



# ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

L'ESPERIENZA delle AZIENDE ULSS

Dott. Domenico Mantoan  
Direttore Generale – Azienda ULSS 4 “Alto Vicentino”

**Padova, 5 marzo 2010**

# LEGGE REGIONALE n. 22/02

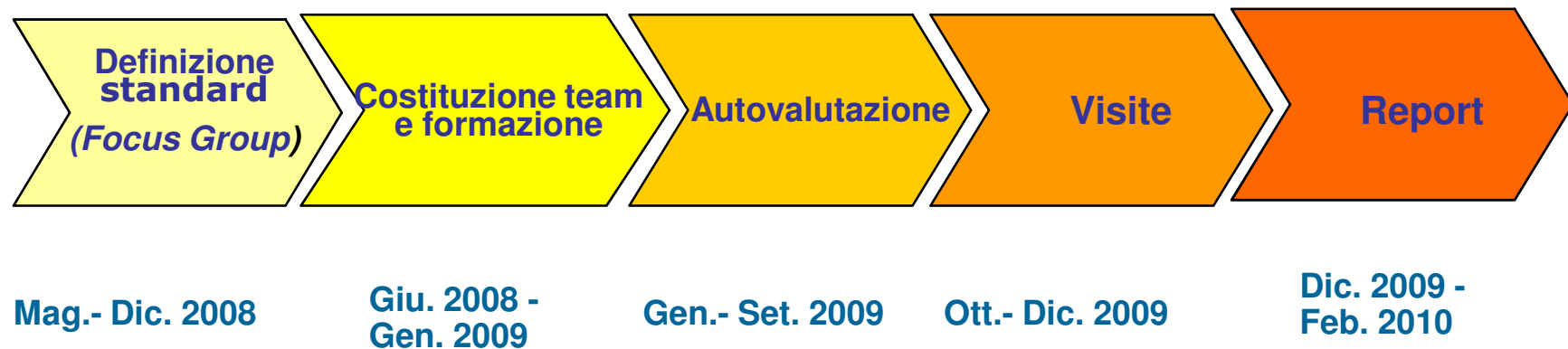


# Obiettivi espressi dalle Aziende

- ✓ Comprendere il significato di accreditamento.
- ✓ Superare la cultura dell'**autoreferenzialità** nella valutazione dei servizi confrontandosi con un sistema di valutazione esterna peer-review sulla base di standard operativi internazionali presi come quadro di riferimento.
- ✓ Utilizzare l'autovalutazione come **un'opportunità di crescita** dell'Azienda.
- ✓ **Ripensare** l'organizzazione interna
- ✓ Sviluppare la pianificazione aziendale in modo partecipato con gli operatori interni e gli stakeholder esterni, sostenendo tale processo con adeguati **percorsi di comunicazione**.
- ✓ Concepire la **valutazione** come un mezzo di apprendimento e di sviluppo di nuovi metodi di lavoro per l'implementazione di misure di miglioramento.

# Il processo

## Tappe principali



# Impegno delle Aziende

## Autovalutazione

<b>Aziende</b>	<b>N. team</b>	<b>N. partecipanti</b>
n. 4 Alto Vicentino	19	190
n. 7 Pieve di Soligo	19	278
n. 13 Mirano	7	86
n. 18 Rovigo	8	96
n. 20 Verona	8	92
AO Padova DAI Pediatria	8	117
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>859</b>

