AA-residente), provenienza e lingua madre (sez. AB-dati biografici), CPS-*Cognitive Performance Scale*-score 0-6 (sez. B-stato cognitivo), udito, capacità di farsi comprendere e capacità di comprendere gli altri, tutti con score 0-3 (sez. C-comunicazione e udito), vista-score 0-4 (sez. D-sfera visiva), DRS-*Depression Rating Scale*-score 0-14 (sez. E-umore e comportamento), Scala ADL-*Activities of Daily Living*-score 4-18 (sez. G-capacità funzionale). Completano la raccolta dati le seguenti informazioni: nutrizione (dieta, cibi frullati/tritati, PEG), se le persone residenti hanno ricevuto trattamenti di fisioterapia, ergoterapia, attivazione e/o interventi da parte di terapisti specialisti (musicoterapia, *pet-therapy*, ecc.) nell'anno, se partecipano ad attività individuali e/o di gruppo con animatori, se frequentano attività socio-culturali-ricreative, se partecipano a gite, uscite, vacanze ed infine se vivono in camera singola o doppia.

Questi dati e informazioni sono finalizzati, tanto a individuare le persone residenti da includere nel progetto, quanto ad acquisire elementi utili allo svolgimento delle interviste. Una volta individuate le persone residenti che risultano in grado di sostenere l'intervista, a ridosso dell'avvio della rilevazione, i dati raccolti vengono ulteriormente verificati ed aggiornati con il/la responsabile delle cure e/o del reparto che provvederanno a raccogliere le adesioni dei residenti.

### 2.3.3 Modalità di somministrazione degli strumenti di indagine e garanzia della riservatezza

Familiari/persone di riferimento: in questa terza rilevazione 2016-2018 è stata data la possibilità ai familiari/persone di riferimento di scegliere la modalità di auto-compilazione, tra versione cartacea o *online* del questionario. Entrambe le modalità garantiscono ai rispondenti la piena tutela dell'anonimato, infatti i questionari cartacei con busta preaffrancata indirizzata alla SUPSI per la restituzione, corredati da una lettera di accompagnamento informativa su cui è riportato anche un codice di attivazione con relativo *link* di accesso alla versione *online*, vengono spediti ai familiari

direttamente dalle direzioni di ciascuna CpA. In questo modo la SUPSI non può entrare in contatto con dati sensibili dei familiari/persona di riferimento e le CpA non hanno accesso ai questionari compilati in entrambe le modalità. Il *team* di progetto ha inoltre assicurato la possibilità di un supporto informativo alla compilazione del questionario, mettendo a disposizione dei familiari/persona di riferimento un numero telefonico e un indirizzo *e-mail*.

Il tempo di compilazione del questionario è di circa 40 min., reso variabile dall'apporto alla componente qualitativa (commenti e suggerimenti) di ciascun rispondente. I familiari hanno a disposizione un mese per la compilazione, con eventuale proroga di un ulteriore mese.

Nel corso della precedente rilevazione (2013-2015), tanto tramite richieste telefoniche di supporto alla compilazione pervenute al *team* di progetto, quanto nel corso degli incontri di restituzione dei risultati ai familiari, si era evidenziata la presenza di un piccolo gruppo di familiari, ultra ottantenni, assidui frequentatori delle CpA, che dichiaravano di non aver compilato il questionario, ma che segnalavano al contempo il proprio desiderio e interesse ad esprimere le proprie valutazioni e considerazioni. Così, con il gruppo di accompagnamento, si è deciso di offrire la possibilità a familiari con queste caratteristiche, su specifiche richieste e segnalazioni, di sostenere la rilevazione tramite intervista telefonica o faccia a faccia, da parte delle ricercatrici SUPSI.

Personae residenti: l'organizzazione delle interviste ai residenti viene pianificata dal *team* di progetto e comunicata alla direzione e al/alla responsabile delle cure di ciascuna CpA coinvolta, circa una settimana prima dello svolgimento delle stesse. Le strutture provvedono alla comunicazione interna dell'avvio della rilevazione e della presenza delle ricercatrici a tutto il personale e individuano uno o più referenti per l'indagine. Questi hanno il compito di accompagnare le ricercatrici dalle persone residenti da intervistare, verificandone nuovamente insieme, la volontà di partecipazione.

