UNIVERSITÀ
DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
ECONOMICHE E AZIENDALI

La Leadership in Sanità

ANTONELLO ZANGRANDI

GIANLUCA LANZA

SIMONE FANELLI

Research Question

We built a survey questionnaire, inspired by JCI standards, to study leadership impact on quality improvement processes

- RQ1: how hospital measure quality performance?
- RQ2: how hospital define goals and processes?
- RQ3: managers and professionals satisfaction with quality performance system implemented in their organization
- RQ4: difficulties in the performance improvement process

Gli standard di riferimento 1

Standard EM	Content
GDL 1.1, EM 5	Those responsible for governance appoint, and annually evaluate, the hospital's chief executive(s) using established criteria and process
GDL 2, EM 4	The chief executive(s) ensures compliance with approved policies
GLD3, EM 4	Hospital leadership ensures that policies and procedures are followed.
GDL 3.1, EM 3	Hospital leadership provides data and information on the quality of its services to stakeholders. (Also see QPS.6, ME 4)
GLD 3.2, EM 2	Hospital leadership ensures effective communication among clinical and nonclinical departments, services, and individual staff members.
GDL 4 E 4.1	Hospital leadership plans, develops, and implements a quality improvement and patient safety program. Hospital leadership communicates quality improvement and patient safety information to governance and hospital staff on a regular basis.
GLD 5, EM 4	Hospital leadership assesses the impact of hospitalwide and departmental/service improvements on efficiency and resource use. (Also see QPS.5)
QPS 5	The data analysis process includes at least one determination per year of the impact of hospitalwide priority improvements on cost and efficiency.

Gli standard di riferimento 2

Standard EM	Content
GDL 8	Medical, nursing, and other leaders of departments and clinical services have special responsibilities to patients and to the hospital. These department/service leaders: ▪ support good communication between professionals; ▪ jointly plan and develop policies; clinical guidelines; and related protocols, pathways, and other documents that guide the delivery of clinical services; ▪ provide for the ethical practice of their professions; and ▪ oversee the quality of patient care. (Also see GLD.11.2 and GLD.12.1)
GLD 11.1	Department/service leaders of clinical departments or services select and implement quality and patient safety measures specific to the scope of services provided by the department or service and useful in the evaluation of the physicians, nurses, and other professional staff participating in the clinical care processes.
GDL 11.2	The goals of hospitals include: ▪ standardizing clinical care processes; ▪ reducing risks within care processes, particularly those associated with critical decision steps; ▪ providing clinical care in a timely, effective manner using available resources efficiently; and ▪ consistently delivering high-quality care using evidence-based practices.

Quality Performance

Performance Measurements

- Cost and Efficiency
- Patient Satisfaction
- Financial Dimension
- Quality of Care
  - Outcome
  - Process
  - Structure

Donabedian (1988), The quality of care: how can it be assessed? JAMA, 260, pp. 1743-1748)

Process: refers to what the organization does. Most utilization measures (length of stay, ER visit rate, inpatient days per 1,000) are process measures.

Structure: refers to those characteristics of a hospital, health plan, or health care system which are relatively stable, and create the capacity or opportunity for good quality.

Il case study

We developed 2 different surveys to provide to the organization. In particular:

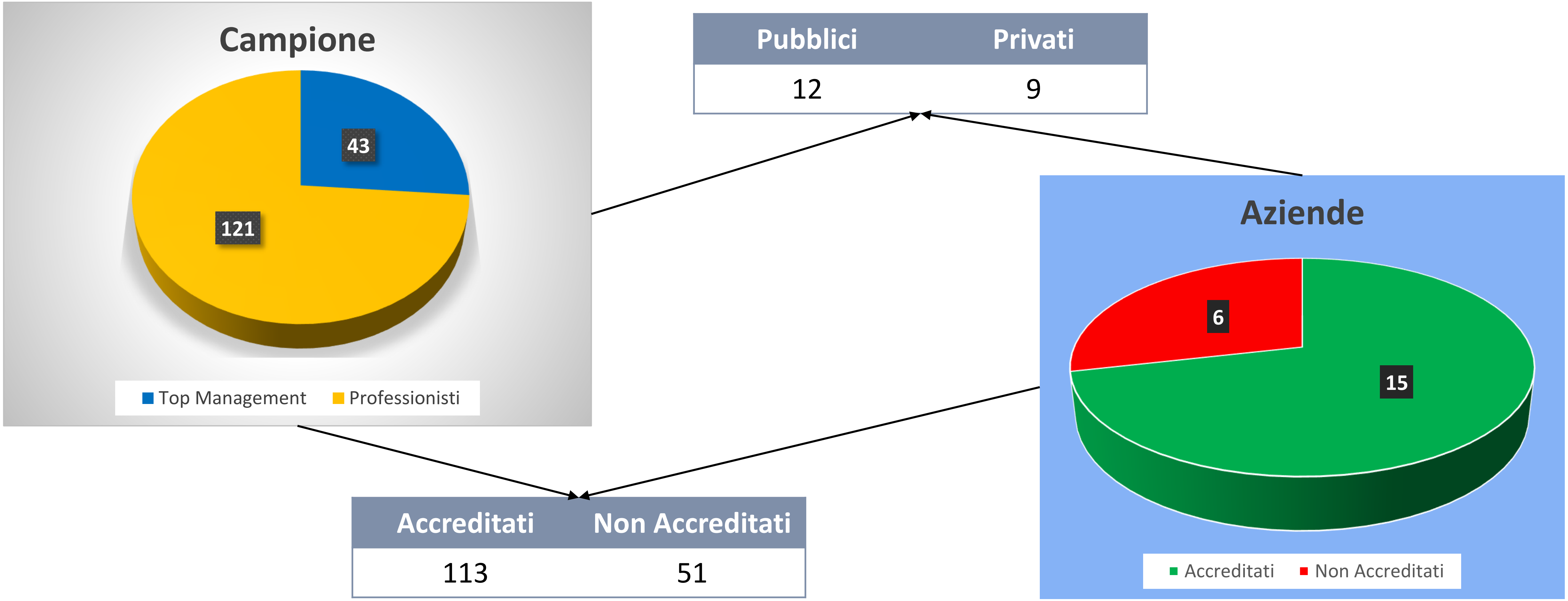
1. *Survey for Top Management of the organization (CEO, CFO, CAO, CMO, …)*

How to focus on quality about processes, outputs, HR, Innovation

2. *Survey for Professionals with managerial roles (Head Physician Unit, Head of Department, Head of Nurse, …)*

