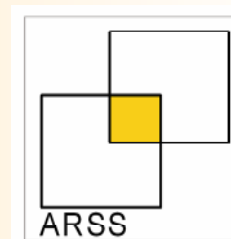




REGIONE DEL VENETO



**Agenzia  
Regionale  
Socio  
Sanitaria  
del Veneto**

**DELL'ARSS DEL VENETO**

**Quaderno n. 5**

**I QUADERNI**

**DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA  
DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA  
DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE**

**Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002, art. 21**

**I QUADERNI  
DELL'ARSS DEL VENETO**

**Quaderno n. 5**

**DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI  
ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DEL  
SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE**

**Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002, art. 21**

Il Quaderno è stato curato da:

**Maria Ines Axerio**

**Cinzia Bon**

**Elisa Caser**

**F. Antonio Compostella**

**Costantino Gallo**

**Evelino Marco Perri**

Progettazione, grafica, redazione ed impaginazione del Quaderno a cura di: **Ingrid Monaco** - ARSS del Veneto

Copia di questo volume può essere scaricata dal sito internet dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto  
al seguente indirizzo web: **[www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)**  
dicembre 2007

Per informazioni scrivere all'indirizzo e mail **[arss@regione.veneto.it](mailto:arss@regione.veneto.it)**

Stampa: **Tipografia 3BPress - Venezia**

L'opera realizzata è di proprietà esclusiva dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto che la utilizza per finalità istituzionali.

**© Copyright 2007**  
**Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto**

Telefono 041- 279 35.61/62  
Ca' Zen ai Frari – San Polo 2580 – 30125 Venezia  
[www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)  
[arss@regione.veneto.it](mailto:arss@regione.veneto.it)

## INTRODUZIONE

La LR n. 22/02 “Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie, Socio Sanitarie e Sociali della Regione Veneto” si colloca all’interno di un percorso strategico che ha come obiettivo quello di avviare un processo di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) del Servizio Socio Sanitario Regionale.

Si tratta di una operazione di grande valenza che delinea un nuovo modo di concepire la qualità in sanità, intesa come risposta al più alto livello possibile alla richiesta di salute dei cittadini.

Il processo, infatti, è costituito da una serie successiva di adempimenti, a partire dall’autorizzazione, con successivo passaggio all’accreditamento istituzionale, fino ad arrivare all’accreditamento di eccellenza.

Questo impianto di fatto determina, oggi, due livelli di accreditamento.

La LR n. 22/02 prende atto di una serie variegata di situazioni costituite da eredità storiche che potrebbero far pensare all’esistenza di diverse condizioni di sviluppo del processo di miglioramento della qualità da parte dei diversi protagonisti dell’offerta sanitaria, sia essa pubblica (ULSS e AO) o privata; da tale contesto intende partire per promuovere e valorizzare quelle aree che già si collocano, per tradizione organizzativa e culturale propria di questa Regione, in aree di qualità già vicine all’eccellenza, che non potranno che favorire un allineamento progressivo verso l’alto in un processo di qualità in continua evoluzione.

Un primo concreto passo dell’operatività del processo è costituito dalla DGRV n. 2501/04, che ha approvato il Manuale di attuazione della LR n. 22/02, delineando le procedure e fornendo le indicazioni pratiche tese a raggiungere tutti gli obiettivi di qualità e sicurezza sottostanti al processo di accreditamento istituzionale.

Con la realizzazione del Progetto sperimentale regionale descritto in questo Quaderno ARSS, la Regione intende completare lo sviluppo del Programma di Accredimento di Eccellenza per il Veneto, fondato sul confronto tra gli standard e i processi costruiti sulla base delle esperienze locali storicamente riconosciute ad alto impatto di gradimento di tutti gli attori coinvolti sul piano locale, e quelli stabiliti all’interno dei circuiti di erogazione qualitativamente validati e riconosciuti a livello internazionale.

Vi è in tal senso l’impegno, che è insieme onore ed onere, a sostenere nuove linee di sviluppo della qualità che si configurino come momento di confronto, ma anche di modello originale di proposte anche esportabili all’esterno del territorio regionale. Va comunque sottolineato che, a parte alcune situazioni di avanguardia, l’Accreditamento di Eccellenza rappresenta un tema che deve trovare spazi di consolidamento e di verifica nel tempo, specie per quanto riguarda la pratica dei sistemi sanitari. Va ribadito che siamo in presenza di una rivoluzione anche culturale del modo di intendere la qualità in sanità, trattandosi di impegni ed atteggiamenti concreti, che non vogliono assolutamente essere pure operazioni di promozione di immagine, né della Regione né di limitate situazioni locali. Si tratta cioè di stabilizzare nel territorio condizioni strutturali, professionali e organizzative che, nella loro elevata omogeneità qualitativa, garantiscano risposte adeguate che, attraverso la qualità, raggiungano anche la limitazione degli sprechi, compresa la domanda impropria.