Tutte le ricercatrici utilizzano come unico riferimento, tanto nell'interazione con i referenti per l'indagine, che sul materiale di raccolta dati, il codice identificativo dei residenti, a tutela del loro anonimato. Essendo ormai questa la terza rilevazione (attualmente è in corso la quarta), l'iter legato all'organizzazione delle interviste si è ormai consolidato; ancora variabile risulta invece il rispetto della pianificazione, date le peculiarità delle persone residenti e delle loro condizioni di salute, ciò che richiede grande flessibilità e spirito di adattamento alle ricercatrici.

Le interviste faccia a faccia con le persone residenti incluse nel progetto, che hanno dato il proprio consenso, sono condotte da ricercatrici e collaboratrici, in prevalenza infermiere con specializzazione in geriatria e gerontologia e psicologhe, con una consolidata esperienza di lavoro e interazione con persone anziane e spiccate capacità comunicative, che rispondono ad uno specifico profilo predisposto assieme al gruppo di accompagnamento al progetto. A tutti i collaboratori che si sono succeduti in questo decennio nell'effettuazione delle interviste, il *team* SUPSI ha assicurato una formazione specifica in merito agli obiettivi e alla struttura del progetto, del questionario e, con particolare attenzione e cura, alle modalità di somministrazione dello stesso; è stato inoltre garantito a tutti un periodo di affiancamento e una supervisione costante.

Le interviste si svolgono prevalentemente nelle camere delle persone residenti o, quando necessario, in appositi locali messi a disposizione dalle direzioni, che garantiscono riservatezza e tranquillità. Al fine di facilitare il processo di valutazione, ai partecipanti viene consegnato un foglio su cui sono riportate, a caratteri ben leggibili, le diverse opzioni di risposta nelle tre lingue nazionali e in inglese. Le ricercatrici riportano le risposte direttamente sul questionario, che contiene anche appositi spazi per la raccolta di commenti e suggerimenti e provvedono direttamente all'inserimento dei dati.

La durata delle interviste ai residenti ha un'elevata variabilità (min. 45 – max. 75 min.) a seconda delle condizioni e delle peculiarità di ciascuna persona.

### 2.3.4 Trattamento dei dati e predisposizione dei report di risultato

Tutti i dati rilevati nel corso del progetto, rigorosamente anonimizzati in fase di raccolta ed elaborazione, vengono trattati in modo riservato e nel pieno rispetto della privacy.

L'inserimento dei dati relativi ai familiari (questionari in versione cartacea e interviste) viene effettuato tramite l'applicazione *Limesurvey*, direttamente ed esclusivamente da parte di una collaboratrice SUPSI; quello delle interviste rivolte alle persone residenti, da ciascuna ricercatrice che le ha somministrate. I dati sono elaborati in ambiente Excel e SPSS.

L'elaborazione e la presentazione dei risultati di residenti e familiari ricalca l'impianto degli strumenti di indagine (Fig.4). Per ciascuna CpA vengono preparati i seguenti 5 report:

- un primo report (Report 1) che riporta i tassi di partecipazione all'indagine di residenti e familiari e i risultati complessivi, per prestazioni/macroaree e per insiemi di fattori di qualità (media complessiva, di ciascuna prestazione/macroarea e per insieme di fattori di qualità), nonché il grado di soddisfazione individuale, complessiva e per prestazioni/macroaree (media di tutti gli *item* valutati da ciascun rispondente), delle indagini di residenti e familiari. Confronto degli esiti dei due gruppi di rispondenti e con i rispettivi risultati delle precedenti rilevazioni;
- due report specifici (Report 2a -residenti e Report 3a -familiari) di dettaglio in cui vengono descritti i profili dei rispettivi rispondenti e riportati i risultati della valutazione dei singoli *item* (distribuzione di frequenza, media, deviazione standard-SD e percentuale di risposta);
- due report specifici (Report 2b -residenti e Report 3b -familiari) che riportano la componente qualitativa raccolta (risposte alle domande aperte e commenti e suggerimenti riportati dai familiari ed espressi dalle persone residenti nel corso delle interviste), organizzata anch'essa per ciascun insieme di fattori di qualità, di modo da consentire una lettura parallela tanto della dimensione quantitativa, che qualitativa della valutazione. Dato il carattere confidenziale che spesso connota questa componente, i due report sono indirizzati alla direzione con esplicita richiesta di un utilizzo delle informazioni che assicuri l'anonimato e la tutela dei rispondenti.
- Vengono inoltre predisposti tre set specifici di materiali di presentazione dei risultati in formato *slide powerpoint*, diversificate, a livello di approfondimento, per destinatario (direzione, responsabili delle cure, delle *équipes* e dei servizi; personale; familiari e residenti). Le *slides* di presentazione vengono consegnate alla direzione, di modo che possano essere disponibili per successivi momenti di approfondimento interno delle valutazioni.