How to develop good practices

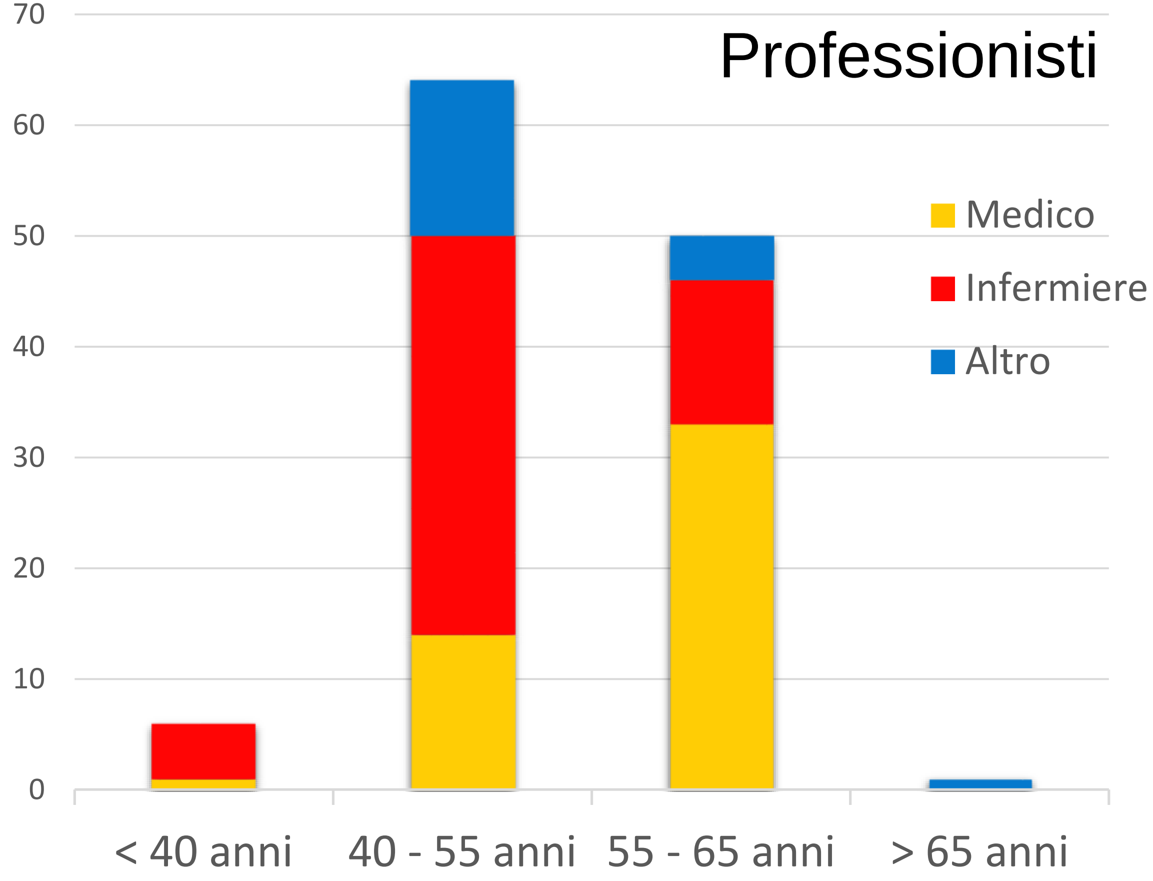
Struttura del campione

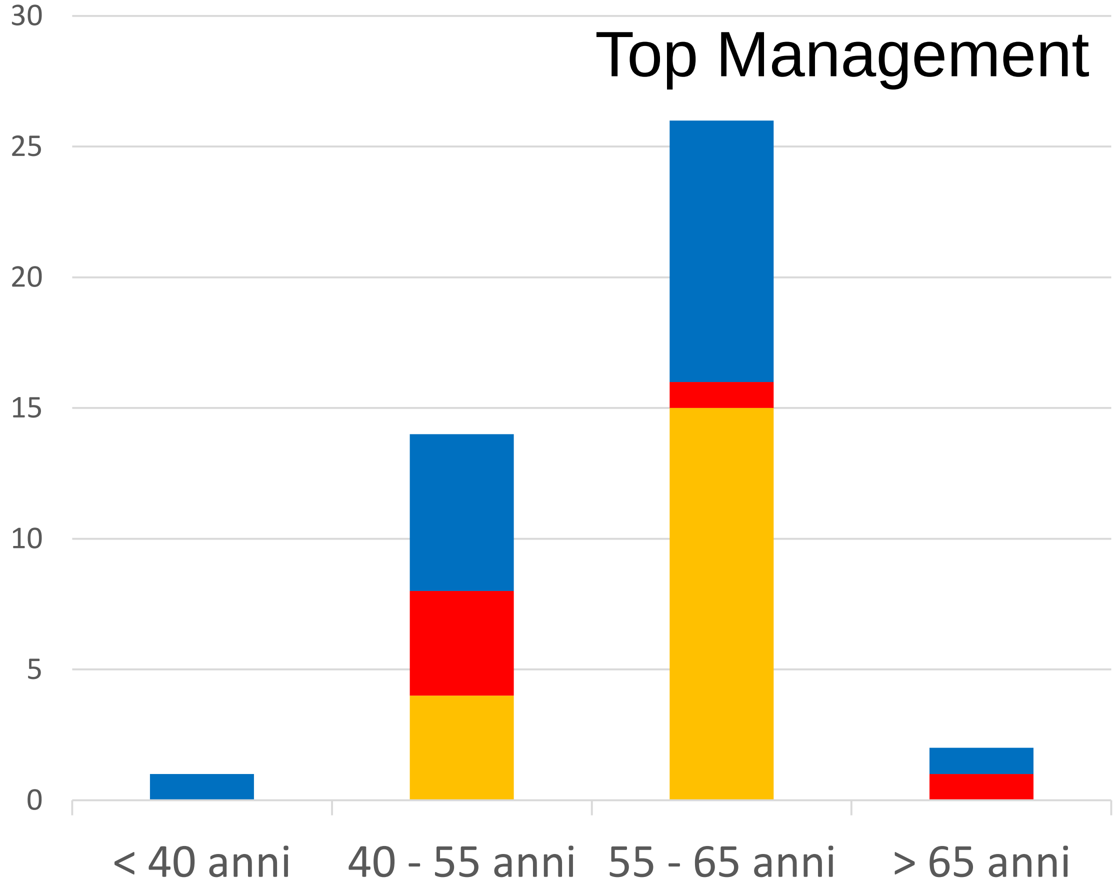


Pubblici	Privati
12	9

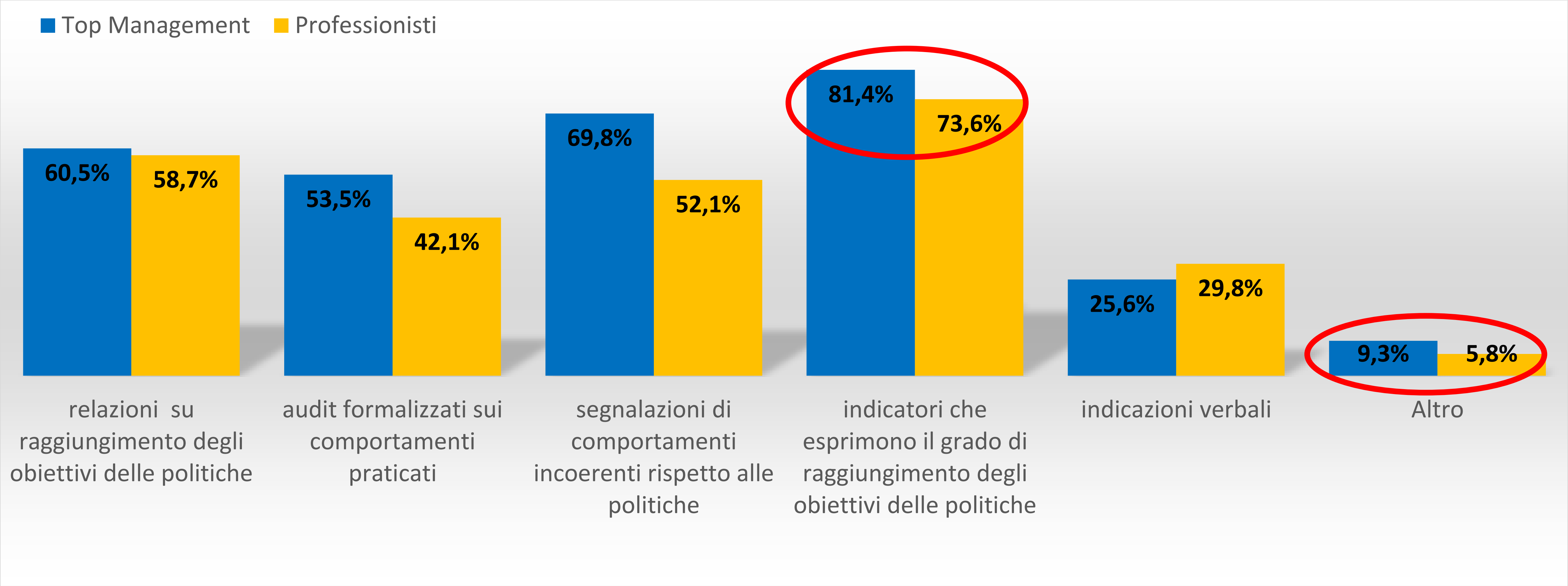
Accreditati	Non Accreditati
113	51

Età e Background degli intervistati

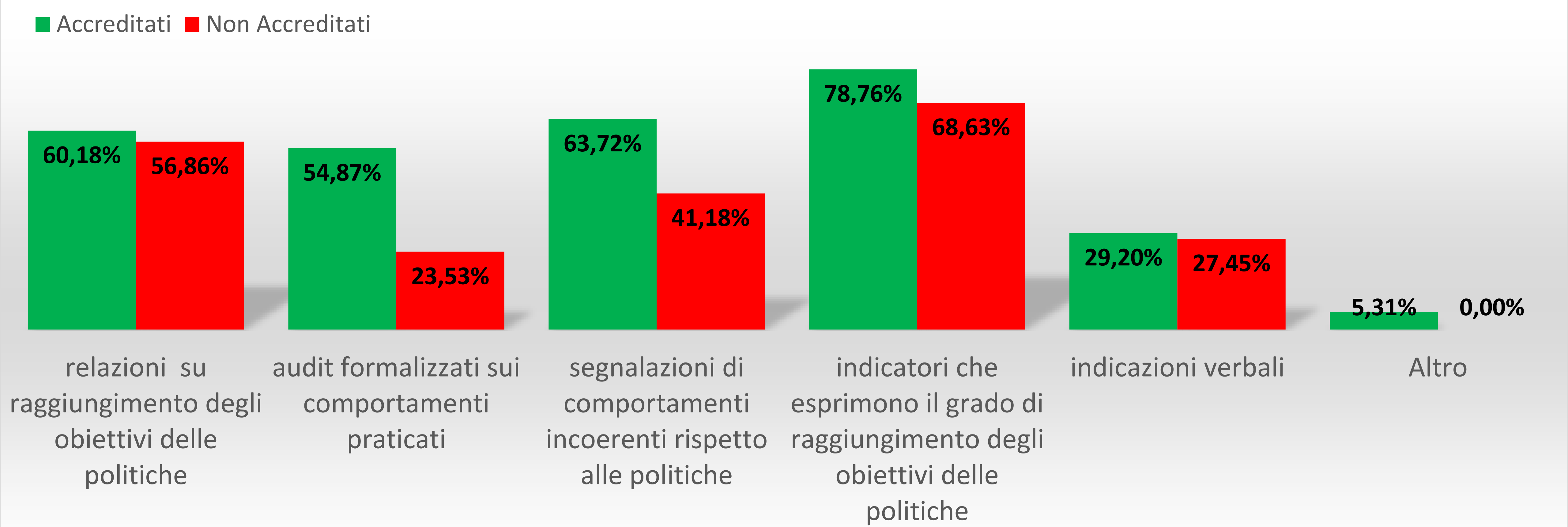

Professionisti


Top Management

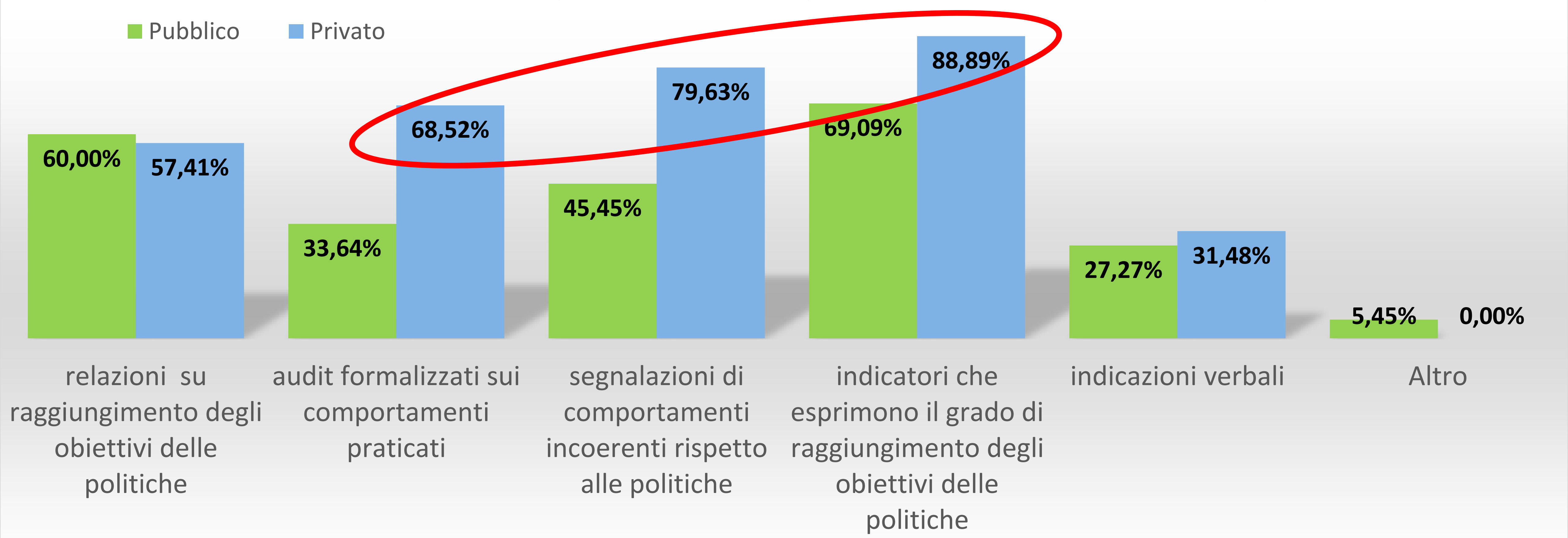
Quali strumenti sono utilizzati per far si che le politiche si traducano in comportamenti?



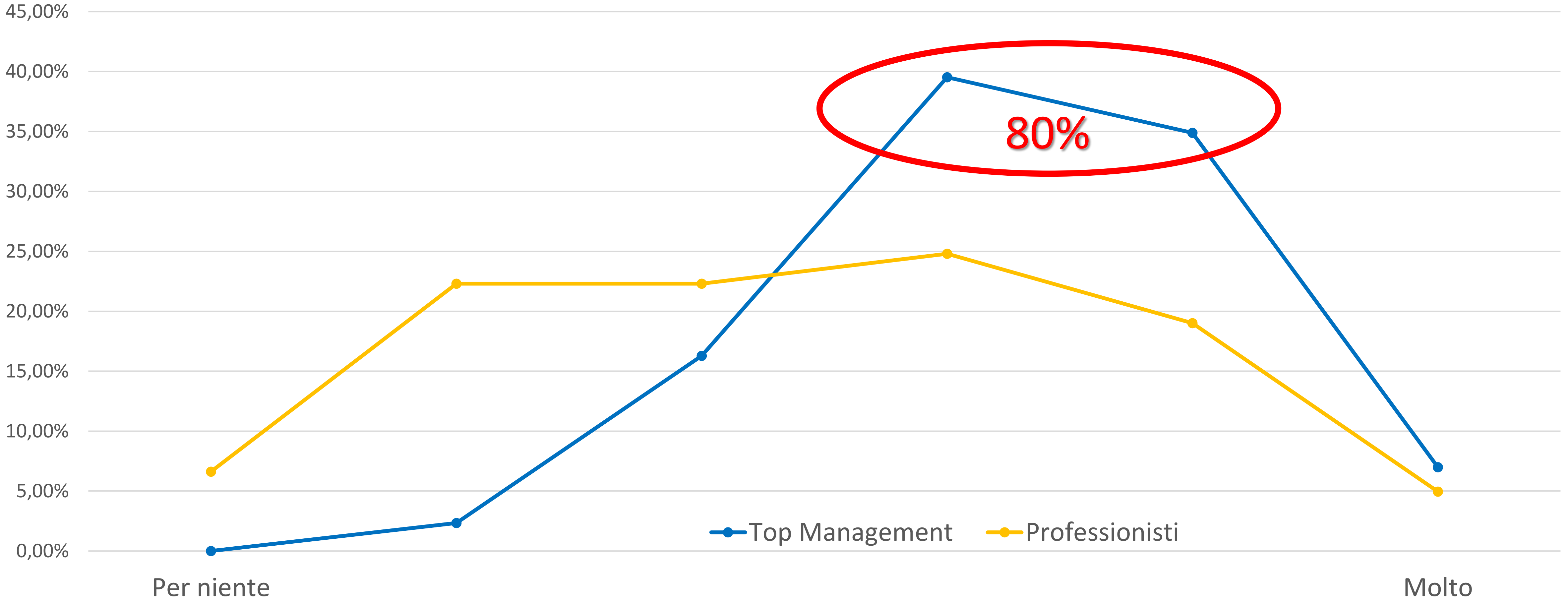
Quali strumenti sono utilizzati per far si che le politiche si traducano in comportamenti?



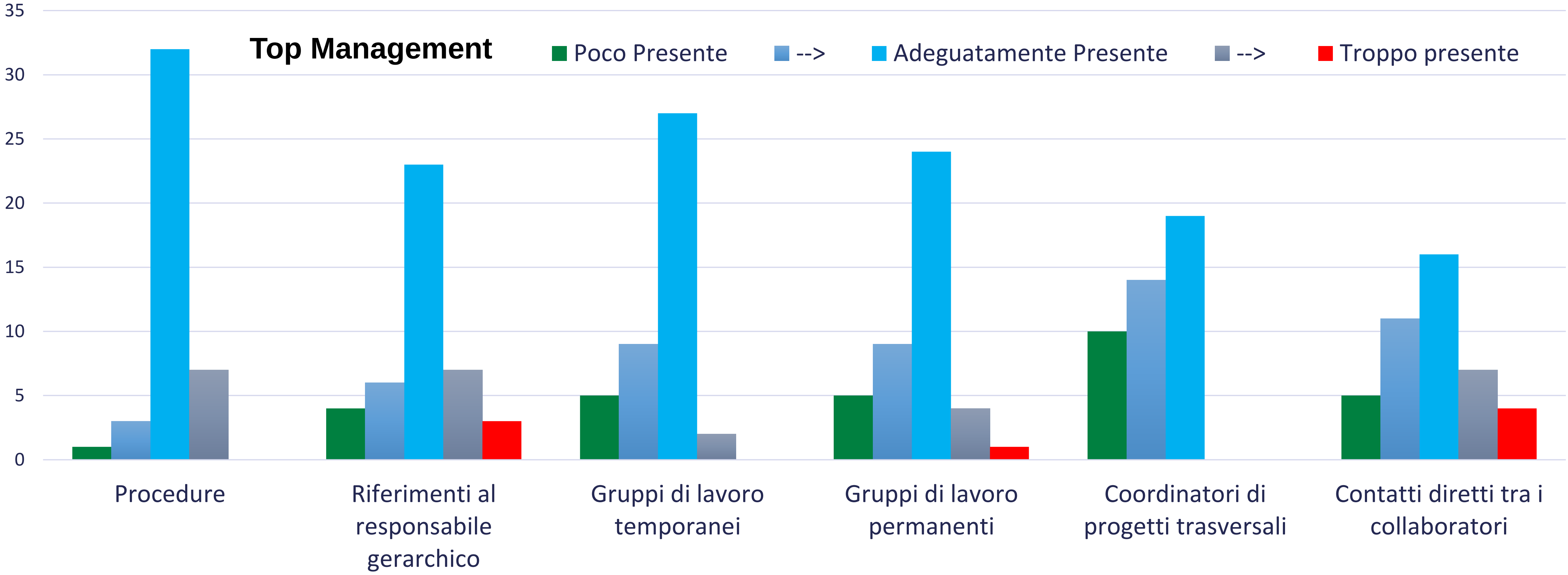
Quali strumenti sono utilizzati per far si che le politiche si traducano in comportamenti?



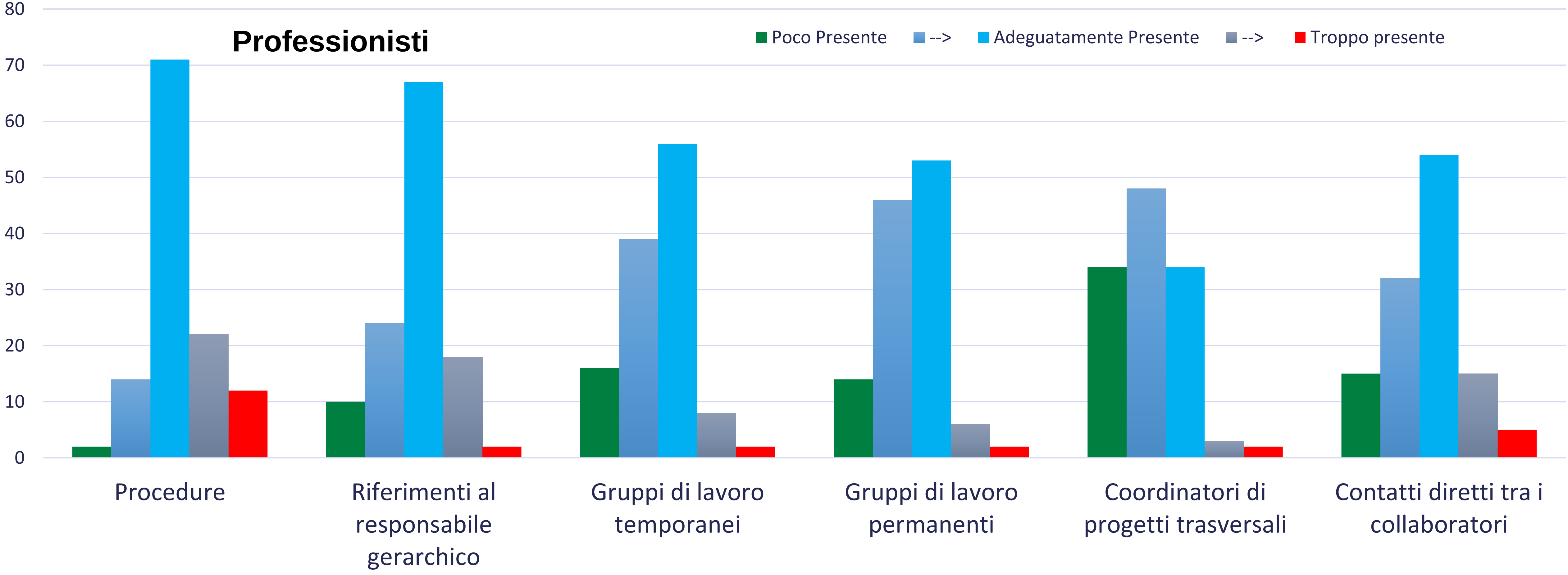
È soddisfatto di come i suoi dirigenti garantiscono che le politiche si traducano in comportamenti?



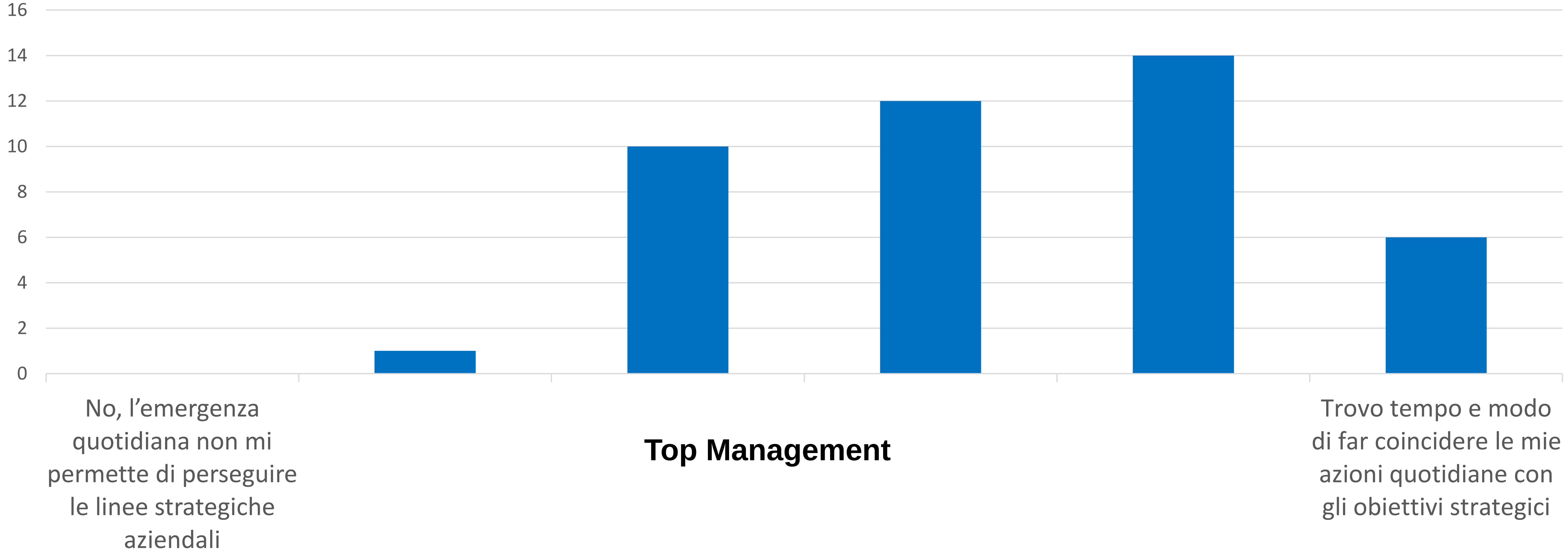
Come considera gli strumenti atti garantire la collaborazione tra dipartimenti?