La Giunta Regionale e l'Agenda Regionale Socio Sanitaria del Veneto (ARSS), cui è stato affidato il mandato di realizzare il percorso complessivo indicato dalla LR n. 22/02, di cui il progetto sperimentale qui presentato è parte, sono impegnate a tradurre in concreta attuazione le norme in essa contenute, nell'auspicio che i risultati e l'impatto sul sistema siano corrispondenti alle attese, anche al fine di prefigurare gli sviluppi futuri in una ottica di continuità del miglioramento. Credono altresì che questo progetto sia uno strumento potente per promuovere la valutazione della performance del SSSR e la sua riorganizzazione verso standard ottimali.

Il progetto sperimentale diventa, pertanto, parte del disegno strategico a lungo respiro da realizzarsi nell'arco di alcuni anni, attraverso tappe successive in cui raggiungere progressivamente obiettivi concreti a breve, medio e lungo termine così riassumibili:

- Realizzazione e applicazione di un modello (standard e processo) per l'accreditamento di eccellenza, aderente alla realtà sanitaria veneta, validato e riconosciuto a livello internazionale; saranno in tal modo valorizzate alcune peculiarità proprie di alcune realtà sanitarie più sensibili alla tematica e disponibili a misurarsi sul tema con coerenza e continuità fino ad arrivare in queste realtà al riconoscimento formale dello stato di accreditamento da parte di un organismo internazionale.

Il successo di questa prima tappa, coincidente con il progetto sperimentale in essere, è cruciale per la realizzazione del disegno complessivo partendo da fondamenta solide.

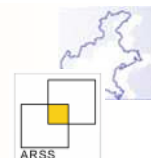
E' assolutamente importante che nelle aziende che partecipano al progetto si ottengano i migliori risultati possibili in modo da costruire un modello che sia di stimolo e riferimento per tutto il Servizio Socio Sanitario Regionale.

- Estendere progressivamente l'adozione e l'applicazione dell'accreditamento di eccellenza a tutte le altre Aziende sanitarie pubbliche e alle strutture private che agiscono all'interno del territorio regionale, attraverso la diffusione della cultura dell'eccellenza e delle migliori pratiche organizzative e cliniche.
- Arrivare ad un programma di accreditamento unico per il SSSR, senza più la distinzione fra istituzionale e di eccellenza, allineato su standard e processi ottimali e al suo accreditamento da parte dall'International Society for Quality in Healthcare (ISQua).

L'ARSS è pronta alla sfida per l'ideazione e la concretizzazione di questo disegno regionale, che pone il Veneto all'avanguardia all'interno del panorama nazionale, con la consapevolezza di essere uno dei protagonisti di un processo epocale.

Questa pubblicazione vuole essere uno strumento di condivisione dei risultati finora raggiunti e degli obiettivi da perseguire a breve e medio termine finalizzato alla diffusione della cultura della qualità nelle sue espressioni di eccellenza.

IL DIRETTORE DELL'ARSS  
Dott. F. Antonio Compostella



## - **INDICE** -

1.	<b>CHE COSA SI INTENDE PER ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA .....</b>	<b>6</b>
2.	<b>ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO .....</b>	<b>7</b>
3.	<b>BENEFICI DELL'ACCREDITAMENTO .....</b>	<b>10</b>
4.	<b>PROGETTO DELLA REGIONE VENETO PER LA DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA REGIONALE DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA .....</b>	<b>11</b>
4.1.	IL CONTESTO.....	11
4.2.	LA PREPARAZIONE.....	12
4.3.	LA PROGETTAZIONE.....	13
4.4.	IL PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO DEL CCHSA.....	15
5.	<b>LA REALIZZAZIONE DELLA PRIMA MACRO FASE DEL PROGETTO SPERIMENTALE REGIONALE .....</b>	<b>17</b>
6.	<b>LA PROGETTAZIONE E L'AVVIO DELLA SECONDA MACRO FASE DEL PROGETTO SPERIMENTALE REGIONALE .....</b>	<b>35</b>

# 1. CHE COSA SI INTENDE PER ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

L'Accreditamento di Eccellenza è un riconoscimento pubblico del raggiungimento da parte di un'organizzazione sanitaria di standard ottimali e raggiungibili in un determinato contesto spaziale e temporale.