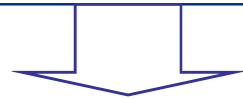
# Azienda ULSS4

COMUNI 32 → ABITANTI 187.082

OSPEDALE → 2 padiglioni → 490 posti letto

DISTRETTI SOCIO SANITARI 2

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



DIPENDENTI → 2071

64% dei dipendenti è nell'area ospedaliera



# OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



Guardarci criticamente

Superare l'autoreferenzialità con la formalizzazione delle buone pratiche

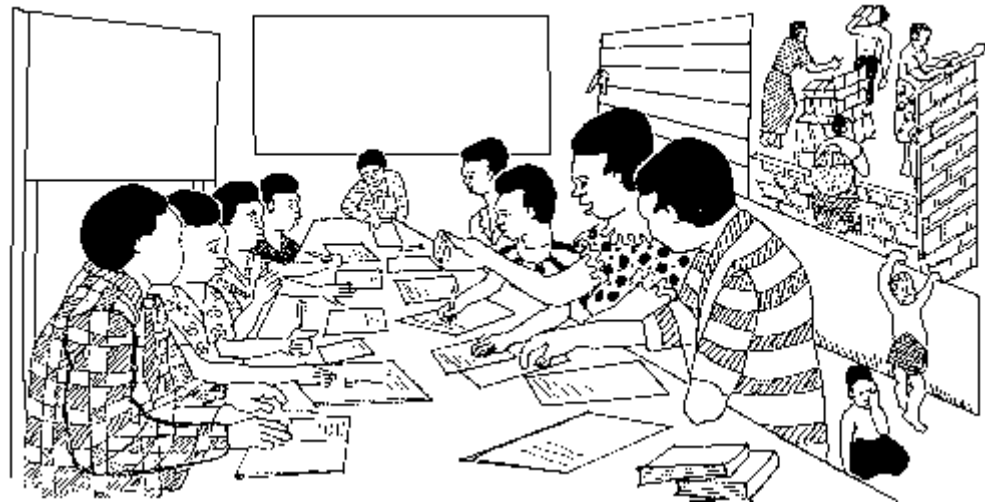


Migliorare la comunicazione all'interno dell'Azienda e con i Partners

# ORGANIZZAZIONE: TEAM DI LAVORO

- 19 Team
- 190 dipendenti coinvolti in rappresentanza di tutte le professionalità che operano all'interno dei Dipartimenti nel percorso assistenziale del paziente e nell'ottica della continuità dell'assistenza.

Ogni componente si sentiva al tempo stesso professionista coinvolto e "portavoce" dell'area professionale che rappresentava



# ORGANIZZAZIONE TEAM DI LAVORO

## TEAM TRASVERSALI standards trasversali Accreditation Canada

- Team di Leadership e Partnership
- Team gestione ambiente
- Team gestione risorse
- Team sistema informativo



# ORGANIZZAZIONE TEAM DI LAVORO

## TEAM SERVIZI standards "di servizi" Accreditation Canada

- Assistenza alla madre e al neonato
- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza per Acuti
- Cure intensive, urgenza, emergenza
- Salute mentale e dipendenze
- Servizi diagnostici
- Assistenza riabilitativa
- Servizi Residenziali e Semiresidenziali per Disabili
- Servizi di assistenza primaria
- Assistenza domiciliare
- Servizi Residenziali e Semiresidenziali per Anziani
- Sanità pubblica
- Sanità animale e igiene alimentare

# METODO DI LAVORO IN TEAM



- ✓ Lavorare insieme
- ✓ Condividere una stessa visione ed obiettivi generali e specifici
- ✓ Condividere responsabilità e fiducia comuni
- ✓ Dirigere i risultati individuali verso gli obiettivi dell'ente e del team

# PERCORSO ACCREDITAMENTO

**Fase 1**

**Prepararsi per l'Accreditamento:  
costituzione dei team - formazione ottobre 2009**

**Fase 2**

**Fare l'autovalutazione: gennaio - giugno 2009**

**Fase 3**

**Ricevere la visita: 30 novembre 4 dicembre 2009**

**Fase 4**

**Ricevere il Report febbraio 2010**

# VISITA VALUTATORI

- **Visita nei reparti con intervista a 2 assistiti selezionati dall'azienda rappresentativi della tipologia di servizio fornito dopo lettura della loro cartella clinica**
- **colloqui con i team di assistenza**