A conclusione dell'intero ciclo di rilevazione di ciascuna delle tre classi dimensionali di appartenenza delle CpA, nel corso di una presentazione dei risultati del gruppo alle direzioni, ai/responsabili delle cure e a rappresentanti del gruppo di accompagnamento, dell'UACD e dell'Ufficio del medico cantonale, a ogni CpA viene consegnato un ulteriore report (Report 4 di *benchmarking*) che consente, a ciascuna struttura, di posizionare i propri esiti a livello complessivo, di prestazioni/macroaree, di insiemi di fattori di qualità delle CpA e di singoli *item*, rispetto al proprio gruppo di appartenenza (media, minimo e massimo del gruppo e media della regione geografica di appartenenza), nel rispetto dell'anonimato delle strutture.

La DASF, oltre al presente rapporto, riceve i report 1 di ciascuna CpA, il report di *benchmarking* dei tre gruppi di CpA e le relative *slides* di presentazione dei risultati.

### 2.3.5 Svolgimento dell'indagine

La raccolta dati e la somministrazione delle interviste ha coperto un asse temporale di tre anni (gennaio 2016 - gennaio 2019) ed ha coinvolto 64 CpA.

Il *team* di progetto ha ulteriormente affinato la procedura di svolgimento dell'indagine, predisponendo un set di materiali da inviare a ciascuna CpA circa un mese prima dell'avvio della rilevazione, previo contatto telefonico con la direzione, composto da:

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

- un documento di riepilogo della metodologia (con dettaglio di quanto richiesto alle diverse figure coinvolte) rivolto alla direzione;
- materiale di presentazione del progetto (*slides powerpoint*), qualora la CpA decidesse di organizzare specifici incontri<sup>119</sup>;
- scheda informativa della CpA<sup>120</sup> da aggiornare (si invia quella ricevuta l'ultima rilevazione di modo che le CpA possano riportare solo ciò che è cambiato nel triennio) ;
- lettera tipo di accompagnamento ai questionari rivolti ai familiari/persone di riferimento;
- locandina di annuncio dell'indagine;
- lettera tipo di richiamo ai familiari per il sollecito a partecipare;
- istruzioni per l'estrapolazione dei dati RAI NH© e per la corretta compilazione degli ulteriori campi che consentono la definizione dei criteri di inclusione ed esclusione delle persone residenti, con relativo foglio Excel in cui verranno copiati i dati, anonimizzati, da rendere al *team* di progetto. I documenti vengono inviati in copia anche al/alla responsabile delle cure;
- lettera tipo di invito dei familiari/persone di riferimento all'incontro di presentazione dei risultati.

Dal momento dell'avvio della rilevazione fino alla fase di presentazione dei risultati, il contatto tra il *team* di progetto e le singole CpA è continuo e prevede le seguenti tappe:

- contatto preliminare per la definizione dell'organizzazione della rilevazione con le singole CpA (tempi dell'indagine e pianificazione degli incontri) e richiesta alla direzione di individuare il contenuto dell'eventuale domanda aggiuntiva, legata a specifici progetti di miglioramento e cambiamenti introdotti dalla CpA nel corso del triennio precedente, da inserire negli strumenti di indagine.