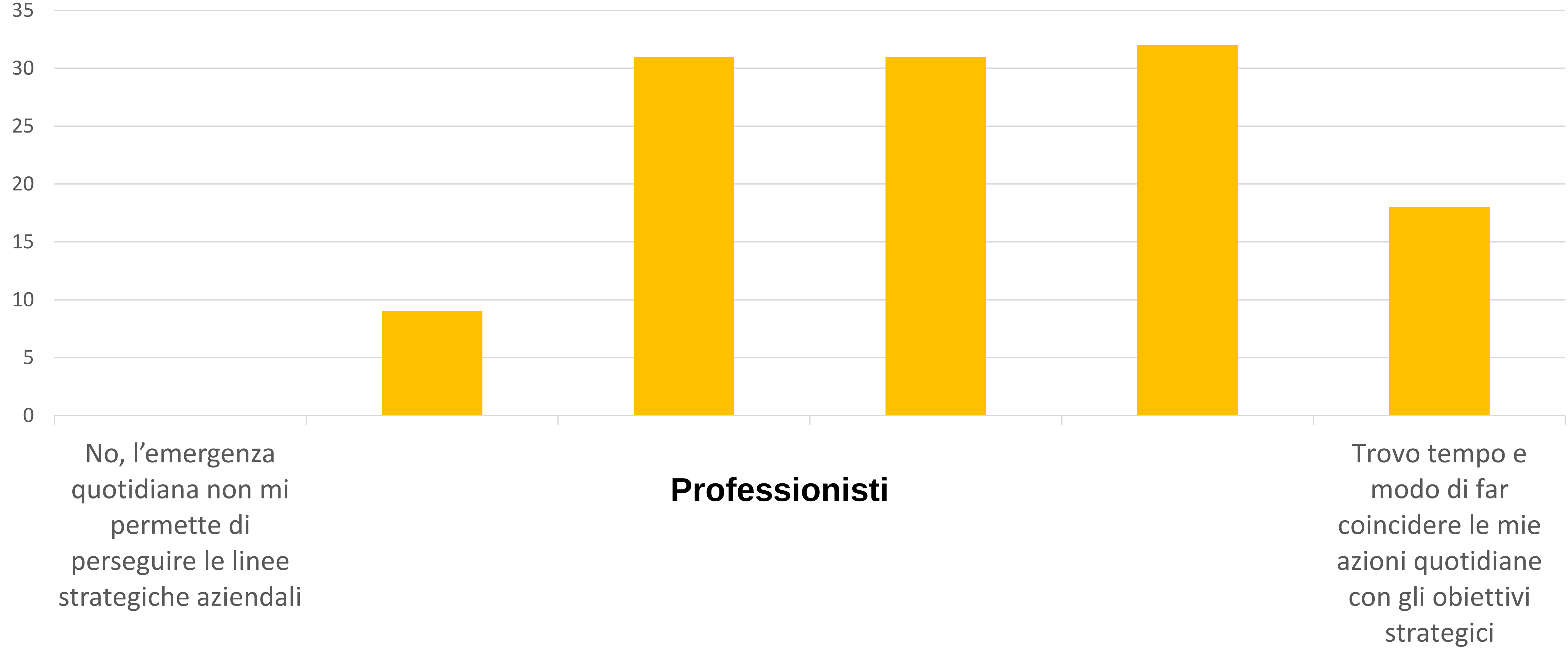
Come considera gli strumenti atti garantire la collaborazione tra dipartimenti?



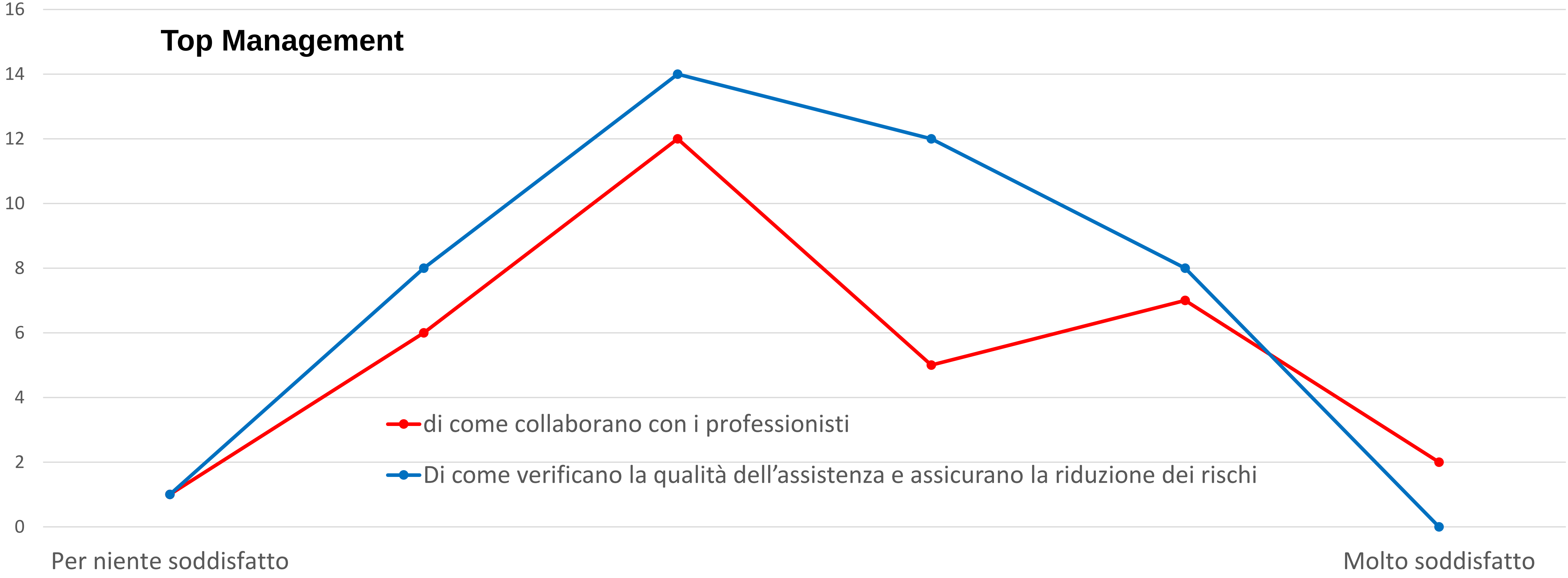
Lei riesce nella sua attività quotidiana a perseguire le linee strategiche dell'ospedale



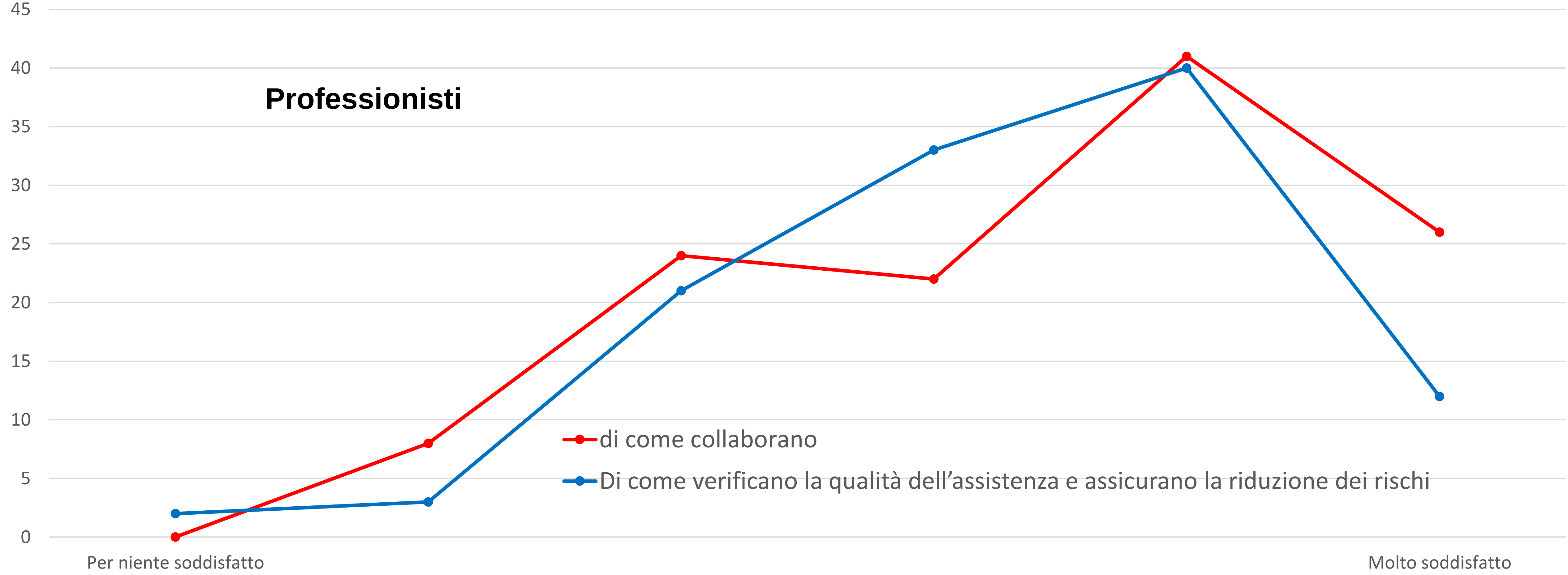
Lei riesce nella sua attività quotidiana a perseguire le linee strategiche dell'ospedale



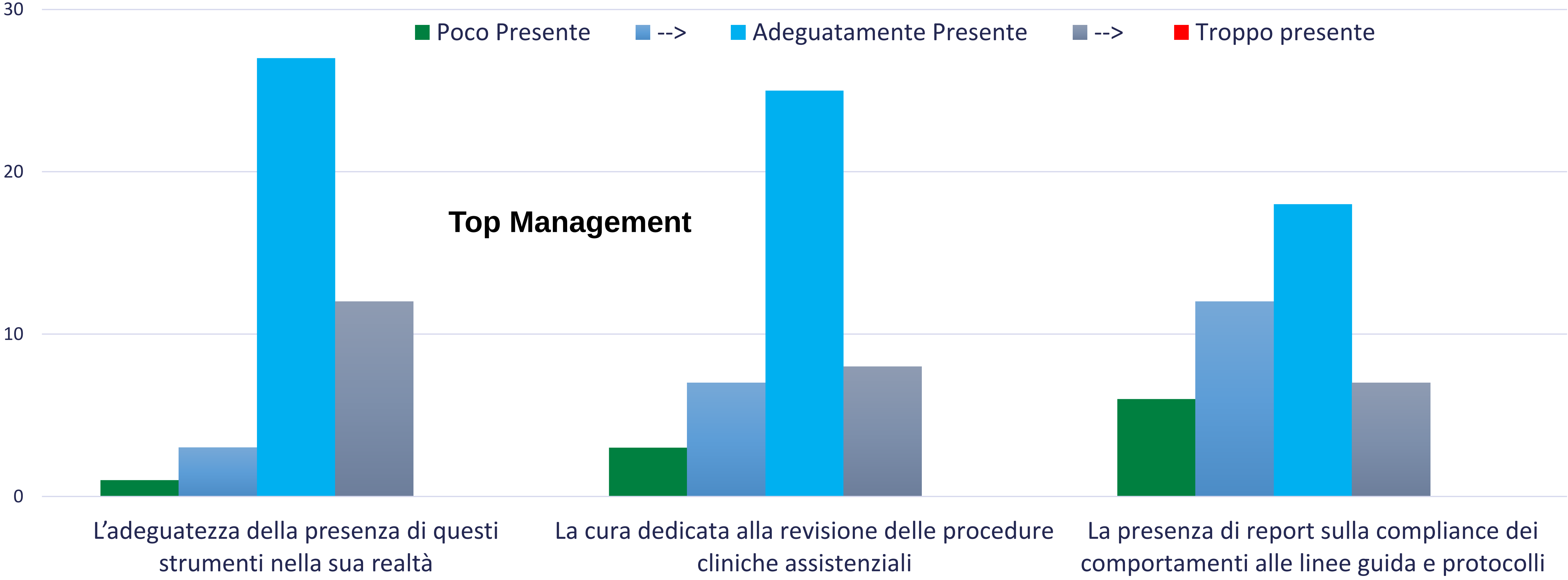
Con riferimento ai direttori di dipartimento e di struttura organizzativa è soddisfatto:



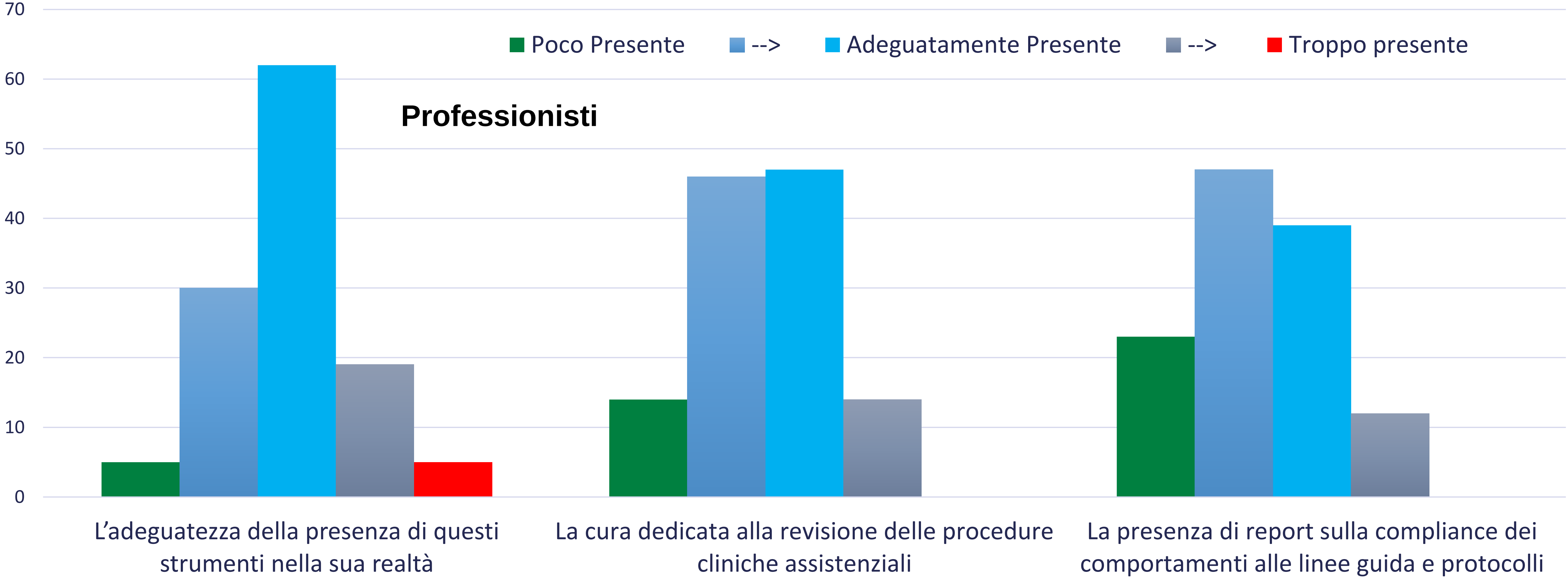
Con riferimento ai direttori di dipartimento e di struttura organizzativa è soddisfatto:



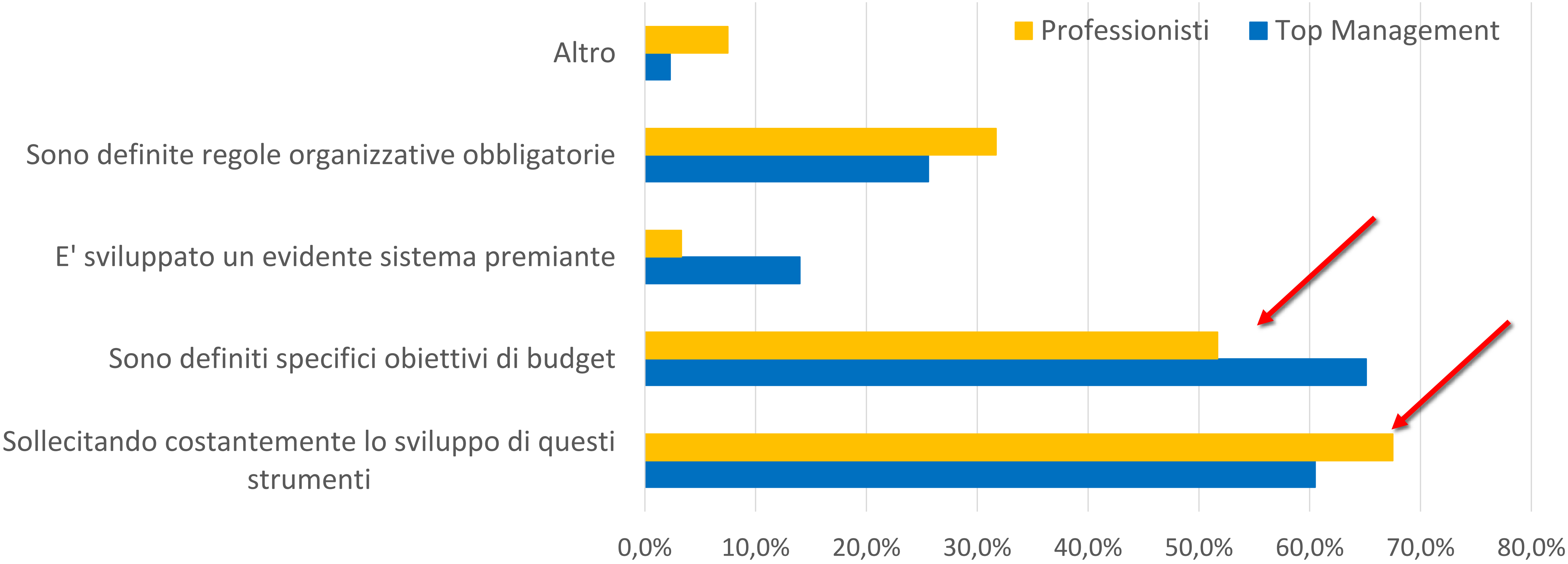
Con riferimento ai protocolli e linee guida cliniche e assistenziali come valuta:



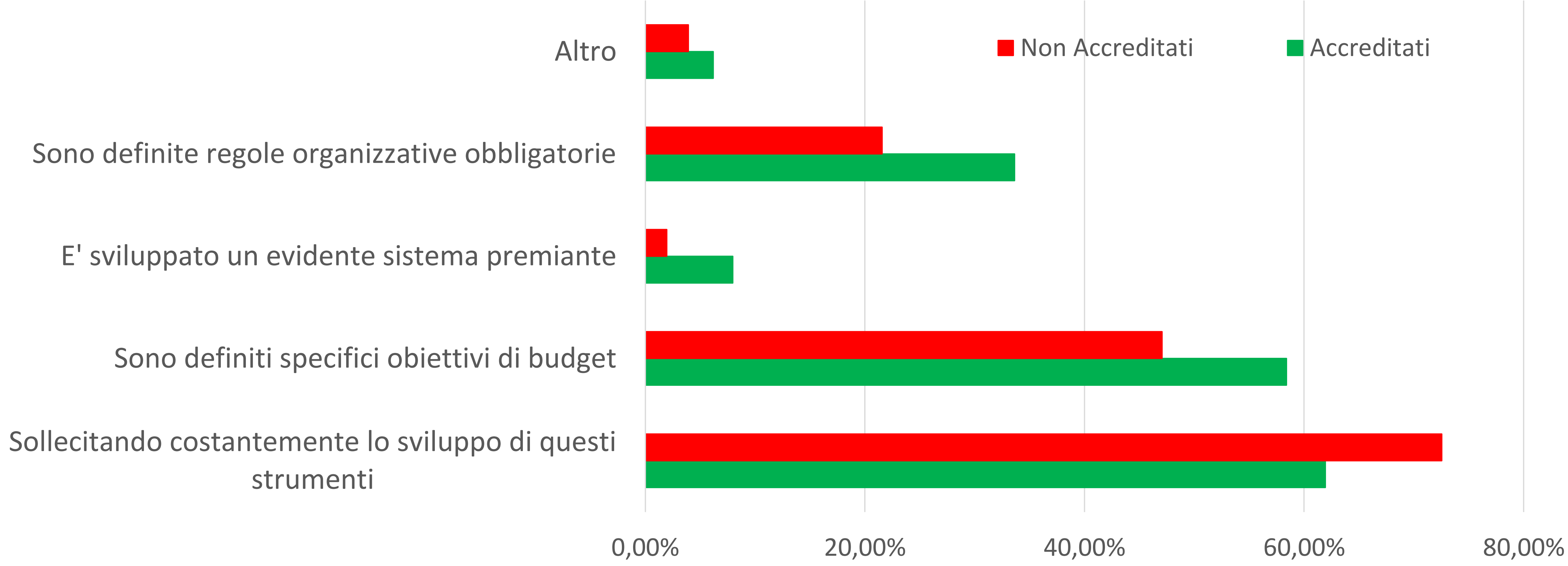
Con riferimento ai protocolli e linee guida cliniche e assistenziali come valuta:



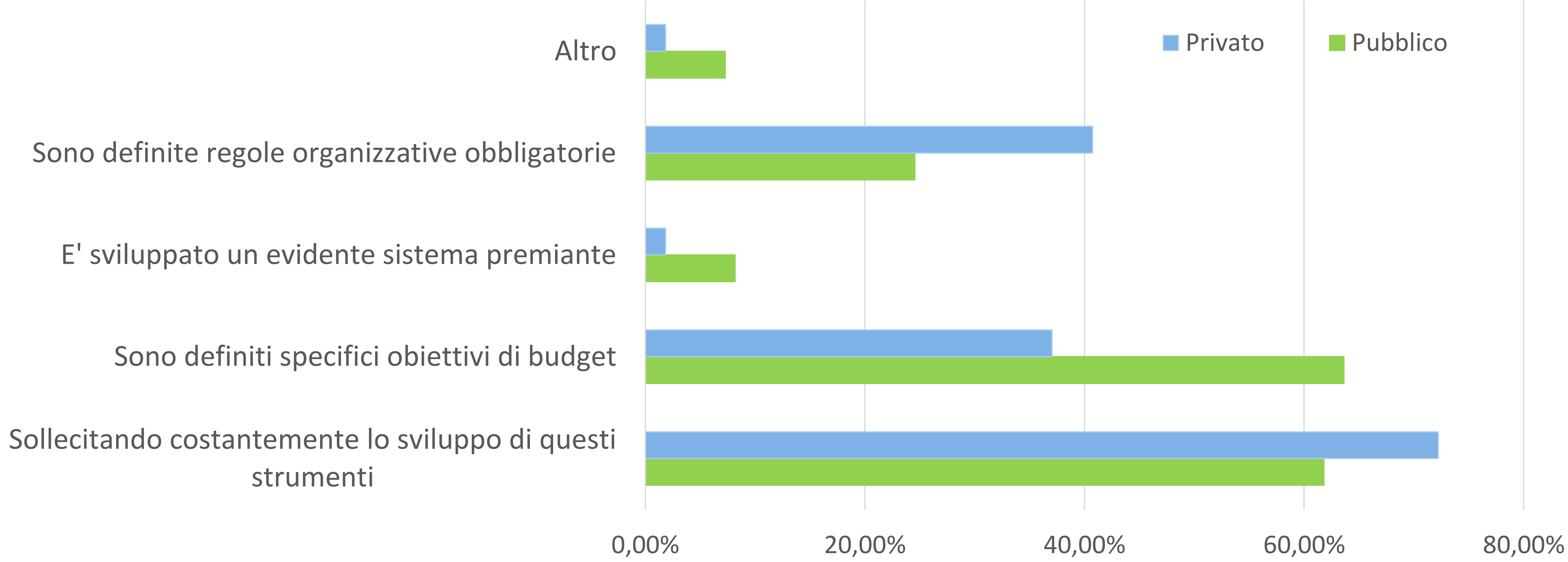
Come incoraggia la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli?



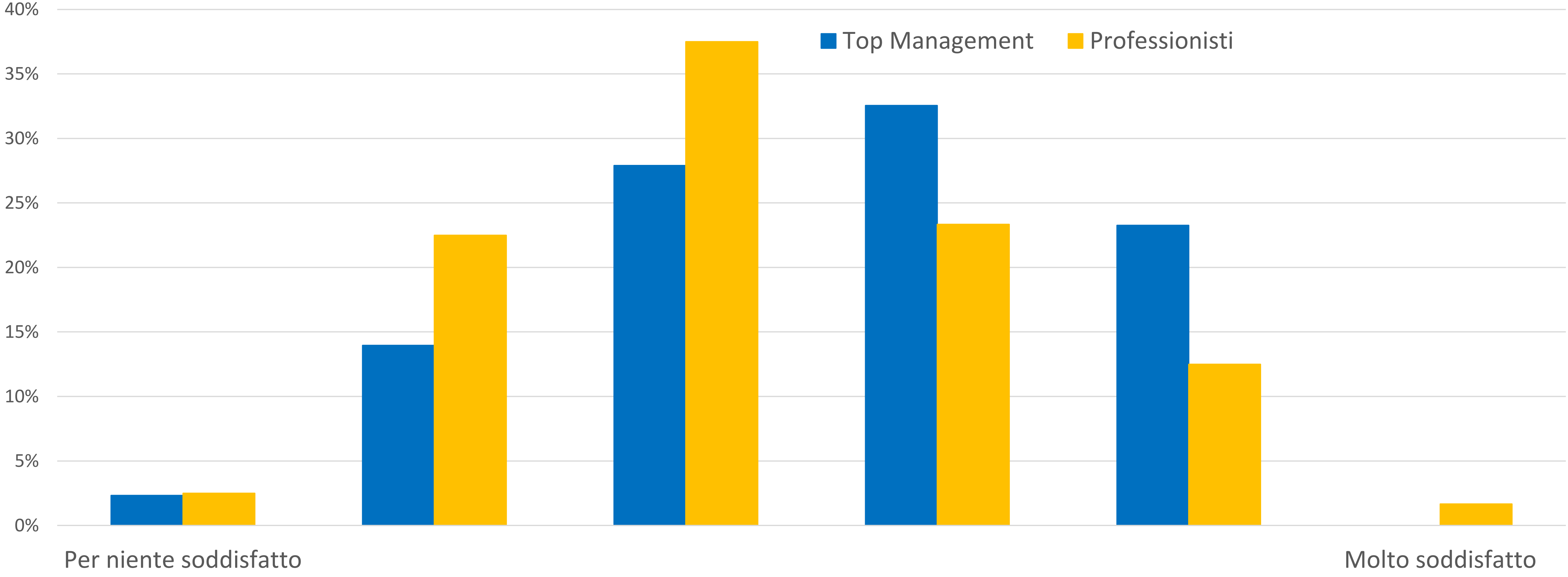
Come incoraggia la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli?



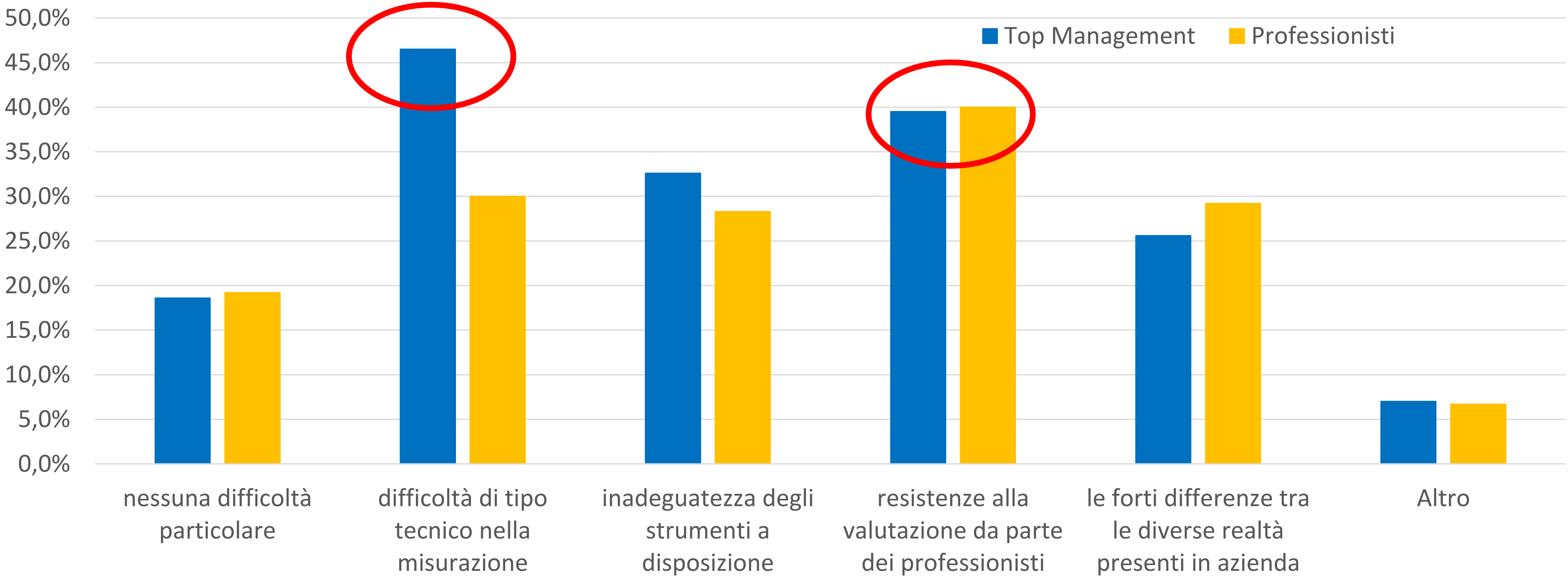
Come incoraggia la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli?