**colloqui  
con i team  
trasversali**

**Riunione iniziale  
con Direzione**

**focus group:**

- **assistiti**
- **personale**
- **partner**

**DEBRIEFING FINALE**

# RISULTATI

- ✓ **Riflessione** organizzativa a tutti i livelli
- ✓ **Crescita** del livello di comunicazione e di collaborazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione (*comunicazione nei team e coinvolgimento dei componenti dei team degli operatori non direttamente interessati nell'autovalutazione*).
- ✓ **Promozione** del lavoro di gruppo (*es. istituzione di un gruppo tecnico per la valutazione delle procedure protocolli e percorsi assistenziali*).
- ✓ **Esperienze** di Formazione sul campo per gli operatori coinvolti
- ✓ **Incremento** della credibilità verso tutti gli stakeholder
- ✓ **Acquisizione** di indicazione pratiche da parte dei valutatori esterni per migliorare i servizi.

# Prospettive

## Documento delle Direttive per l'anno 2010

### 2.1 OBIETTIVI GENERALI:

(...) l'accreditamento istituzionale e di eccellenza



### Budget 2010

#### OBIETTIVO:

Adempimento delle prescrizioni previste per accreditamento di eccellenza, validate dalla direzione

- 
- ✓ **Utilizzare il report**
  - ✓ **Ripensare i servizi**
  - ✓ **2012 Nuova organizzazione aziendale Nuovo ospedale a Santorso**
- Accreditamento di eccellenza**



# CRITICITÀ

## Differenze contesto culturale

**Sicurezza del paziente:** attenzione eccessiva soprattutto alla segnalazione degli eventi correlata probabilmente a una situazione canadese diversa dall'italiana

### **Raccomandazione**

Si raccomanda di inserire esplicitamente, e per iscritto, la sicurezza dei pazienti negli obiettivi strategici dell'ULSS 4

**Direttive del Direttore Generale per la pianificazione delle attività aziendali 2009: punto 4.6**

*“La gestione della sicurezza del paziente (...)”*

# CRITICITÀ

**LEADERSHIP & PARTNERSHIP**

Criterio 2.2

Descrittore : *Efficacia*

## Raccomandazione

Si raccomanda di valutare l'efficacia della comunicazione nella comunità.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio			
3	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>B</b>	Urgenza <b>B</b>	

## Evento avverso potenziale

Si rischia che diventi difficile ottenere la collaborazione della comunità se esistono e persistono interruzioni nella comunicazione (problemi di comprensione) tra il team e la comunità, in particolare nello sviluppo di strategie di promozione, di prevenzione e di educazione rivolte alla popolazione.

## Motivo dell'urgenza

La valutazione dell'efficacia delle comunicazioni nella comunità supporta il team nello sviluppo della propria competenza al fine di essere certa di soddisfare i bisogni della popolazione del proprio territorio e, in particolare, quelli delle popolazioni difficili da raggiungere.

## Conferenza dei Sindaci - Associazioni di Volontariato - Case di Riposo

“ I programmi di prevenzione e promozione sono ben sviluppati in particolare quelli della vaccinazione pediatrica, screening delle malattie croniche e di screening del tumore del colon, alla mammella e al collo dell'utero”

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

**LEADERSHIP & PARTNERSHIP**

Criterio 6.3



Descrittore : *Legittimità*

### Raccomandazione

Si raccomanda di elaborare un piano d'azione volto ad inserire il codice etico nelle pratiche cliniche e amministrative.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio			
		Probabilità	Gravità	Urgenza	
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>

### Evento avverso potenziale

Rischi di infrazioni in materia di comportamento etico e deontologico. Mancanza di misure di miglioramento laddove vengono osservati limiti nel comportamento del personale e in occasione di prese decisionali non deontologiche.

### Motivo dell'urgenza

Evitare comportamenti etici e deontologici inadeguati nel comportamento e nel processo decisionale.

### Definizione di etica?

Codice deontologico medici - infermieri

Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni circolare adottata del 12 luglio 2001, n.2198, inerente le norme sul comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni - Direttiva n. 8/07 recante principi di valutazione dei comportamenti nelle pubbliche amministrazioni

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

**LEADERSHIP & PARTNERSHIP**

Criterio 6.1



Descrittore : *Legittimità*

### Raccomandazione

Si raccomanda di inserire un approccio etico nella modalità gestionale.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
2	2	Probabilità <b>A</b>	Gravità <b>A</b>	Urgenza <b>A</b>

### Evento avverso potenziale

Non essere disposti ad affrontare dei conflitti tanto nella gestione amministrativa delle pratiche dell'ente quanto nella presentazione di problemi connessi ai servizi presso i assistiti.