Nel corso di questa terza rilevazione 30 CpA<sup>121</sup>, pari al 31% del totale, hanno approfittato di questa possibilità indagando contenuti che vanno dall'introduzione di innovazioni nella ristorazione della CpA (interventi sugli orari dei pasti in sala comune e ai piani/riorganizzazione dei pasti ai piani, ambiente e disposizione della sala da pranzo, nuova modalità di presentazione delle portate e di servizio ai tavoli, cura dell'ambiente delle sale pranzo -tavoli, tovaglie, suppellettili-, offerta dell'acqua del rubinetto in sala pranzo -concetto "chilometro zero"; progetto animazione-cucina sull'effettuazione di pranzi a tema, ecc.), alla conoscenza e apprezzamento dell'offerta di terapie non farmacologiche, di terapie complementari, dell'approccio capacitante, dell'estensione all'intera CpA del Metodo Montessori adattato, a sviluppo di progetti di rinnovamento e potenziamento delle attività animative (potenziamento della dotazione di animatrici, per consentire la loro presenza settimanale di 6 giorni su 7 e introduzione di attività serali; introduzione e qualità del momento di animazione/relazione serale fino alle 19.30; apprezzamento dell'aperitivo settimanale, dei concerti di musica classica, dei sabato dedicati al dialetto, delle uscite a cena il venerdì; dei momenti quali i vernissage, canti con gruppi popolari, le feste d'estate e sfilata dei mestieri, le attività con gli invitati di altre case anziani quale ad es. gare di scopa o il festival della canzone; la presenza

---

<sup>119</sup> Nel corso dei primi due cicli di rilevazioni il *team* di progetto ha effettuato incontri di presentazione degli obiettivi e della metodologia dell'indagine al personale, ai residenti e ai familiari/persone di riferimento di tutte le CpA. A partire dalla terza rilevazione, ormai consolidato il progetto, alle strutture viene inviato il materiale di presentazione per l'organizzazione di eventuali incontri interni.

<sup>120</sup> La scheda rileva ulteriori informazioni mirate a rendere le valutazioni delle persone residenti il più pertinenti possibile. Contiene, ad esempio, le nuove figure professionali eventualmente presenti (specialista in attivazione), le attività proposte, eventuali nuovi interventi introdotti (musicoterapia, *pet-therapy*, ecc.), i professionisti che si occupano della fisioterapia, ergoterapia, animazione, ecc., di modo da poter formulare le domande utilizzando il "linguaggio" di ciascuna CpA (ad es. la denominazione di specifiche attività), circostanziando bene che cosa dovrà valutare la persona.

<sup>121</sup> Di cui 9 CpA  $\geq$  81 pl. (60% del totale del gruppo), 5 CpA tra 51 e 80 pl. (19%) e 6 CpA  $\leq$  50 pl. (27%).

del gatto in casa), alla riorganizzazione dei turni di lavoro del personale finalizzata a rafforzare la presenza degli operatori nelle ore pomeridiane, alla valutazione dell'opportunità della presenza in CpA di medici geriatri, al posto del proprio medico di famiglia, in CpA, alla rivalorizzazione di alcuni spazi comuni (disposizione del soggiorno e della saletta pranzo al piano) fino a progetti relativi al coinvolgimento e all'*empowerment* delle famiglie e delle persone residenti (esigenza di un maggior coinvolgimento di famiglie e persone di riferimento nella vita e nelle attività della CpA: interesse a partecipare a riunioni informative e scambio di opinioni, a uscite ed eventi; utilità dell'introduzione di uno sportello residenti e familiari; ruolo e utilità del Comitato ospiti e persone a loro vicine; utilità della Family conference per la persona residente e per la famiglia, nuovo contratto d'accoglienza);