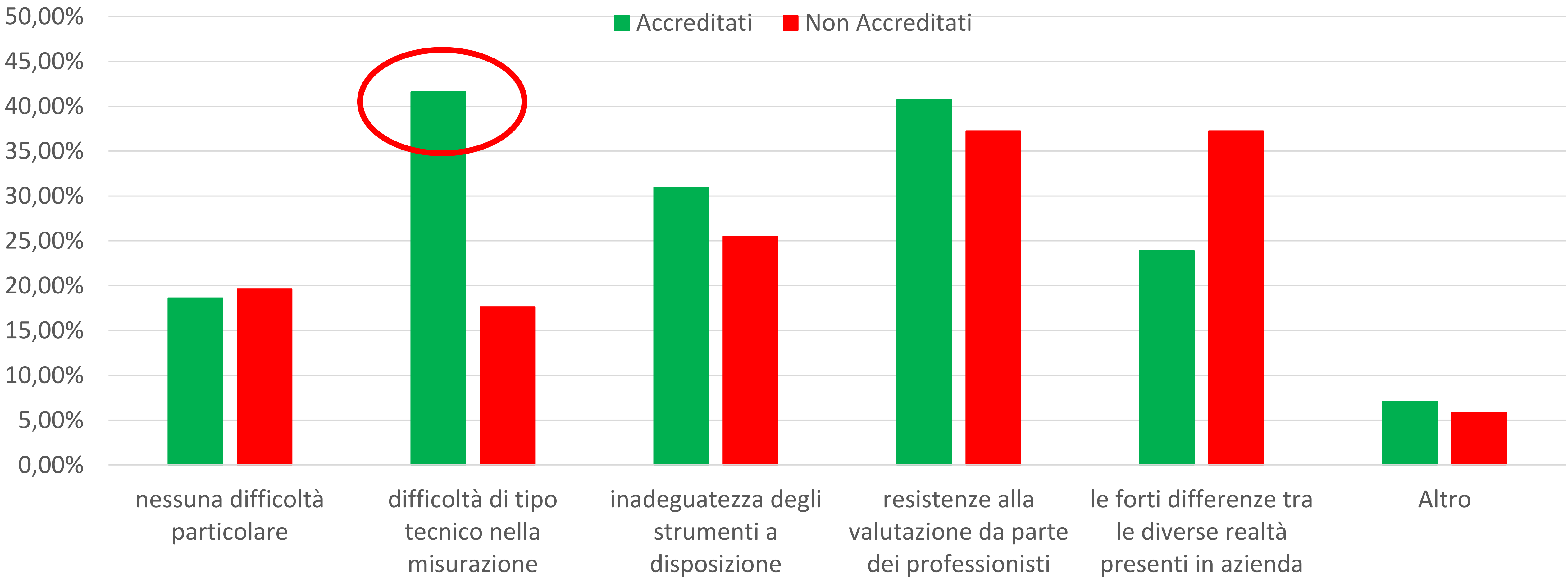
È soddisfatto di come la sua azienda monitora le performance qualitative dei professionisti?



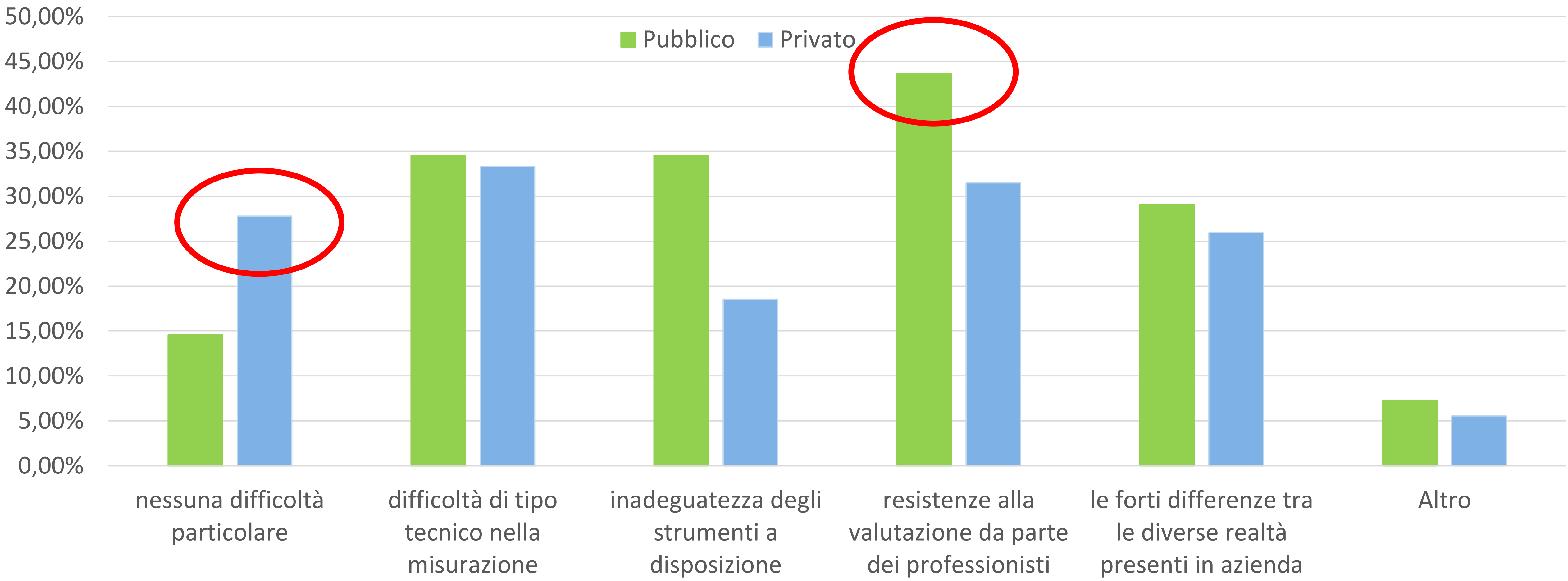
Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti?



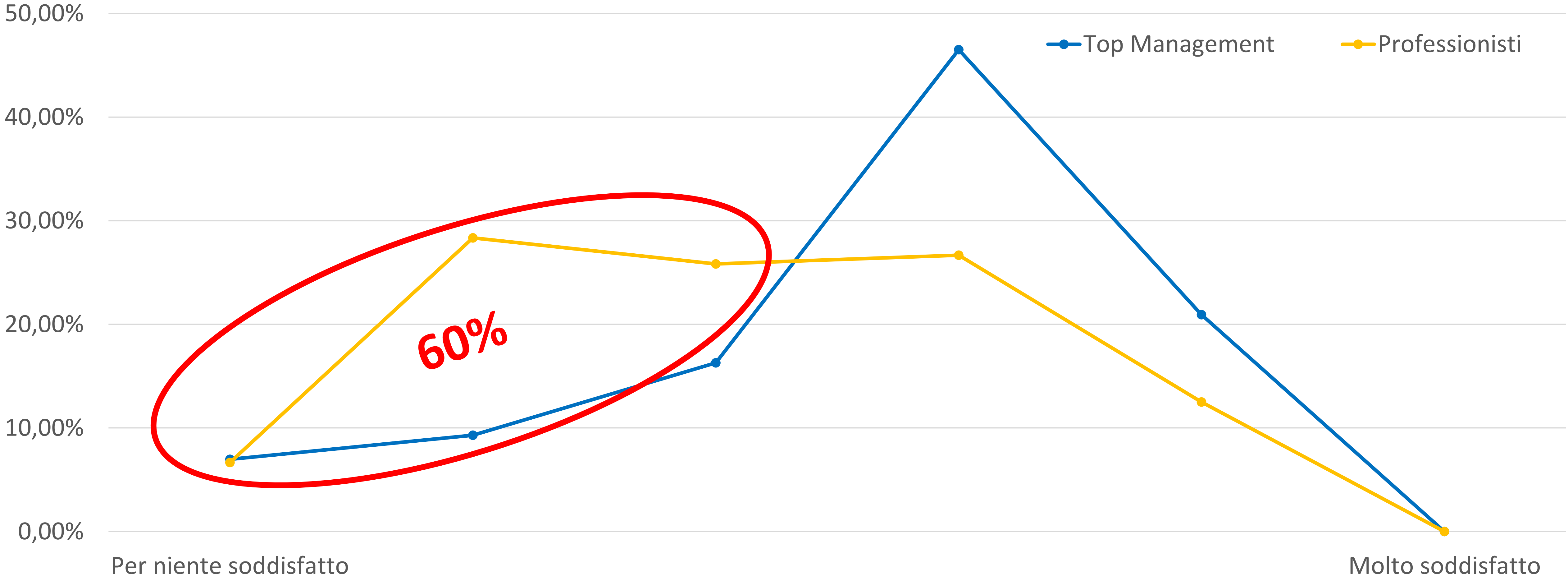
Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti?



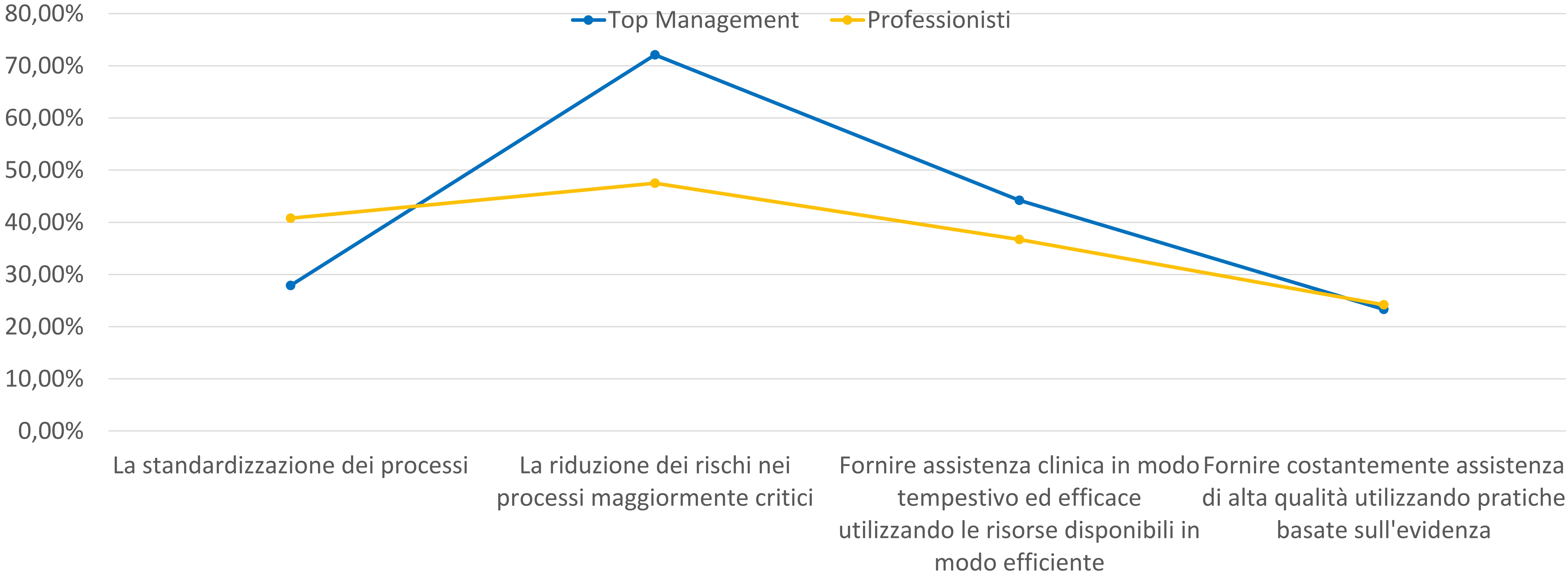
Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti?



È soddisfatto dalle azioni in essere per la valorizzazione delle risorse professionali?



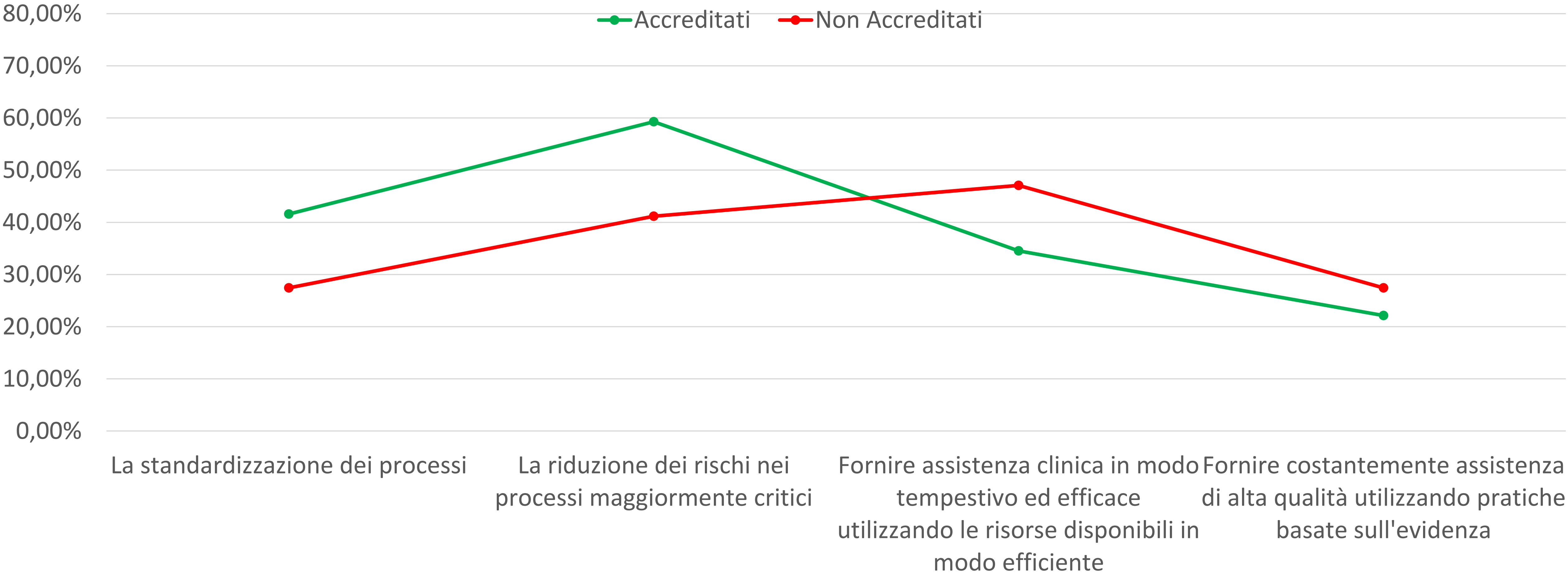
Per quali di questi obiettivi ha un report periodico?



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI

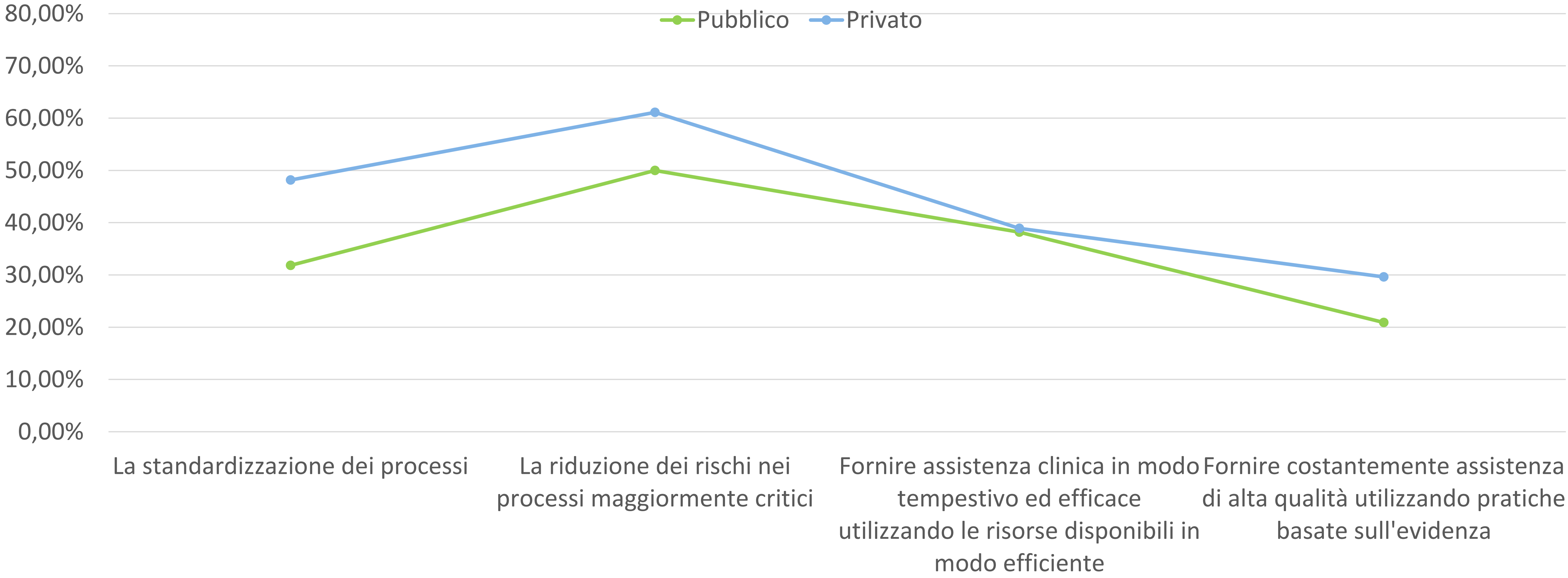
Per quali di questi obiettivi ha un report periodico?