### Motivo dell'urgenza

L'incremento progressivo dei problemi di natura etica sia nelle funzioni amministrative sia nelle funzioni cliniche.

# CRITICITÀ

---

## LEADERSHIP & PARTNERSHIP

Criterio 7.2

Descrittore : *Allineamento del sistema*

---

### Raccomandazione

Si raccomanda di elaborare gli obiettivi generali e specifici dell'ente che consentiranno di stabilire degli indicatori dei risultati e di soddisfare i bisogni della popolazione.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio					
3	3	Probabilità	<b>M</b>	Gravità	<b>M</b>	Urgenza	<b>M</b>

### Evento avverso potenziale

La mancanza di obiettivi equivale a rispondere alle domande ad hoc senza preoccuparsi di promozione, prevenzione e di educazione nei confronti della popolazione.

### Motivo dell'urgenza

Rispondere alle esigenze attuali ed evolutive della popolazione, sviluppare una pratica di servizi di prevenzione e di auto-medicazione.

- ✓ Direttive Direttore Generale
- ✓ Budget
- ✓ Piano di Comunità

# CRITICITÀ

## Differenze contesto normativo

**LEADERSHIP & PARTNERSHIP**

Criterio 15.3



Descrittore : *Cultura*

### Raccomandazione

Si raccomanda di instaurare un meccanismo di valutazione della qualità dell'ambiente di lavoro.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
<b>3</b>	<b>2</b>	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>A</b>

### Evento avverso potenziale

Un ambiente di lavoro malsano è fonte di problemi quotidiani per il personale, i quali hanno un impatto sugli assistiti ai quali viene erogato il servizio.

### Motivo dell'urgenza

Una qualità della vita sul posto di lavoro che risponde alle esigenze del personale incrementa la produttività e l'efficienza sul lavoro e riduce l'assenteismo.

**D.lgs 81/08** : Documento della valutazione dei rischi, nomina medico competente, nomina Responsabile SPP, nomina dirigenti e preposti nomina Direttore UOC per le funzioni igiene, sicurezza e rischio clinico

# CRITICITÀ

---

**LEADERSHIP & PARTNERSHIP**

Criterio 11.3

Descrittore : *Efficacia*

---

## Raccomandazione

Si raccomanda di eseguire periodicamente un resoconto per le autorità competenti.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
5	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>M</b>

## Evento avverso potenziale

Che le risorse siano influenzate in modo inappropriato.

## Motivo dell'urgenza

Eseguire gli adeguamenti nel più breve tempo possibile, prima che la situazione finanziaria peggiori, e adeguare le decisioni successive.

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

LEADERSHIP & PARTNERSHIP

Criterio 9.2



Descrittore : *Disponibilità*

### Raccomandazione

Si raccomanda di introdurre un sistema di gestione della qualità che consenta di valutare, tra gli altri aspetti, l'efficacia e l'efficienza dei servizi.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio			
3	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>A</b>	

### Evento avverso potenziale

Nessuna oggettivazione degli adeguamenti da apportare e rischio di ripetere gli errori.

### Motivo dell'urgenza

Stimolare l'ente ed i suoi partner al miglioramento continuo dei servizi.

**Quali sono gli indicatori per la valutazione dell'efficacia e efficienza dei servizi ?**

# CRITICITÀ

## Differenze contesto normativo

---

**RISORSE UMANE**

Criterio 6.4

Descrittore : *Ambiente  
Favorevole all'Apprendimento*

---

### Raccomandazione

Si raccomanda di implementare un programma di valutazione delle performance di tutto il personale (il programma di performance dovrebbe essere adeguato ad ogni tipo di lavoro o ad ogni servizio) e di rivedere gli strumenti di valutazione del rendimento del personale affinché siano adeguati ad ogni tipo di lavoro o ad ogni servizio (in questo modo sarà possibile offrire una risposta migliore alle esigenze del personale e stabilire obiettivi personalizzati).