- incontro di presentazione del progetto (solo per le CpA nuove o in caso di cambio della direzione e/o del/della responsabile delle cure);
- contatti per la pianificazione e l'organizzazione delle interviste ai residenti e incontro/i di verifica e attualizzazione dei dati inerenti l'utenza (criteri di inclusione ed esclusione);
- consegna alle CpA del materiale per la rilevazione rivolta ai familiari/persone di riferimento (questionari, istruzioni per la compilazione *online*, buste preaffrancate per l'invio alla SUPSI) ;
- invio, da parte delle direzioni delle CpA dei questionari rivolti ai familiari/persone di riferimento e richiesta di adesione all'inchiesta a ciascun residente incluso nel progetto;
- il *team* di progetto assicura per l'intera durata della rilevazione un supporto informativo alla compilazione del questionario a familiari e persone di riferimento;
- somministrazione delle interviste faccia a faccia alle persone residenti, dopo un'ulteriore verifica del consenso da parte delle ricercatrici. È prevista anche la possibilità di consegnare il questionario al diretto interessato per l'auto-compilazione, ma in questa terza rilevazione tuttavia nessuno ha scelto questa opzione;
- alla scadenza del tempo previsto per la compilazione dei questionari da parte dei familiari, invio della lettera di richiamo da parte delle direzioni;
- inserimento ed elaborazione dei dati raccolti nel corso dell'indagine (familiari e residenti), preparazione dei report di risultato e del relativo materiale di presentazione degli stessi;
- a circa tre/quattro mesi dall'avvio dell'inchiesta vengono pianificati gli incontri di presentazione degli esiti dell'indagine, con comunicazione/invito di data e orario, da parte della direzione della CpA, al personale, alle persone residenti e ai familiari e consegnati i report di risultato alla direzione della struttura;
- effettuazione degli incontri di presentazione dei risultati al *team* di direzione delle CpA, al personale (anche più d'uno), alle persone residenti e ai familiari (anche due, in orari diversificati al fine di favorire la massima partecipazione). A questi incontri partecipano, quando possibile, anche rappresentanti dell'UACD. A tali momenti di restituzione si è posta particolare attenzione al fine di contribuire ad avvicinare il punto di vista di tutti gli attori del servizio, a condividere spunti e riflessioni di miglioramento.
- organizzazione ed effettuazione di ulteriori incontri di presentazione dei risultati, su specifica richiesta delle direzioni delle CpA, ai Consigli degli enti proprietari delle CpA (Municipi, Fondazioni, ecc.);
- al termine dell'effettuazione delle rilevazioni di ciascuno dei tre gruppi dimensionali di CpA (grandi, medie, piccole), il *team* di progetto elabora, per ciascuna CpA e per la DASF, i *report* di *benchmarking*;
- comunicazione, organizzazione ed effettuazione degli incontri di presentazione dei risultati dell'analisi di *benchmarking*, da parte della capoprogetto DASF, di rappresentanti dell'ADICASI e del *team* di progetto SUPSI, alle direzioni ed ai quadri delle CpA di ciascun gruppo.

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

Nel corso di questa terza rilevazione il team di progetto ha effettuato 64 incontri di presentazione dei risultati (di circa 2 ore) alle direzioni e ai quadri delle CpA, 68 incontri con il personale (di 1 ora e mezza circa) e 76 con residenti e familiari (tra 1 e 2 ore). Le tante presentazioni effettuate sono risultate, seppur nella grande differenziazione di partecipazione, estremamente interessanti, propositive e costruttive.

Allegato 7: Indice requisito ISO 9001:2015

## **1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

## **2. RIFERIMENTI NORMATIVI**

## **3. TERMINI E DEFINIZIONI**

## **4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE**

- 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto
- 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate
- 4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità
- 4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi

## **5. LEADERSHIP**

- 5.1 Leadership e impegno, focalizzazione sul cliente
- 5.2 Politica, stabilire e comunicare la politica per la qualità
- 5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

## **6. PIANIFICAZIONE**

- 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
- 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento
- 6.3 Pianificazione delle modifiche

## **7. SUPPORTO**

- 7.1 Risorse (persone, infrastruttura, ambiente per il funzionamento dei processi, risorse per il monitoraggio e la misurazione)
- 7.2 Competenza
- 7.3 Consapevolezza
- 7.4 Comunicazione
- 7.5 Informazioni documentate: creazione, aggiornamento e controllo delle informazioni documentate

## **8. ATTIVITÀ OPERATIVE**

- 8.1 Pianificazione e controllo operativi
- 8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi
  - Comunicazione con il cliente
  - Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi
  - Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi
  - Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi
- 8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi
- 8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno
- 8.5 Produzione ed erogazione dei servizi. Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi
- 8.6 Rilascio di prodotti e servizi
- 8.7 Controllo degli output non conformi

## **9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

- 9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione delle prestazioni e soddisfazione del cliente (analisi e valutazione)
- 9.2 Audit interno
- 9.3 Riesame di direzione