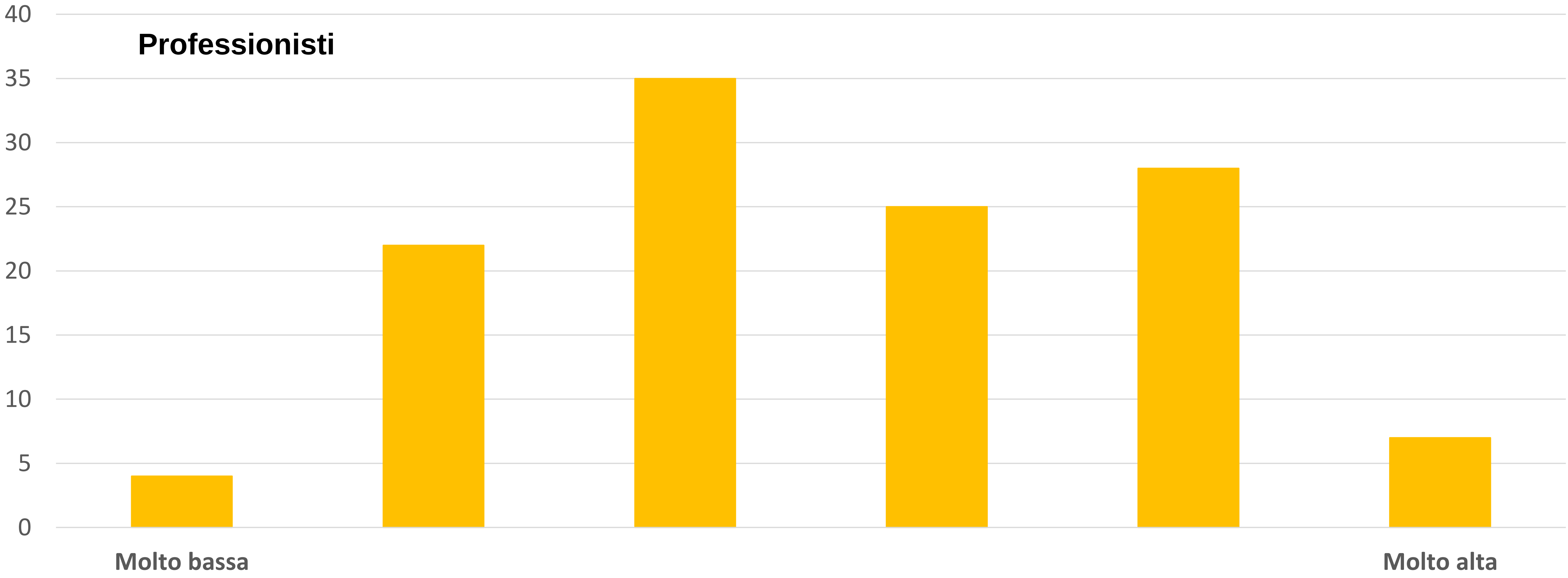
UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI

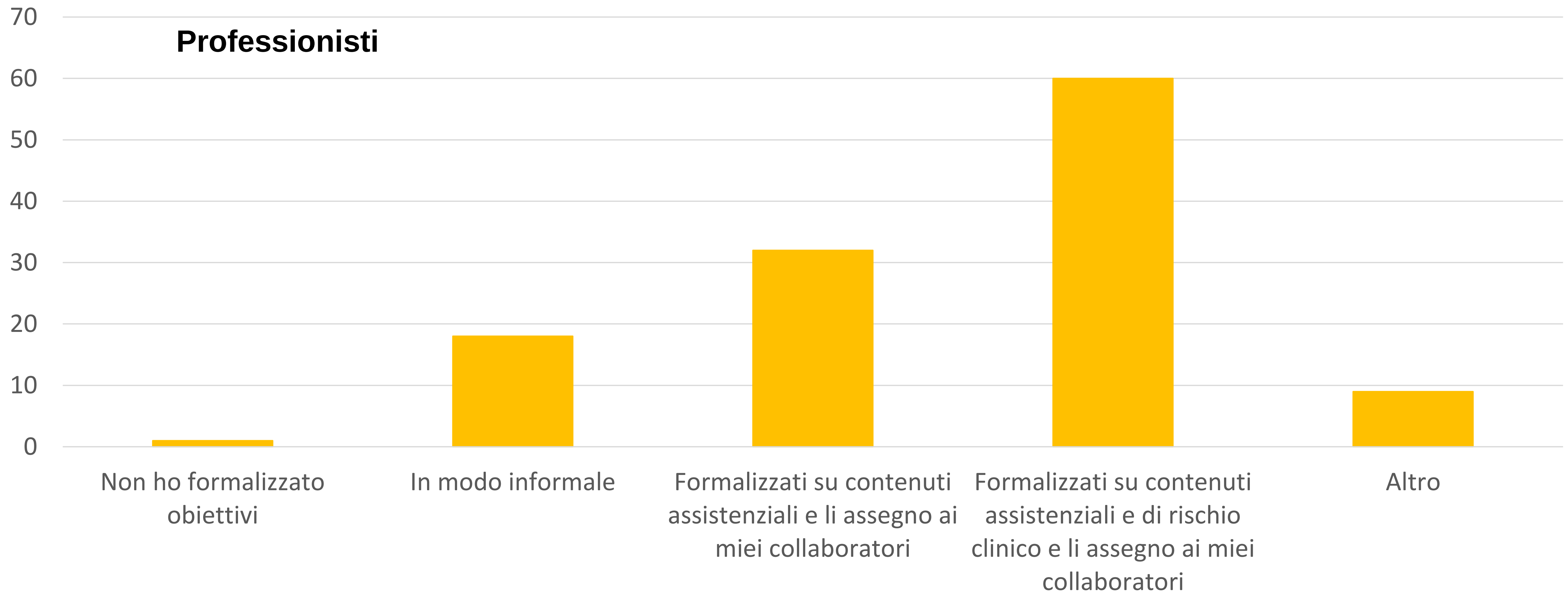
Per quali di questi obiettivi ha un report periodico?



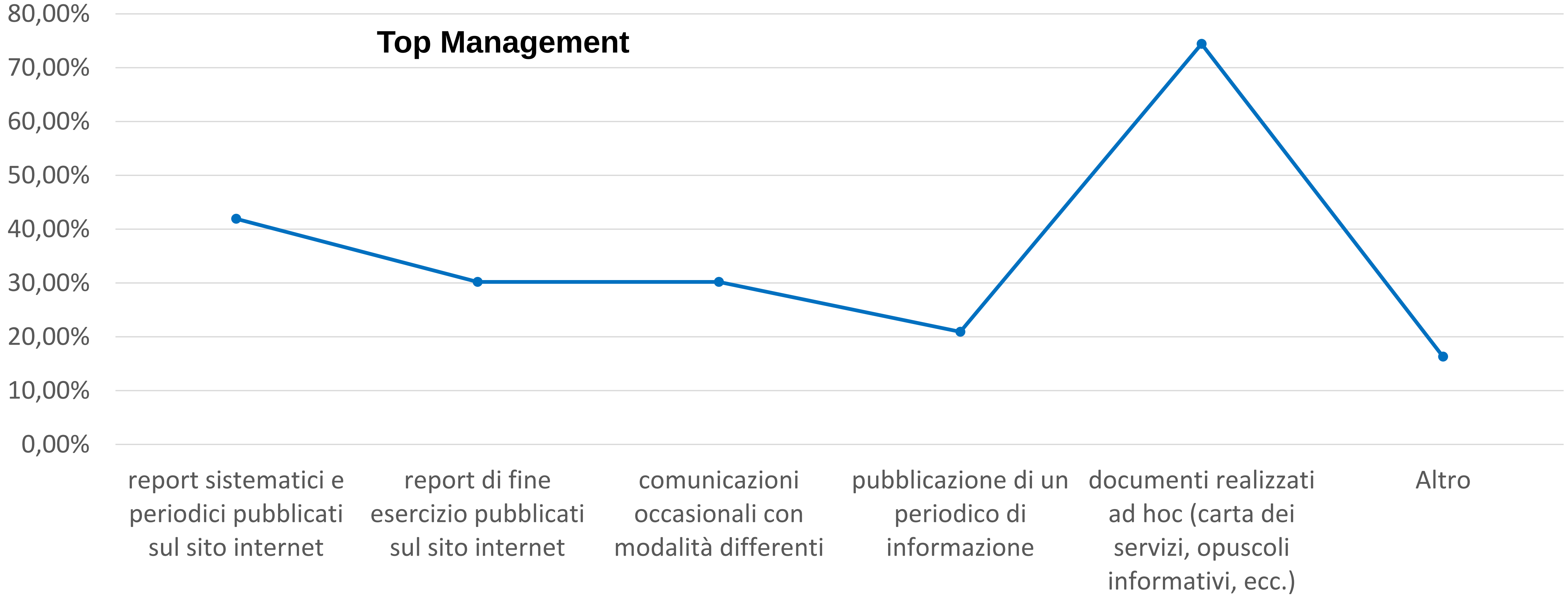
Come valuta la collaborazione tra le unità operative del suo ospedale?



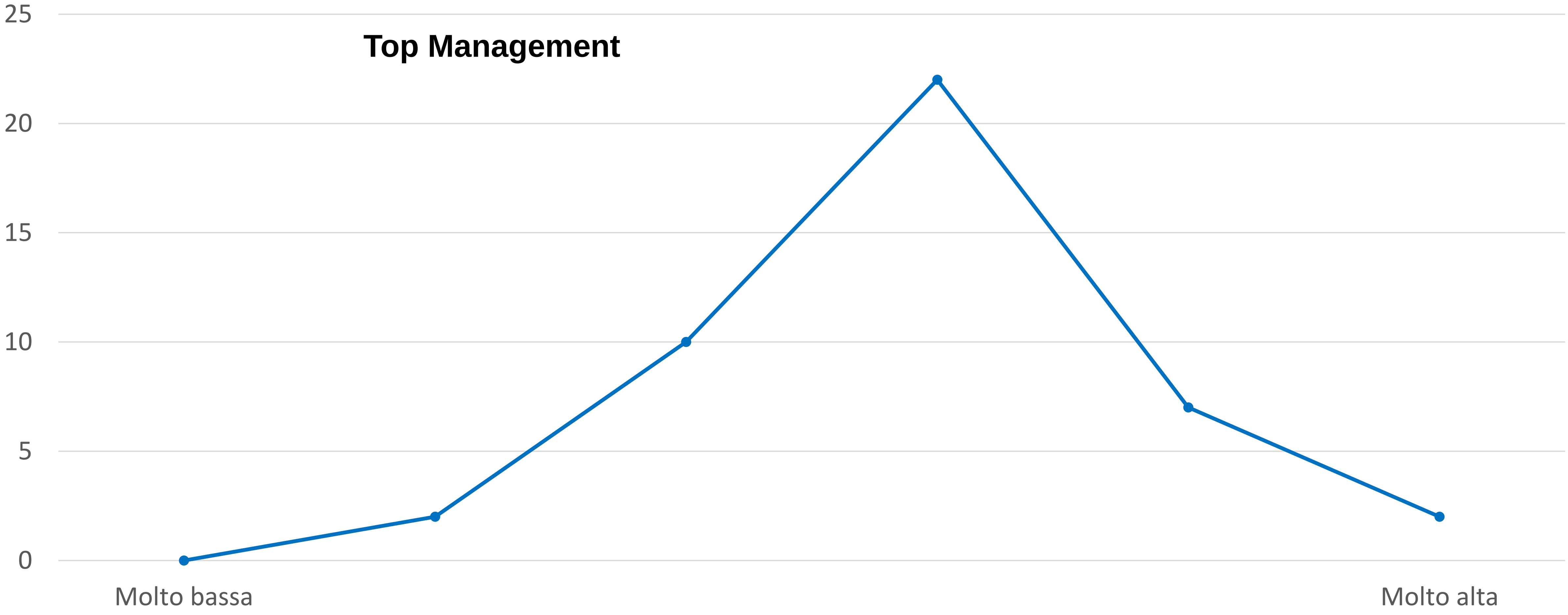
In che modo definisce e assegna gli obiettivi ai suoi collaboratori?



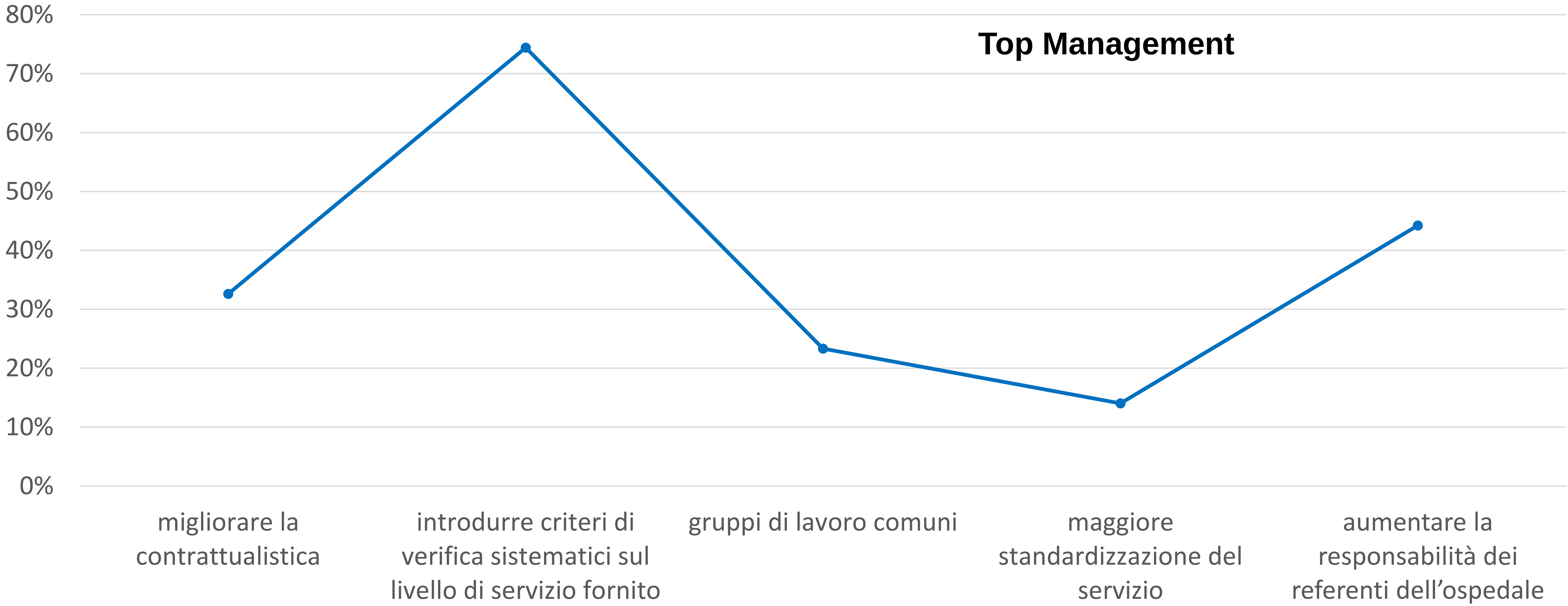
Attraverso quale strumento gli stakeholder sono informati della capacità della struttura di perseguire le politiche per la qualità?