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
3	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>M</b>

### Evento avverso potenziale

L'utilizzo di strumenti di valutazione non pertinenti non favorisce l'individuazione dei punti di forza e dei limiti.

### Motivo dell'urgenza

Rispondere alle esigenze del personale e realizzare un piano di sviluppo professionale.

**Valutazione prevista dai Contratti sia della dirigenza  
che del comparto**

# CRITICITÀ

## Differenze contesto normativo

RISORSE UMANE

Criterio 7.2



Descrittore : *Progettazione del lavoro e dell'impiego*

### Raccomandazione

Si raccomanda di elaborare la descrizione delle mansioni di ogni tipo di lavoro dell'ente al fine di inquadrare correttamente il personale.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio					
4	3	Probabilità	<b>M</b>	Gravità	<b>M</b>	Urgenza	<b>A</b>

### Evento avverso potenziale

La mancanza di chiarezza scritta relativa ai ruoli non consente di effettuare un'adeguata valutazione del rendimento del personale e di individuare i punti di miglioramento.

### Motivo dell'urgenza

Responsabilizzare maggiormente il personale e garantire un migliore inquadramento.

**Legge 42/99** : "...Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con D.P.R. n° 225 del 14/03/1974,( ...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, c. 3, D. Lgs. n° 502/'92, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali

# CRITICITÀ

---

**RISORSE UMANE**

Criterio 9.2

Descrittore : *Appropriatezza*

---

## Raccomandazione

Si raccomanda di mantenere aggiornate le cartelle del personale assicurandosi di inserire i documenti relativi alla costante formazione annuale dello stesso e le valutazioni relative al rendimento periodico. In questo modo è possibile preservare la competenza del personale.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
5	4	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>M</b>

## Evento avverso potenziale

Personale non qualificato, che non offre buone performance e privo di procedure di sviluppo professionale personalizzato.

## Motivo dell'urgenza

Verificare la competenza del personale e preservarla.

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

DIREZIONE MEDICA

Criterio 1.1

Descrittore : *Disponibilità*

### Raccomandazione

Si raccomanda di strutturare una procedura costante di valutazione dei bisogni della popolazione.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio			
4	4	Probabilità <b>B</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>B</b>	

### Evento avverso potenziale

Non offrire servizi soprattutto agli assistiti difficilmente raggiungibili.

### Motivo dell'urgenza

Erogare tutti i servizi necessari alla popolazione.

Direzione medica nell'attività di Poliambulatorio

Valutazione dei bisogni della popolazione analisi condotta dalla Direzione Generale e Comitato aziendale di budget

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

**DIPARTIMENTO**

**MATERNO-INFANTILE**

Critero 13.6

Descrittore : *Sicurezza*

**Raccomandazione**

Si raccomanda al team di creare un protocollo chiaro per la gestione dei comportamenti aggressivi o violenti.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio					
<b>2</b>	<b>3</b>	Probabilità	<b>M</b>	Gravità	<b>M</b>	Urgenza	<b>M</b>

**Evento avverso potenziale**

L'incapacità di gestire adeguatamente gli assistiti con comportamenti aggressivi o violenti.

**Motivo dell'urgenza**

Adottare provvedimenti per arginare le crisi di violenza o di aggressività.

Tutti i team, tranne il dipartimento salute mentale, hanno dato un punteggio basso, evidenza di assenza del problema

**Raccomandazione n°8** - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

# CRITICITÀ

## Differenze contesto normativo

### RIABILITAZIONE

Criterio 11.5



Descrittore : *Partecipazione e Partnership*

#### Raccomandazione

Si raccomanda di introdurre un processo interno volto alla gestione dei reclami e che sia adatto al dipartimento.

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
5	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>A</b>

#### Evento avverso potenziale

Mancata conoscenza dei problemi riscontrati dagli assistiti.