## **10 MIGLIORAMENTO**

- 10.1 Non conformità e azioni correttive
- 10.2 Miglioramento continuo

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

Allegato 8 Tabella riassuntiva delle risorse necessarie

Tipo di risorsa	Servizio coinvolto	Attività da svolgere
interna	Tutti i servizi	Coordinamento tra i vari Servizi dell'Ufficio per la documentazione e l'immagine corporate
interna	Tutti i servizi	Gestione della documentazione dell'Ufficio
interna	Servizio CpA	Coordinamento con capo progetto SODDI per CpA
interna	Servizio CpA	Analisi "Rapporti sulle iniziative di miglioramento intraprese"
interna	Servizio CpA	Stesura rapporto e condivisione alle CpA
interna	Servizio CpA	Analisi rapporti autovalutazione
interna	Servizio CpA	Stesura rapporto di sintesi
interna	Servizio CpA	Lettura rapporti SODDI
interna	Servizio CpA	Coinvolgimento nei feedback alle CpA
interna	Servizio CpA e SACD	Coordinamento gruppo di lavoro sulla promozione della qualità
interna o esterna	Tutti servizi tranne inf. Indipendenti	Definizione profilo, mansionario e formazione continua figure di Responsabile qualità e gestore qualità
esterna	Servizio CpA e SACD	indagine stato attuale della gestione della qualità nelle strutture
interna o esterna	Tutti servizi tranne inf. Indipendenti (giornate Curacasa già disponibile)	Coordinare formazione continua in qualità
interna	Infermieri indipendenti	Lettura rapporti autovalutazione
interna	Infermieri indipendenti	Rapporto di sintesi e pubblicazione

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

interna con collaborazione esterna	Tutti servizi	Implementazione di un SGQ all'UACD
interna		Mantenimento SGQ

## Bibliografia e sitografia

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). *Types of Health Care Quality Measures*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>
- Agenzia svizzera di accreditamento e garanzia della qualità. (2020). Garanzia della qualità. Retrieved February 2, 2020, from <https://aaq.ch/it/>
- Alderwick, Hugh; Charles, Anna; Jones, Bryan; Warburton, W. (2017). Making the case for quality improvement: lessons for NHS boards and leaders. In *The King's Fund*. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement>
- Andreini, P. (2000). *Qualità Certificazione Competitività*. Milano: Ulrico Hoepli Milano.
- Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche. (2020). Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal): Renforcement de la qualité et de l'économicité - La table ronde. Retrieved March 21, 2020, from [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/01/Q-Day\\_2020\\_Handout\\_Table-ronde\\_LAMal.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/01/Q-Day_2020_Handout_Table-ronde_LAMal.pdf)
- Associazione PIPA. (2020). Progetto: Prevenzione delle cadute nelle case anziani. Retrieved March 25, 2020, from [https://www.lnrg.ch/pipa/index.php?link=project6\\_prevenzione\\_cadute&pid=15](https://www.lnrg.ch/pipa/index.php?link=project6_prevenzione_cadute&pid=15)
- Associazione Svizzera degli infermieri. (2020). Linee Guida Procedura per diventare Indipendenti. Retrieved June 11, 2020, from <https://www.asiticino.ch/indipendenti/procedura-per-diventare-indipendenti/>
- Australian National Audit Office. (1999). *Corporate Governance in Commonwealth Authorities and Companies*.
- Borzel, T., Pamuk, Y., & Stahn, A. (2008). *Good Governance in the European Union*.
- Branca, F., Gulfi, C., Ragone, M., & Gschwend, E. (2020). *Pianificazione integrata dei settori strutture per anziani, assistenza e cure a domicilio e servizi di mantenimento a domicilio Specifiche per i mandati PER I MANDATI*.
- Cartabellotta, A. C. (2009). Struttura, processo, esito: Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria? Retrieved March 25, 2020, from GilMBEnews website: <https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/102/struttura-processo-esito-quali-indicatori-misurano-la-qualit%C3/articolo>
- Cavalli, S., & Corna, L. (2020). *Il ritratto dell'anziano di domani* (Vol. 2020).
- Charlanne, D., Casagrande, A., & Parayre, C. (2008). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. In *Anesm*. Retrieved from [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)
- Coluccia, A., Ferretti, F., & Cioffi, R. (2009). Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 31(3 SUPPL. B), 31–41. Retrieved from [http://www.timeoutintensiva.it/tecne\\_data/31\\_14\\_Qualità\\_Percepita\\_in\\_sanità.pdf](http://www.timeoutintensiva.it/tecne_data/31_14_Qualità_Percepita_in_sanità.pdf)
- Comité Européen de normalisation. (2015). *Systèmes de management de la qualité - Exigences (ISO 9001 : 2015)*.
- Confederazione Svizzera. (2015). Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente. Retrieved March 17, 2020, from Il portale del Governo svizzero website: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20111795/index.html>
- Confederazione Svizzera. *Legge federale sull'assicurazione malattie (LaMal) (Rafforzamento della qualità e dell'economicità)*. , (2019).
- Confederazione Svizzera - Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. (2016). *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) 2017-2024*. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/strategia-mnt.pdf>