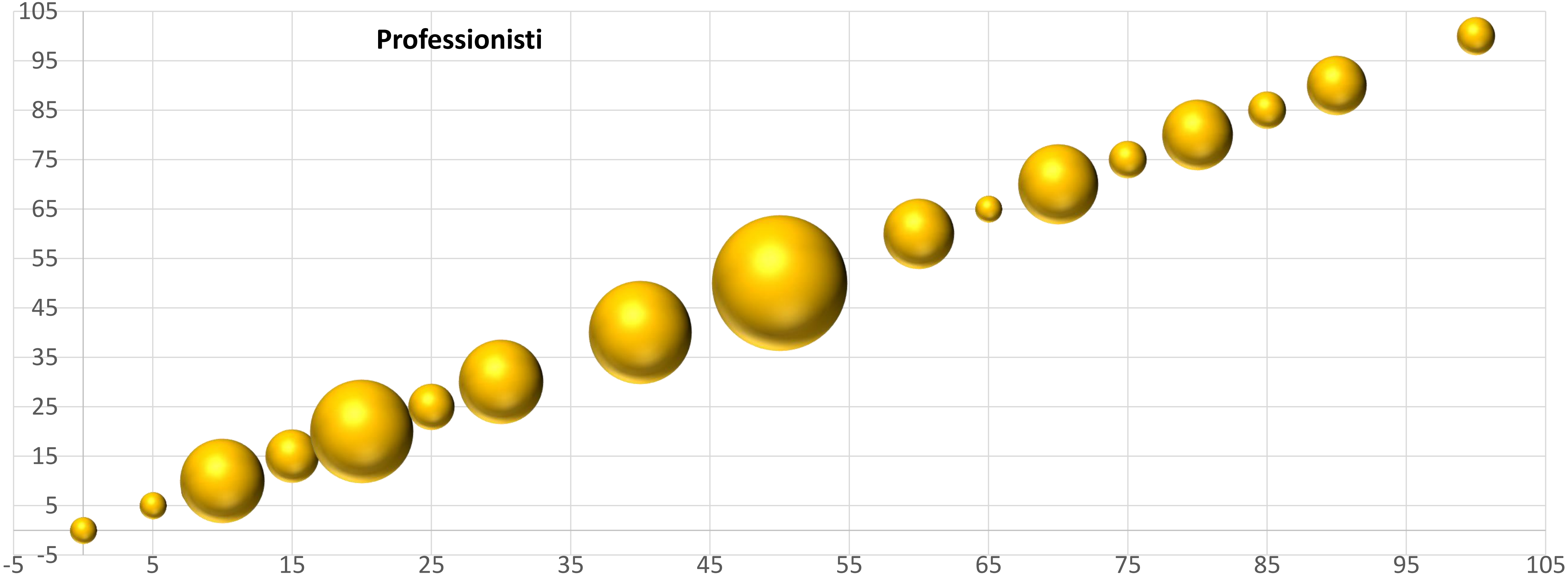
Come valuta la collaborazione tra dipartimenti e servizi nell’ospedale?



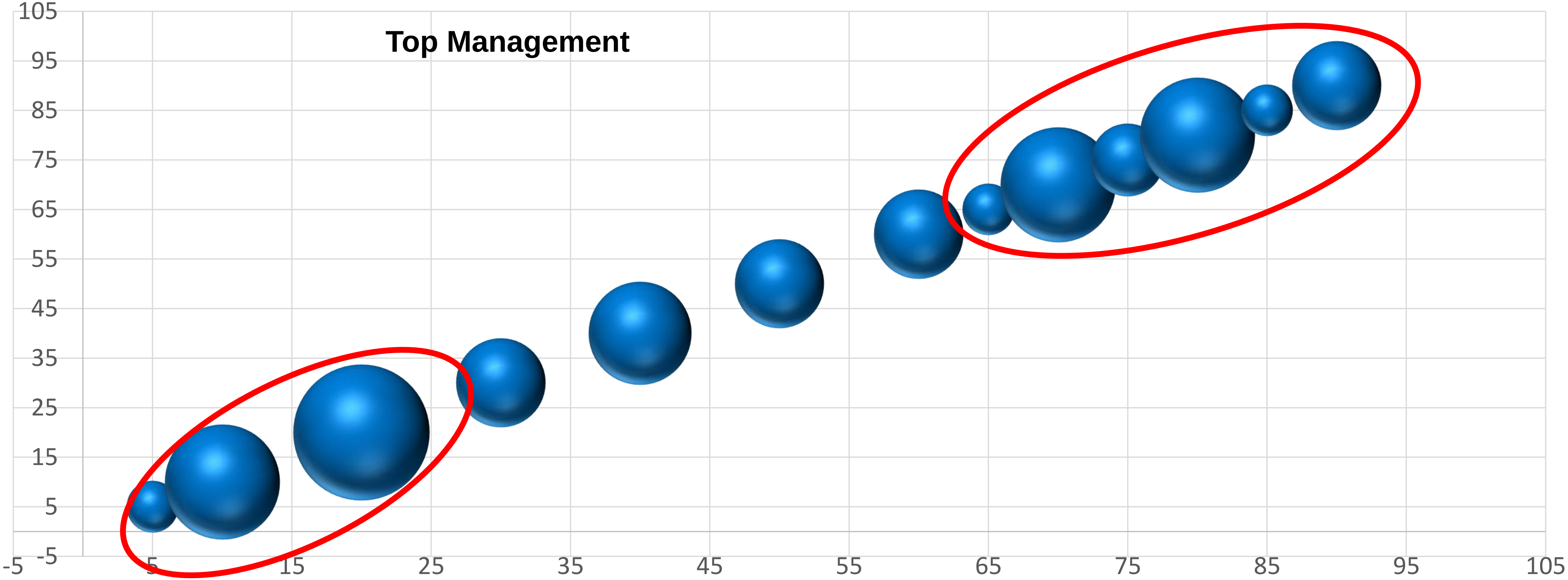
Per migliorare le relazioni con i fornitori di servizi sanitari esterni, si potrebbe ipotizzare di:



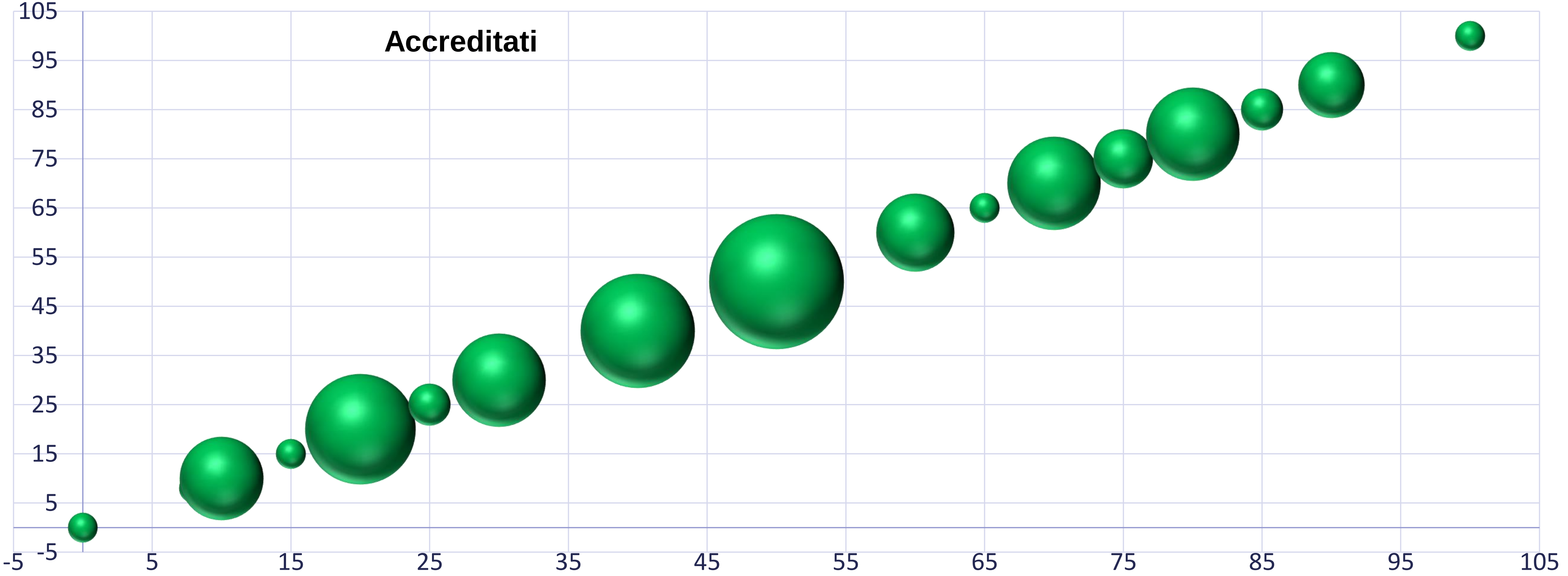
In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



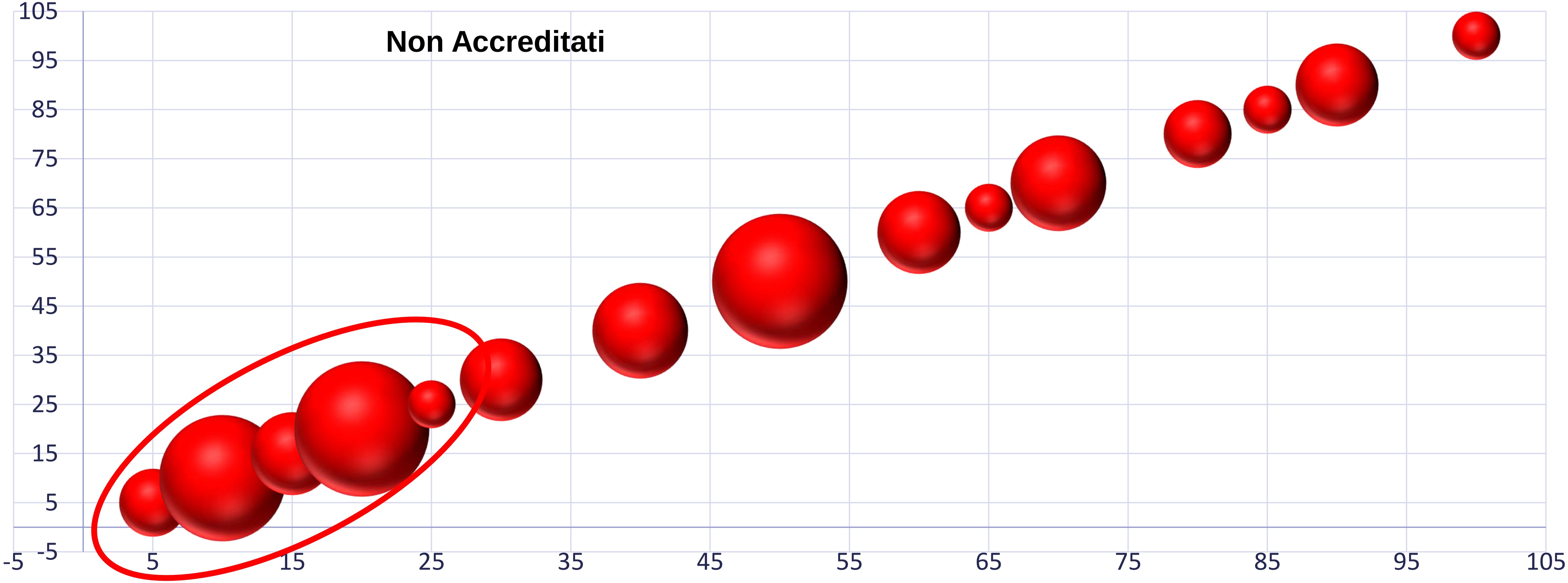
In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



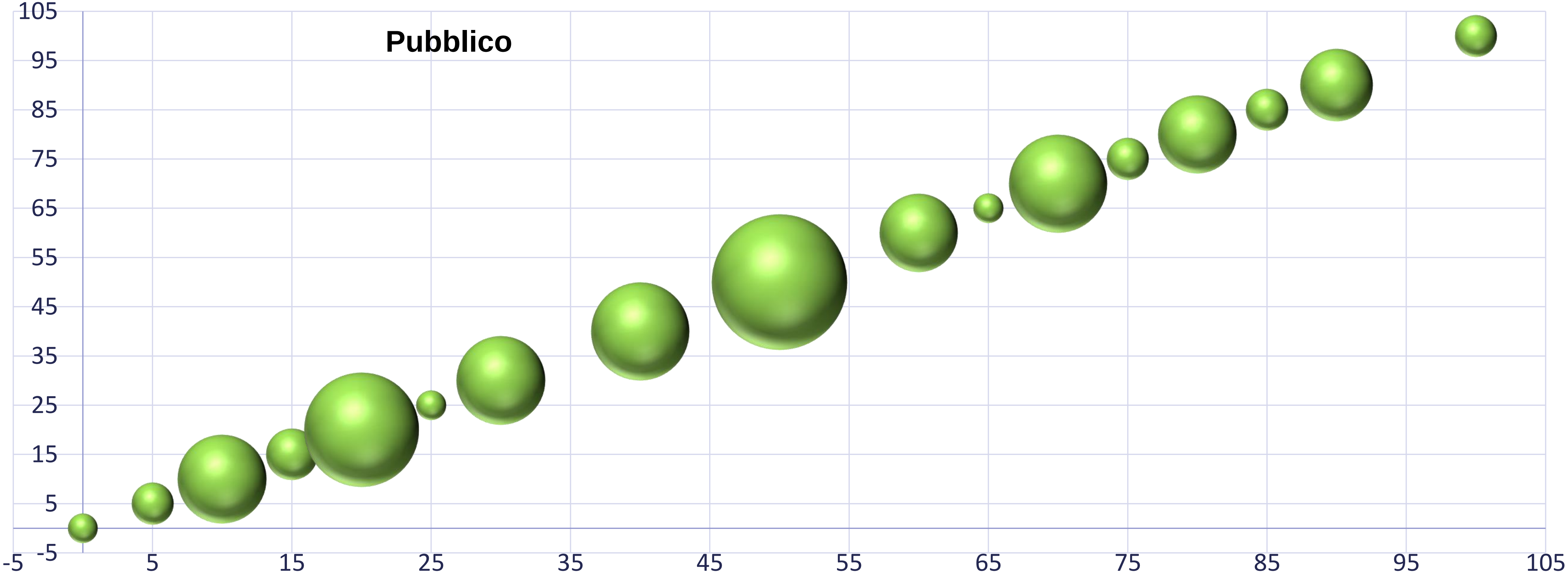
In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



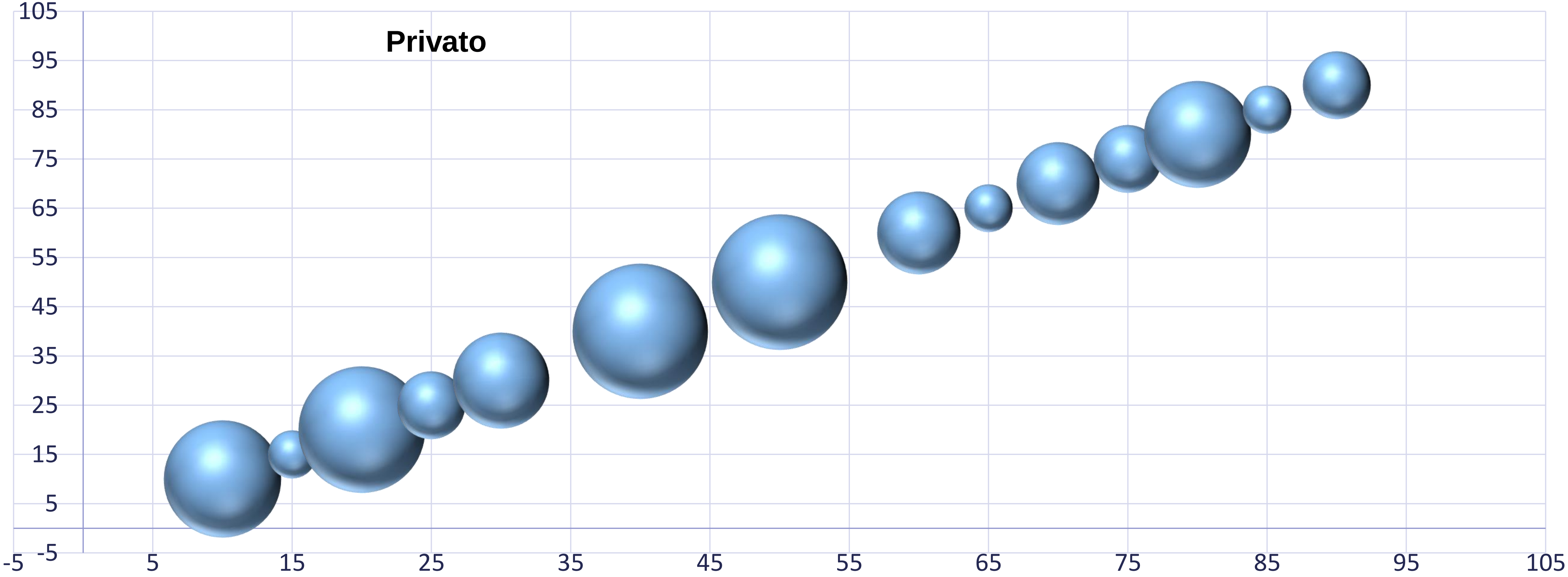
In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



In percentuale quanto tempo dedica ai problemi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti



UNIVERSITÀ
DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
ECONOMICHE E AZIENDALI

Quale variabilità riscontriamo tra le risposte dei professionisti e del management in relazione alla tipologia di azienda?

