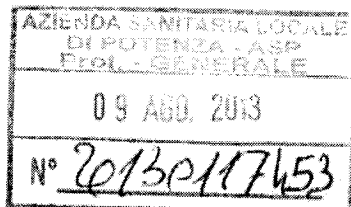




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AREA DI STAFF QUALITA'



Al Direttore Generale
dott. Mario Marra

p.c. Al Direttore Sanitario
dott. Giuseppe Cugno

Sede ASP - POTENZA

Oggetto: riscontro Vs. nota prot. n. 106600 del 19/07/2013 avente ad oggetto: DGR n. 697 dell'11.06.2013. - Intesa Governo regioni. - "Revisione normativa sull'accREDITAMENTO".

Faccio seguito alla Vs richiesta indicata in oggetto per rappresentare lo stato dell'arte delle strutture aziendali in ordine ai criteri fissati dall'intesa Stato Regione sulla revisione della normativa dell'accREDITAMENTO siglata in data 20/12/2012, recepita con delibera regionale nel giugno scorso.

Detta intesa consolida il ruolo dell'accREDITAMENTO all'interno delle strutture sanitarie quale strumento che promuove un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione, favorendo la crescita di un percorso di sviluppo continuo della qualità in relazione agli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza.

Con tale revisione il Ministero della Salute ha individuato le caratteristiche che tutte le strutture sanitarie devono possedere per l'autorizzazione e accREDITAMENTO istituzionale.

Contiene 8 criteri esplicitati in 28 requisiti che prevedono il possesso da parte delle strutture sanitarie aziendali di 123 evidenze ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale.

Il Manuale Regionale di accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui alla DGR n.2753/2005 contiene gran parte delle evidenze indicate da detta revisione, risultando carente solo in alcune parti (es. partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione), da integrare entro i termini che saranno indicati dal tavolo per la revisione della normativa per l'accREDITAMENTO nazionale (TRAC).

Gli otto criteri, quali fondamento dell'accREDITAMENTO istituzionale, contenenti a loro volta requisiti ed evidenze, sono di seguito rappresentati indicando per ciascun requisito le evidenze presenti e mancanti ad oggi nell'ASP.

Il **primo Criterio**, contenente n. 6 requisiti, concerne l'Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie necessario per fornire garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria e la gestione delle attività in una ottica di miglioramento continuo.



Requisiti

n.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto.

Evidenze presenti:

-piano strategico (PAL) contenente obiettivi definiti in base alla domanda di prestazioni/servizi
-obiettivi di budget, di attività e relativi indicatori di verifica per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto. Le schede di negoziazione prevedono obiettivi di qualità solo per alcune strutture sanitarie aziendali

Mancata evidenza:

-obiettivi di qualità ed indicatori di verifica per le articolazioni organizzative di supporto e per tutte le articolazioni sanitarie aziendali

n.2: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Evidenze presenti:

-procedure per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza presenti nell'ambito ASP di Venosa, in particolare del percorso del paziente con ictus (delibera n.670 del 11/10/2007) e del paziente con IMA (delibera n.635 del 27/09/2007), già previsti nel manuale regionale di accreditamento e ad oggi necessitanti di revisione alla luce della riorganizzazione ospedaliera a seguito LR n.17/2011

-regolamento per la disciplina delle cure domiciliari e palliative per il paziente adulto e pediatrico

Mancata evidenza:

-pianificazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto) per l'intera Azienda, da predisporre a partire da procedura esistenti

-realizzazione di reti assistenziali finalizzate alla integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e alla continuità assistenziale anche con le strutture socio-sanitarie

n.3: definizione delle responsabilità

Mancata evidenza:

-procedure che descrivano i processi sottesi ai prodotti prioritari, le relative responsabilità clinico - organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti in tutte le strutture aziendali. Fa eccezione il percorso assistenziale di Medicina di Laboratorio in tutti gli ospedali ASP (ad esclusione del laboratorio del poliambulatorio di Madre Teresa di Calcutta) a cui apportare azioni correttive evidenziate nel corso degli audit regionali

-documentazione attinente alla rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed in presenza di cambiamenti significativi nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura



n.4: modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Evidenze presenti:

- sistemi informativi nelle strutture sanitarie che tengano conto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS controllo). Per tutti gli archivi centralizzati (ministeriali e non) è garantito il back up e la sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia
- monitoraggio periodico delle liste di attesa pubblicate sul sito web aziendale
- il CUP regionale garantisce informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie
- tutti i computer sono dotati di pw per la sicurezza nell'accesso dei dati