#### Motivo dell'urgenza

Ridurre, se non addirittura eliminare, le insoddisfazioni espresse dagli assistiti e quindi migliorare il servizio offerto.

**La gestione dei reclami è affidata per norma nazionale e regionale all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'Azienda**

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

---



CURE PRIMARIE

Criterio 5.5

Descrittore : *Accessibilità*

---

### Raccomandazione

Si raccomanda di prevedere il triage 24 ore su 24 per garantire l'accesso al servizio giusto.

---

Punteggio dell'ente	Punteggio visita di accreditamento	Classificazione del rischio		
3	3	Probabilità <b>M</b>	Gravità <b>M</b>	Urgenza <b>M</b>

### Evento avverso potenziale

Rischio di peggioramento dello stato di salute degli assistiti che ricevono tardivamente i servizi richiesti.

### Motivo dell'urgenza

Garantire la sicurezza degli assistiti e ridurre il possibile peggioramento del loro stato di salute.

**L'organizzazione italiana delle cure primarie si avvale del medico di medicina generale e del medico di continuità assistenziale non di un triage aziendale**

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

---

<b>5. Rivalutazione delle terapie farmacologiche con l'assistito all'atto del suo trasferimento e comunicazione delle relative informazioni al fornitore di assistenza sanitaria che prende in carico l'assistito all'atto dell'invio o del trasferimento ad altra struttura, servizio, fornitore di assistenza sanitaria o livello di assistenza, internamente o esternamente all'ente.</b>	<b>Valutazione : N</b>
--	------------------------

---

### Raccomandazione

Si raccomanda di stilare, con l'assistito, un resoconto comparativo dei farmaci nel momento in cui viene ammesso nella struttura o quando viene trasferito, e trasmettere tale resoconto al futuro operatore nel momento dell'ammissione o del trasferimento verso un'altra struttura, verso un altro servizio, verso altri operatori o altri reparti di assistenza all'interno o all'esterno dell'ente.

---

**Cartella clinica**  
|  
**lettera dimissione/trasferimento sia medica che infermieristica**  
|  
**dimissione protette**  
|  
**gestione del paziente da parte del medico di medicina generale**

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

- 
- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. Eliminare gli elettroliti concentrati (incluso, ma non solo, il cloruro di potassio, il fosfato di potassio e il cloruro di sodio >0,9%) dalle aree di cura dell'assistito. | Valutazione : D |
|--|-----------------|
- 

### Raccomandazione

Si raccomanda di assicurarsi che venga rispettato il protocollo per la rimozione degli elettroliti concentrati all'interno dell'ente e che venga ritirato il cloruro di potassio da tutte le unità.

---

### **Ministero della Salute :**

*Raccomandazione per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio.*

### **Uls 4 " Alto vicentino "**

*Procedura aziendale gestione farmaci*

# CRITICITÀ

## Differenze contesto organizzativo

Una parte degli standard proposti non rappresenta l'organizzazione del Servizio Regionale Veneto.

*Es.: Standard 14.5 L'organizzazione controlla la qualità del Servizio farmacia e dei servizi che utilizzano altre tecnologie terapeutiche*

---


<b>2. Standardizzare e limitare la quantità di farmaci disponibili all'interno dell'ente.</b>	<b>Valutazione :</b>	<b>N</b>
---	----------------------	----------

---

### **Raccomandazione**

Si raccomanda di limitare e di uniformare il numero e i tipi di farmaci in tutte le unità di assistenza. Si dovrebbe prevedere, in ciascuna unità, un elenco dei farmaci disponibili, assicurandosi che contenga quantità precise per ogni farmaco. Inoltre, dovrebbe essere evitata la presenza in magazzino di due concentrazioni di uno stesso farmaco.

**Processo di individuazione degli standard ?**



Tutto il nostro lavoro è rivolto ai cittadini  
affinchè si sentano dei privilegiati  
per i servizi sociosanitari offerti loro  
dalla nostra Azienda

ULSS  
ALTOV CENTINO