UNA BREVE ANALISI SU ALCUNE DOMANDE COMUNI

Quali modalità sono utilizzate per garantire che le politiche si traducano in comportamenti?

a) Relazioni descrittive (valutazioni dei dipartimenti delle UO, degli staff, etc) sul raggiungimento degli obiettivi delle politiche

b) Audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati

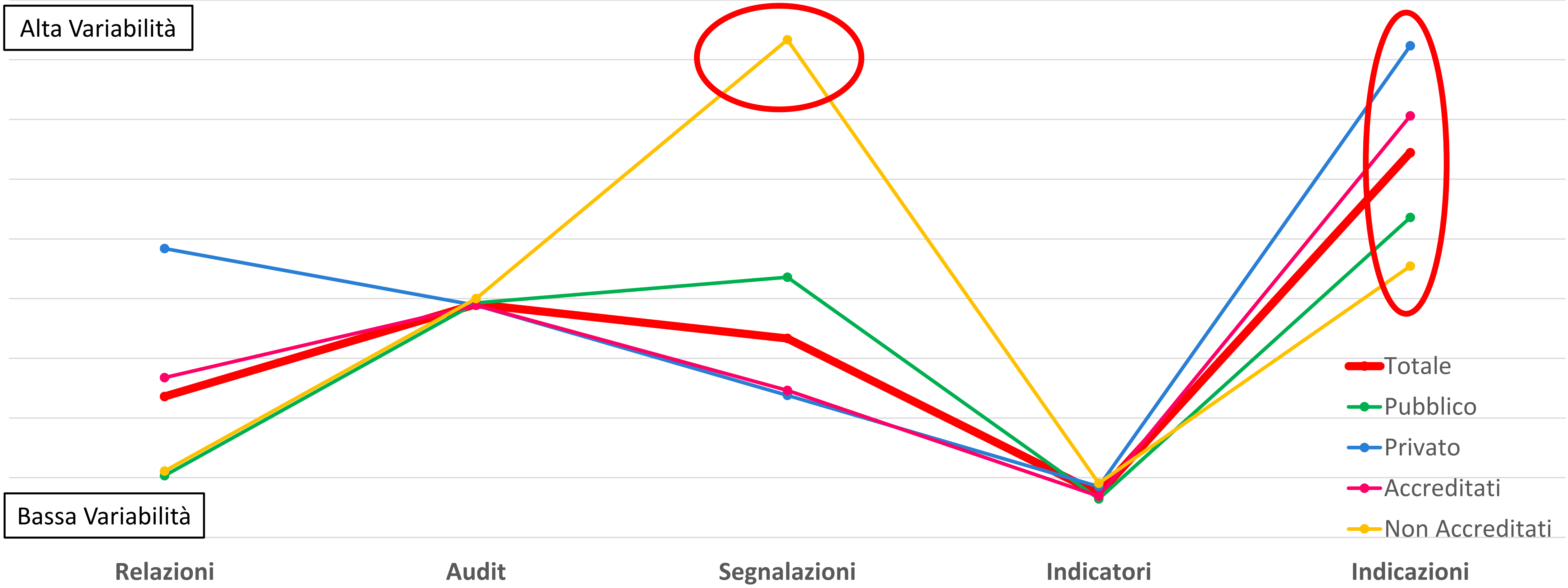
c) Segnalazioni di problemi di comportamenti incoerenti rispetto alle politiche attraverso vari strumenti (es. Segnalazioni all'URP; customer satisfaction, etc.)

d) Individuazione di indicatori che permettano di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi delle politiche

e) Indicazioni verbali

f) Altro (specificare)

Quali modalità utilizzate per garantire che le politiche si traducano in comportamenti?



Come incoraggia tutta la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli?

a) Sollecitando costantemente lo sviluppo di questi strumenti

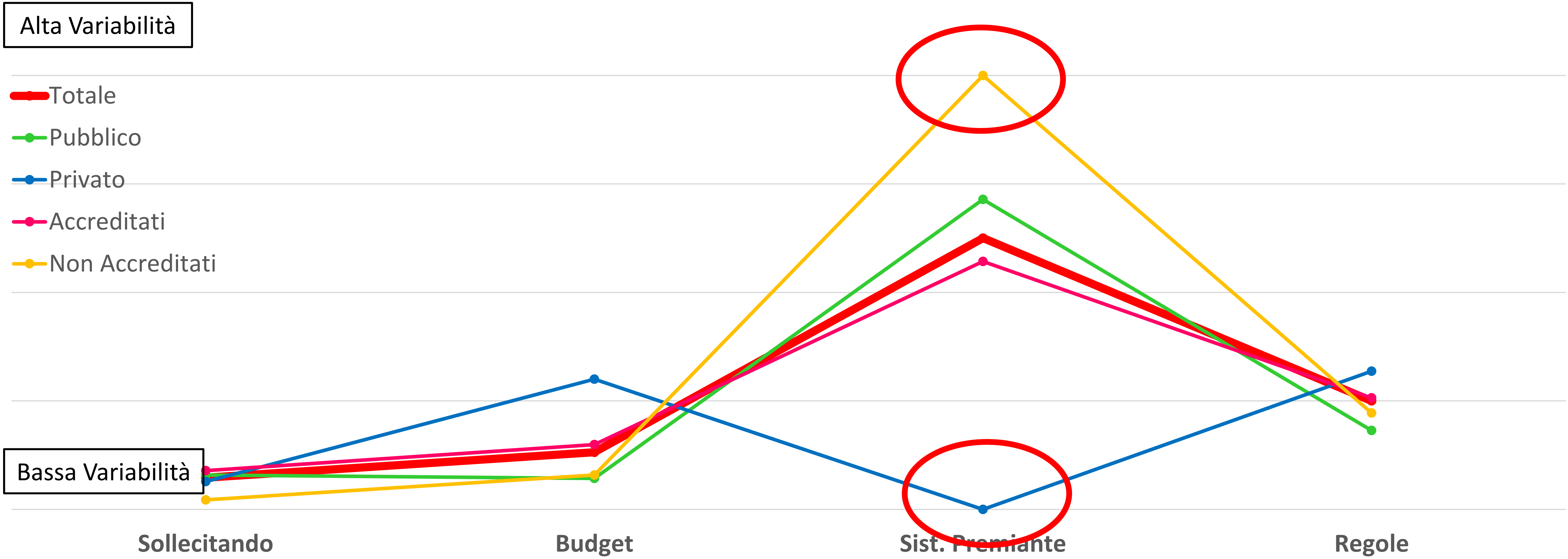
b) Sono definiti specifici obiettivi di budget

c) È sviluppato un evidente sistema premiante

d) Sono definite regole organizzative obbligatorie

e) Altro (specificare)

Come incoraggia la sua struttura a sviluppare linee guida e monitorare che i comportamenti siano in linea con i protocolli?



Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti?

a) Nessuna difficoltà particolare

b) Difficoltà di tipo tecnico nella misurazione

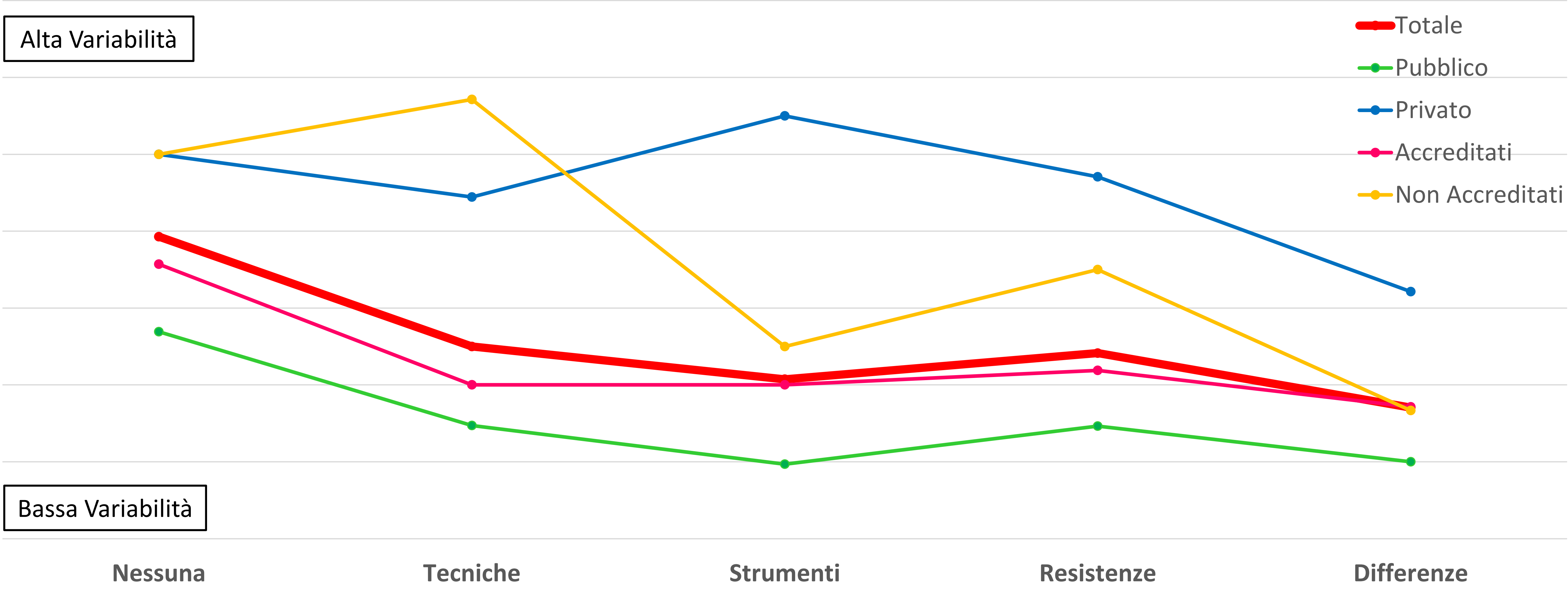
c) Inadeguatezza degli strumenti a disposizione

d) Resistenze alla valutazione da parte dei professionisti

e) Le forti differenze tra le diverse realtà presenti in azienda

f) Altro (specificare)

Quali sono le difficoltà che incontra nel valutare e sviluppare le competenze dei professionisti?



Per quali di questi obiettivi ha un report periodico?

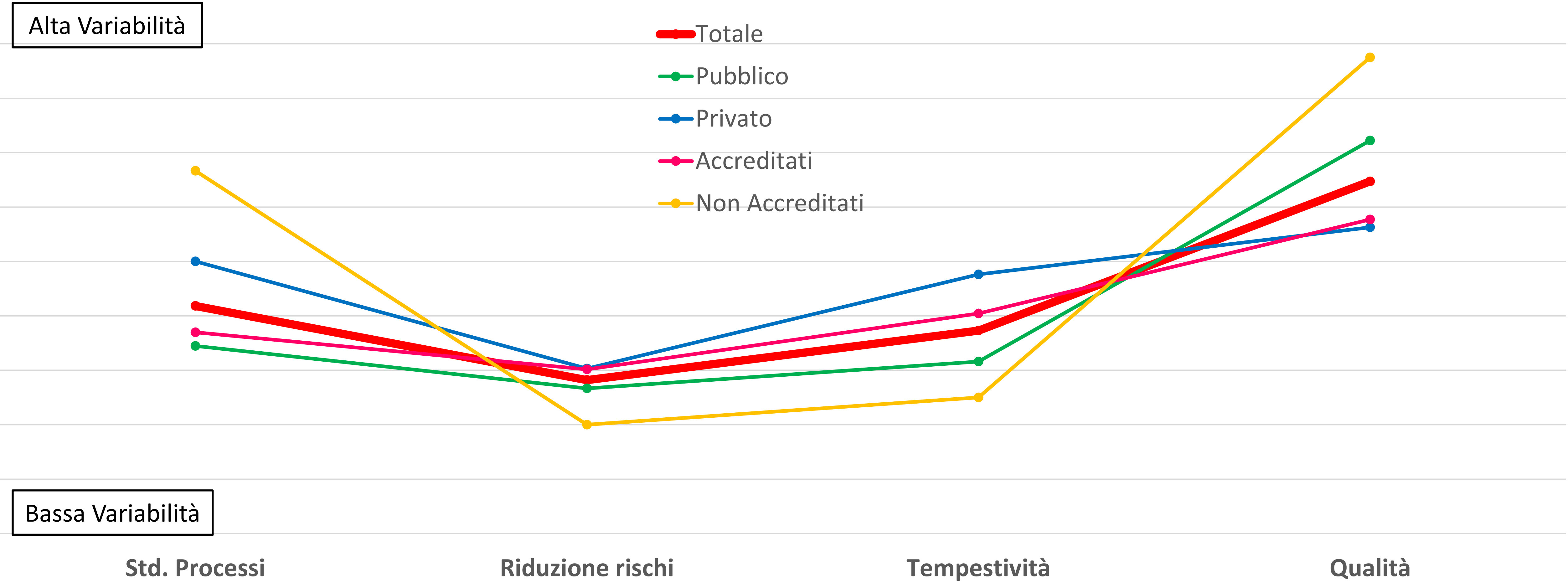
a) La standardizzazione dei processi

b) La riduzione dei rischi nei processi maggiormente critici

c) Fornire assistenza clinica in modo tempestivo ed efficace utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente

d) Fornire costantemente assistenza di alta qualità utilizzando pratiche basate sull'evidenza

Per quali di questi obiettivi ha un report periodico?



Riflessioni finali

How hospitals measure quality performance

Areas

A) Standardization of services ✗

B) Risk processes ✓

C) Timing and quality treatment ✓

Tools:

1) Written reports ✓

2) Audit ✓

3) Behaviours reporting ✗

4) Indicators ✓

49% Private vs 29% Public

80% at least 2 tools

How hospitals define goals and processes

Satisfaction about measurement system of quality performance:

60% ✓

40% ✗

- Target definition
- Measuring difficulties
- Adequate reporting system

✗

- Absence of tools
- Behaviours dissatisfaction
- Policies dissatisfaction

✓

Level of collaboration among units ✓

Correlation between satisfaction and time dedicated to quality ✗

Difficulties in the quality performance improvement process

Translate policies in to behaviours

- Technical difficulties in measuring (35%)
- Inadequate tools (28%)
- Clinicians resistance to change (40%)
- Differences among groups of staff in hospital (30%)

Conclusioni

1. Department collaboration
2. Actions to enhance professional skills
3. Development and defined reporting system combined with informal cooperation between managers and professional

Clinical professionalism enhacement 🔗 **Attention to quality processes**

Grazie per l’attenzione