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

- Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino. *Regolamento sui requisiti essenziali di qualità cura a domicilio.* , (2011).
- Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino. *Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni.* , (2011).
- Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino. *Regolamento d'applicazione della Legge sull'assistenza e cura a domicilio.* , (2012).
- Curacasa. (2020). Curacasa. Retrieved from <https://www.curacasa.ch/page/15>
- Curaviva. (2018). *Factsheet sugli Indicatori di qualità per le cure stazionarie di lunga durata – Visione d'insieme* (pp. 1–7). pp. 1–7. Retrieved from [https://www.curaviva.ch/files/SPT3C69/indicatori\\_di\\_qualita\\_factsheet\\_visione\\_dinsieme.pdf](https://www.curaviva.ch/files/SPT3C69/indicatori_di_qualita_factsheet_visione_dinsieme.pdf)
- De Pietro, C. (2020). *Cosa significa fare pianificazione integrata.*
- Dipartimento della Funzione Pubblica. (2015). Rilevazione qualità effettiva servizi. Retrieved from Strumenti Iniziative Risorse Newsletter website: <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/customer-satisfaction-management/rilevazione-qualita-effettiva-servizi/index.html>
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. *Istituti per anziani: Mansionario del direttore sanitario.* , (2008).
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. *Criteri costruttivi minimi per una casa anziani medicalizzata e procedura per la richiesta di sussidi.* , (2009).
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. *Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio.* , (2012).
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. *Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale.* , (2013).
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. *Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale.* , (2013).
- Dipartimento della Sanità e della Socialità. (2020). *Contratto di prestazione tra la Repubblica e Cantone Ticino e l'infermiere/a indipendente relativo all'erogazione delle prestazioni 2020.*
- Dipartimento della Sanità e della Socialità - Ufficio degli invalidi. *Direttiva numero 3 – DSS / UI : 2016 Istituti per invalidi – garanzia di qualità Condizioni qualitative per istituti per invalidi riconosciuti e requisiti di conformità dei sistemi di gestione della qualità nel Canton Ticino.* , (2016).
- ehti.ch. (2018). *La cartella informatizzata del paziente (CIP) - informazioni in breve per la popolazione.* Retrieved from <https://www.ehti.ch/cip/>
- Estabrooks, C. A., Knopp-Sihota, J. A., & Norton, P. G. (2013). Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Research Notes*, 6(1), 0–5. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-460>
- Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino. *Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) (30 novembre 2010).* , (2010).
- Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino. *Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD).* , (2010).
- Groupe Bienveillance FORAP-HAS. (2012). *Le déploiement de la bienveillance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD.* Retrieved from [www.forap.fr](http://www.forap.fr)
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Haute Autorité de Santé - La HAS en bref.* Retrieved from

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_452559/fr/la-has-en-bref?portal=p\\_3058934](https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref?portal=p_3058934)

Il Consiglio di Stato. *Risoluzione governativa 6235*. , (2019).

Il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino. *Regolamento d'applicazione della legge concernente il promovimento , il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane*. , (2012).

Il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino. *Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan)*. , 1 § (1989).

Il medico cantonale. *Direttiva sulle qualifiche minime del personale curante a dipendenza delle prestazioni erogate nei servizi di assistenza e cura a domicilio*. , (2011).