Mancata evidenza:

- back up per i dati non centralizzati utilizzati per la pianificazione aziendale
- formalizzazione della valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne. Tale valutazione avviene a livello locale a discrezione dell'operatore.

n.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Evidenze presenti:

- avvio per talune unità operative del percorso organizzativo di costruzione dello standard di prodotto. La costruzione del percorso organizzativo dello standard di prodotto necessita di una specifica formazione da effettuare in contemporanea alla costruzione dello stesso. E' pubblicato sul sito web aziendale specifico format allegato alla procedura gestione documentazione (delibera n.750/2011)
- n.2 audit clinici realizzati nell'ospedale di Melfi nel rispetto di una medesima metodologia nel corso dei quali sono stati ridefiniti rispettivi n.2 PTDA
- verifiche esterne di qualità per i laboratori analisi aziendali (VEQ)
- audit clinici mancanti di una unica programmazione e metodologia c/o l'ospedale di Villa d'Agri

Mancata evidenza:

- sviluppo nelle articolazioni aziendali delle modalità di definizione dello standard di prodotto/percorso organizzativo (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative
- assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi all'interno di ciascun dipartimento aziendale che sia in stretto collegamento funzionale con l'area di staff qualità
- pianificazione e realizzazione di audit clinici all'interno di una unica programmazione con l'utilizzo di una stessa metodologia per garantirne linguaggio comune, uniformità e benchmarking all'interno dell'azienda. Per questa finalità è stata fatta specifica proposta formativa con la richiesta di utilizzo dello stesso docente che nel 2011 ha garantito la formazione nell'ambito ASP di Venosa
- audit di 2° parte nelle strutture sanitarie finalizzati a monitorare la qualità dei prodotti/processi erogati (fanno eccezione gli audit di 2° parte effettuati nei laboratori analisi dell'ASP)
- eventuali verifiche specifiche quali mortality & morbidity review
- documentazione delle attività di valutazione con la partecipazione del personale (report di audit clinico) ed evidenza dell'utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi



per il miglioramento delle performance, (es. predisposizione azioni di miglioramenti a seguito report audit di 2° e 3° parte effettuati per i laboratori dell'ASP).

n.6: modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

Evidenze presenti:

- regolamento di pubblica tutela in cui sono descritte le modalità da adottare in caso di reclamo
- piano della comunicazione

Mancata evidenza:

- predisposizione dei relativi piani di miglioramento a seguito disservizi
- utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate;
- attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)
- monitoraggio delle azioni di miglioramento

Il **secondo Criterio**, comprende n.5 requisiti e concerne le Prestazioni e Servizi. Prevede la descrizione di tipologia e caratteristiche delle prestazioni e servizi erogati nonché impegni /std nei confronti dei cittadini in ciascuna struttura, individuando metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini (v. costruzione dello standard di prodotto, audit clinico)

Requisiti

n.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati

Evidenze presenti:

- Carta dei servizi aziendale rivalutabile periodicamente anche con l'apporto delle associazioni di volontariato
- opuscoli informativi nei laboratori analisi degli ospedali di Melfi, Venosa, Lagonegro, Chiaromonte, Lauria e Maratea comprendente modalità erogative, informazioni sull'accesso mission, vision, tempi e strumenti per la valutazione dello standard di prodotto nei confronti dei pazienti e dei cittadini
- materiale informativo a disposizione dell'utenza nei laboratori analisi

Mancata evidenza:

- opuscoli informativi nelle restanti articolazioni aziendali

n.2: eleggibilità e presa in carico dei pazienti/ n.3: continuità assistenziale

Evidenze presenti:

- pianificazione dei percorsi assistenziali previsti nel Manuale regionale di accreditamento nell'ambito ASP di Venosa, da revisionare alla luce della LR n.17/2011e della nuova organizzazione aziendale
- pianificazione del percorso assistenziale di medicina di laboratorio all'interno dell'ASP (tranne per il laboratorio di Madre Teresa di Calcutta) comprendente tutte le fasi, presa in carico del paziente, performance clinico terapeutiche, dimissione e follow up



Mancata evidenza:

- pianificazione dei percorsi assistenziali previsti dal manuale regionale, unici per ASP. Gli stessi prevedono la pianificazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti, la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri), la definizione delle responsabilità per la presa in carico dei pazienti e la tracciabilità della presa in carico degli stessi all'interno della documentazione sanitaria, nonché la verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli/procedure da parte del personale, la definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza in tutta la durata della degenza, l'appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione garantendo la continuità assistenziale dei pazienti tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza
- compilazione in tempo reale della cartella clinica/ambulatoriale (non sempre attuata) anche ai fini del trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione

n.4: monitoraggio e la valutazione

Evidenze presenti:

- report n. 2 audit effettuati nel 2012 presso l'ospedale di Melfi
- evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura con la relazione attività anno 2012 a cura del gruppo risk management

Mancata evidenza:

- incremento del numero degli audit clinici per la valutazione del percorso di assistenza in conformità a protocolli e linee guida scelte e valutate e predisposizione di un piano di miglioramento in riferimento ai criteri/standard individuati, con il coinvolgimento degli operatori delle articolazioni aziendali oggetto di audit, MMG, PLS e familiari (v. criterio n. 1- requisito n.5)

n.5: la modalità di gestione della documentazione sanitaria

Evidenze presenti:

- procedura gestione documentazione correlata all'accreditamento istituzionale delibera n.750/2011 in cui sono stati definiti i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione, l'accesso e la verifica della documentazione nonché le modalità di controllo
- documento pianificato nell'ambito ASP di Venosa (delibera n.462 del 6/7/2007) in cui sono stati definiti per la cartella clinica i criteri di revisione, le modalità di compilazione e di conformità alla SDO. La documentazione andrebbe aggiornata per l'intera ASP inserendo le modalità di controllo, ed eventualmente integrata con la procedura gestione documentazione correlata all'accreditamento istituzionale, predefinendone i tempi di accesso alla stessa e a tutta la documentazione sanitaria, ospedaliera e territoriale
- formalizzazione e la messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia

Mancata evidenza:

- procedura per la predisposizione della documentazione sulla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali
- risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario.



Il **terzo Criterio**, prevede n.2 requisiti. Concerne gli Aspetti Strutturali delle strutture aziendali curandone la idoneità all'uso e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature con il contributo del personale nella gestione delle stesse

Requisiti

n.1: L'idoneità all'uso delle strutture

Evidenze presenti:

- pianificazione lavori da porre in essere sulla base di finanziamenti accordati dalla Regione e Ministero per la sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto della LR 28/2000 s.m.i. e della legislazione nazionale
- Formazione (effettuata negli anni scorsi) e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro
- piano di manutenzione programmata per impianti elettrici, riscaldamento, condizionamento, gas medicali, idrici, infissi ed opere murarie, ambito ASP di Venosa (delibera n.304/2007)

Mancata evidenza:

- formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture
- formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità delle strutture aziendali che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)

n.2: gestione e manutenzione delle attrezzature

Evidenze presenti:

- procedura gestione manutenzione delle attrezzature tecnologiche e biomediche, ambito ASP di Venosa (delibera n.304/2007)
- presenza dell'inventario di tutte le attrezzature utilizzate (da monitorare)

Mancata evidenza:

- regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile in caso di manutenzione
- formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature unica per azienda, a partire dalla procedura esistente
- sistemazione in appositi contenitori in luogo noto a tutti gli operatori della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione (ad eccezione di unità operative che vi hanno provveduto, già oggetto di audit di 2° e 3° parte - es. laboratori analisi)
- sistematizzare gli attestati rilasciati dalle ditte fornitrici di avvenuto addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo delle apparecchiature (in tutte le articolazioni aziendali),
- programmi di formazione che prevedano l'addestramento nella manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e la verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore apparecchiature (gran parte delle apparecchiature sono in leasing)



Il **quarto Criterio**, comprende n.2 requisiti e attiene alle Competenze del Personale. In merito a tanto l'organizzazione deve garantire che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività

Requisiti

n.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

Evidenze presenti:

- individuazione di un responsabile per la formazione
- Piano di Formazione contenente la programmazione delle attività formative, criteri di scelta delle priorità e la rilevazione dei fabbisogni formativi con il coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione
- verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider
- la valutazione della soddisfazione da parte del personale

Mancata evidenza:

- definizione degli standard di competenza per posizione e il monitoraggio delle competenze professionali nel piano di formazione aziendale
- valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessari
- condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura (es. formazione effettuata agli operatori dall'area di staff qualità con specifici corsi sulla qualità e l'accreditamento, e di volta in volta preliminarmente alla costruzione degli strumenti previsti dall'accreditamento regionale)

n.2: inserimento e addestramento di nuovo personale

Evidenze presenti:

- Procedura per l'accoglienza e affiancamento/addestramento e inserimento del personale laureato neo assunto/trasferito (delibera n.297 del 10/05/2007) e del comparto (disposizione del direttore sanitario n.405/2005), ambito ASP di Venosa. Entrambe le procedure contengono modalità di accoglienza e addestramento distinte per tipologia di figura professionale e unità operativa, nonché check list per la valutazione delle competenze durante l'addestramento/schede di valutazione del percorso di inserimento del neo assunto e di osservazione a cura nel neo inserito da compilare a fine percorso
- procedura inserimento per il comparto nell'ospedale di Villa d'Agri (contiene la scheda di valutazione e modulo unico per l'addestramento)

Mancata evidenza:

- procedura inserimento comprendente anche il personale volontario per l'intera ASP (da predisporre a partire da quelle già esistenti)
- adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno

Il **quinto Criterio**, comprende 6 requisiti e attiene alla Comunicazione. Una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento dei comportamenti



professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento

Requisiti

n.1: modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

Evidenze presenti:

- piano della comunicazione finalizzato alla circolazione delle informazioni
- pubblicazione sul sito web del PAL e delle schede di negoziazione in cui sono indicati missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse
- informazioni relative alle performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità (indicati nella pagina di presentazione dell'area di staff qualità)
- condivisione con gli operatori delle unità operative della scheda di budget (obiettivo indicato nelle schede di budget)

Mancata evidenza:

- informazioni relative alla sicurezza del paziente
- valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario

n.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

Evidenze presenti:

- valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale (effettuata dalla Regione Basilicata/risultati non ancora resi pubblici)

Mancata evidenza:

- implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale
- identificazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.

n.3: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

Evidenze presenti:

- disponibilità della Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto delle associazioni di tutela e di volontariato più rappresentative della collettività
- informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti (depliant ministeriali)

Mancata evidenza:

- apporto di categorie alla redazione della carta dei servizi
- strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini nelle strutture aziendali (v. criterio 2- requisito n.1)
- procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver
- informazioni al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (depliant/schede informative)



-modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche

n.4: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Evidenze presenti

- procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato ambito di Venosa delibera n. 296 del 10/5/2007

Mancata evidenza:

- formalizzazione e messa in atto di una procedura sui diritti e le responsabilità, l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;
- predisposizione procedura per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario per intera azienda partendo dalla documentazione esistente
- addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento;
- valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver

n.5: modalità di ascolto dei pazienti (cfr. requisito 6 – criterio 1)

Evidenze presenti:

- regolamento di pubblica tutela
- URP per l'ascolto attivo dei pazienti
- indagini di customer satisfaction e diffusione dei risultati delle indagini sul sito web aziendale

Mancata evidenza:

- utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate
- formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti

Il **sesto Criterio** comprende 4 requisiti e concerne l'Appropriatezza clinica e la sicurezza, unitamente all'efficacia, quali elementi essenziali per la qualità delle cure. Tali elementi debbono essere monitorati

Requisiti

n.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche (cfr. requisito n.5 - criterio n.1)

Evidenze presenti:

- predisposizione di PTDA a seguito di audit clinici presso l'ospedale di Melfi (fratture di femore da operare ≤ 2 giorni dall'ammissione, riduzione dei cesarei primari)
- accessibilità al personale alla raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida (dal sito web aziendale)

Mancate evidenze:



-incremento degli audit clinici con utilizzo medesima metodologia nelle articolazioni aziendali per formalizzazione/revisione di protocolli e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine, loro valutazione e aggiornamento con il coinvolgimento del personale

n.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi

n.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

Evidenze presenti:

- piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, comprensivo della prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza comprendente ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione
- sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale
- presenza di un piano di formazione specifico
- pubblicazione sul sito web aziendale dell'attività
- piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio

Mancate evidenze:

- Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA-Failure Mode and Effect Analysis per anno
- identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround);
- applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza
- definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi

n.4: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Mancate evidenze:

- Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività
- Produzione e diffusione di buone pratiche (benchmarking a seguito di audit clinici)
- Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali
- formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico

Il **settimo Criterio** contiene tre elementi. Attiene al fattore di qualità/Processi di miglioramento ed innovazione. Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo – professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa rappresentano la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili



Requisiti

n.1: Progetti di miglioramento (cfr. requisito n.5 - criterio n.1)

Evidenze presenti:

- piano della qualità contenenti obiettivi per il miglioramento della qualità non per tutte le articolazioni organizzative, la cui realizzazione è strettamente connessa alla partecipazione dei referenti della qualità
- valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni del sito web aziendale nella pagina di presentazione dell'area di staff qualità

Mancate evidenze:

- approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa specifiche risorse, ruoli e responsabilità ben strutturate
- formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)

n.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

Mancate evidenze:

- formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione

n.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

Evidenze presenti:

- formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative (più che procedure standardizzate sono adottate modalità operative di coinvolgimento del personale)
- coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative

Mancate evidenze:

- monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione
- modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca

L'ottavo Criterio comprende un solo requisito che attiene al fattore di qualità/Umanizzazione da garantire in tutte le strutture al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica



Requisito

n.1: programmi per l'umanizzazione delle cure

Evidenze presenti:

- modalità operative adottate, ma non formalizzate, sull'accoglienza del bambino in sala operatoria nell'ospedale di Melfi
- modalità operative per l'assistenza agli stranieri adottate nei servizi territoriali aziendali pubblicazione sul sito web dell'ASP
- modalità operative formalizzate per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti nei laboratori analisi degli ospedali aziendali (da formalizzare ove non esistenti nelle restanti articolazioni aziendali)

Mancate evidenze:

- presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");
- adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione (da utilizzare nel corso di audit clinici)
- formalizzazione ai fini dell'evidenza/adozione di attività assistenziali - organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale, percorso nascita, assistenza agli anziani, supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive, ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità, adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona

Considerazioni

Da quanto sopra evidenziato emerge, a mio parere, la necessità di incrementare all'interno dell'ASP l'attività finalizzata al sostegno del miglioramento continuo della qualità, quale compito specifico dell'area di staff qualità. E' opportuno che tale attività sia "messa a sistema" intendendo con questo termine l'opportunità che i vari elementi presenti o da implementare nelle strutture aziendali siano interconnessi e interagenti tra di loro e con l'esterno, tanto da far emergere un tutt'uno, pur nel rispetto delle specificità di ciascuna struttura, con un'unica regia per garantire l'uniformità sull'intero territorio dell'ASP. Per la crescita dell'Azienda in termini di qualità misurabile, evidenziabile ai fini degli audit regionali, della crescita degli operatori e della soddisfazione dei cittadini, ritengo sia necessario investire in termini di risorse umane in questo specifico settore. Difatti lo stesso disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento riporta ".....Una cultura del miglioramento continuo delle prestazioni non può esistere all'interno di una organizzazione se non è presente un coinvolgimento fattivo della Direzione sui temi della qualità....." La costruzione dello standard di prodotto e del percorso organizzativo ad esso sotteso, la predisposizione di procedure per l'attività di supporto all'attività clinica e per gli stessi percorsi assistenziali previsti dal manuale di accreditamento regionale, la promozione e realizzazione degli



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

audit clinici con compiti specifici di facilitare la loro messa in atto richiedono più risorse umane dedicate ad oggi non disponibili all'interno dell'area di staff di cui trattasi. L'atto amministrativo di accreditamento delle strutture sanitarie rappresenta la fine di un lungo e faticoso percorso da seguire all'interno delle strutture sanitarie, che vede protagonisti in primis la Direzione e a seguire gli operatori. Con l'accREDITAMENTO i requisiti richiesti dalla Regione devono essere visibili. Cade, in tal modo l'autoreferenzialità e con essa le resistenze personali e la paura inconscia di evidenziare la mission aziendale e la vision declinando i prodotti e costruendo gli standard, nel rispetto delle norme regionali. L'esperienza personale mi ha insegnato che informando, formando e dialogando con gli operatori "cadono le resistenze". Tale lavoro, eseguito inizialmente con i responsabili di struttura e spesso collegialmente con gli operatori di ciascuna di essa è pesante, a seconda delle resistenze incontrate, ma, nel contempo fascinoso e soddisfacente perché si raggiunge l'obiettivo prefissato. In effetti, tutti, fatta qualche eccezione, alla fine collaborano e predispongono gli strumenti per il soddisfacimento dei requisiti. Con l'esperienza, prima nella ex asl di Venosa, poi all'interno dell'ASP sento di aver acquisito sul campo le modalità interattive necessarie per il coinvolgimento e la partecipazione "dell'altro". Tanto era dovuto ai fini di una migliore esplicitazione dell'attività fino ad oggi erogata dalla sottoscritta, che rimane a disposizione della S.V. per ulteriori approfondimenti o necessità che ne potrebbe derivare dalla lettura della presente.

Distinti saluti

Lucia Felanjo