Lomazzi, L. (2020). *Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita nelle case per anziani: il punto di vista dei residenti e delle persone a loro vicine: Principali esiti (2016-2018) e spunti di riflessione a dieci anni dalla prima rilevazione*.

Motta, S. (2016). Sanità elettronica. *SPITEX Rivista*, (5). Retrieved from <https://www.spitex.ch/files/RWUL8BO/Spitex-Rivista-5-2016.pdf>

OCDE. (2012). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé - Suisse*. EditionsOCDE.

Office fédéral de la santé publique OFSP. (1997). *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou de programmes de santé*. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evaluation/1997-leitfaden-planung-evaluation-bag.pdf.download.pdf/1997-guide-ofsp-planification-evaluation-f.pdf>

OMS - Groupe de la Banque mondiale - OCDE. (2019). *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

Oneview. (2013). The eight principles of quality management. Retrieved February 4, 2020, from <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>

Payne, K., & Richie, F. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Retrieved from <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>

Qsys. (2019). *Indicatori di Qualità RAI e INQ*.

Qualitiamo. (2020a). Il calendario degli avvenimenti della qualità'. Retrieved February 5, 2020, from <https://www.qualitiamo.com/date/tabella.html>

Qualitiamo. (2020b). Tipi e tipologia della qualità. Retrieved February 4, 2020, from <https://qualitiamo.com/due-parole/tipologie-qualita.html>

*Rapporto di commissione della gestione e delle finanze R 5478*. (2004). Retrieved from [http://m4.ti.ch/fileadmin/POTERI/GC/allegati/rapporti/8701\\_5478r.doc](http://m4.ti.ch/fileadmin/POTERI/GC/allegati/rapporti/8701_5478r.doc)

Repubblica e Cantone Ticino. (2020). *Contratto 2020 ABAD*.

Schwappach, L., & Conen, D. (2012). Patient safety - who cares? *Swiss Medical Weekly*, 142(13634). <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13634>

Sicurezza dei pazienti svizzera. (2019). progress! La sécurité de la médication en EMS. Retrieved from Programmes progress! website: <https://www.securitedespatients.ch/programmes-progress/la-securite-de-la-medication-en-ems/>

SUPSI DEASS. (2019). Rilevazione della qualità percepita nelle strutture e nei servizi per anziani. Retrieved January 30, 2020, from <http://www2.supsi.ch/cms/ispas/s045/>

The Health Foundation. (2015). *Evaluation: What to Consider: commonly asked questions about how to approach evaluation of quality improvement in healthcare*. Retrieved from <http://www.health.org.uk/sites/default/files/EvaluationWhatToConsider.pdf>

Ufficio degli anziani. (2005). *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*. Retrieved from [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/PDF/ANZIANI/direttive\\_contratto\\_di\\_prestazioni/Catalogo\\_delle\\_prestazioni\\_Anziani.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/PDF/ANZIANI/direttive_contratto_di_prestazioni/Catalogo_delle_prestazioni_Anziani.pdf)

## Valutazione dell'adeguatezza del sistema di monitoraggio della qualità

- Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio. *Contratto di prestazione tra la Repubblica e Cantone Ticino e la casa per anziani.* , (2015).
- Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio. (2020). *Contratto di prestazione relativo all'erogazione delle prestazioni 2020 tra Cantone e i SADC.*
- Ufficio federale della sanità pubblica. (2019). Qualità e sicurezza dei pazienti. Retrieved March 15, 2020, from <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>
- Ufficio Federale della Sanità Pubblica. (2020). Modifica di LAMal e OAMal : rafforzamento della qualità e dell ' economicità. Retrieved April 30, 2020, from <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>
- Ufficio medico cantonale. *Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani.* , (2003).
- Ufficio medico cantonale. (2008). *Mansionario del direttore sanitario.*
- UNI ente italiano di normazione. (n.d.). *Quality management systems - Fundamentals and vocabulary (ISO 9000:2005).*
- UNI ente italiano di normazione. (2015). *Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti* (pp. 1–37). pp. 1–37.
- Vincent, C., & Staines, A. (2019a). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse.*
- Vincent, C., & Staines, A. (2019b). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse.* Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/news/news-08-11-2019.html>
- World health Organisation. (2020). What Is Quality and Why Is It Important ? Retrieved February 4, 2020, from Who website: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/)