A tale riconoscimento si giunge attraverso un processo di valutazione efficace e riconosciuto internazionalmente, utilizzato in molti paesi in tutto il mondo, per la valutazione esterna della qualità dei servizi sanitari al fine di garantire un'assistenza sicura e di alta qualità.

L'accREDITAMENTO di eccellenza si basa su processi e standard concepiti e sviluppati da professionisti sanitari per i servizi sanitari.

Di norma, l'accREDITAMENTO di eccellenza è un programma volontario, in cui valutatori "pari", esterni e indipendenti, valutano la conformità di un'organizzazione rispetto a prestabiliti standard di performance.

L'accREDITAMENTO riguarda la capacità o la performance di un'organizzazione nel suo complesso e non del singolo professionista, coprendo un ampio spettro di organizzazioni: dalle diverse articolazioni dall'assistenza territoriale a quella ospedaliera fino alle Aziende Sanitarie nel complesso.

A differenza della autorizzazione, l'accREDITAMENTO pone il focus su strategie di miglioramento continuo e sul raggiungimento di standard qualitativi ottimali

(di eccellenza), piuttosto che la aderenza a standard minimi tesi a garantire la sicurezza pubblica.

Per questo gli standard per l'accREDITAMENTO di eccellenza sono stabiliti al massimo livello raggiungibile al fine di stimolare il miglioramento nel tempo.

Le raccomandazioni e i riscontri che emergono dalla valutazione dei pari forniscono alle organizzazioni una vera e propria road map per introdurre miglioramenti nei servizi offerti ai propri utenti. Sono proprio gli utenti che in definitiva traggono beneficio dall'accREDITAMENTO.

## 2. ORIGINE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

L'embrione originario di tutti i sistemi di accreditamento scaturisce essenzialmente dall'impegno assunto all'inizio del secolo scorso dall'American College of Surgeon a *"standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina"* (Terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America, 1912).

L'attività di accreditamento nasce dunque da un'esigenza dei professionisti di vedere riconosciuta la qualità della loro attività davanti alla comunità professionale e civile.

La dichiarazione esprime un approccio di estrema attualità che pone l'accento sul miglioramento continuo della qualità e sulla centralità del cittadino utente quali elementi essenziali per un servizio sanitario di qualità.

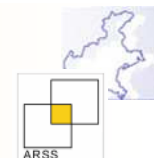
La necessità per il sistema sanitario statunitense di dotarsi così precocemente di un sistema di verifica formale della corrispondenza delle strutture sanitarie a standard qualitativi ed organizzativi prefissati scaturisce essenzialmente dall'ampia diffusione in quel paese di strutture sanitarie di tipo

privato, sia a scopo di lucro sia di beneficenza, che, in un regime di assoluto liberismo, necessitavano di controlli sempre più serrati.

E' in questo senso che nel 1919 mediante l'Hospital Standardization Program sono individuati, sempre dall'American College of Surgeon, i cinque criteri di accreditamento delle strutture sanitarie:

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





almeno un laboratorio e un servizio di radiologia.

Nel corso degli anni aderiscono a questa iniziativa diverse altre associazioni mediche tra cui l'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physician, la Canadian Medical Association e l'American Dental Association.

In questo contesto nel 1951 nasce la Joint Commission on Accreditation of Hospital – JCAH (in seguito assume l'attuale denominazione di Joint Commission on Accreditation of Health Organization – JCAHO), che dopo due anni (1953) pubblica i suoi primi "Standard for Hospital Accreditation", riguardanti requisiti minimi per gli ospedali, relativi sostanzialmente ad aspetti strutturali.

Con l'introduzione dei programmi di Medicare e Medicaid la politica di accreditamento si evolve, passando dalla logica dei requisiti minimi a quella degli standard mirati a promuovere e mantenere una elevata qualità dell'assistenza, attraverso l'analisi, il controllo e la valutazione delle pratiche cliniche esistenti.

Nel 1958, su iniziativa delle associazioni mediche e dell'Hospitals' Association del Canada, nasce il Canadian Council on Accreditation of Hospital - CCAH (in seguito assume l'attuale denominazione di Canadian Council on Health Services Accreditation – CCHSA), che si configura come ente di accreditamento autonomo, separandosi dalla cugina JCHO statunitense.

Nel 1974 viene istituito l'Australian Council on Healthcare Standard – ACHS.

Nel 1981 viene introdotto un programma di accreditamento degli ospedali in Catalogna, prima esperienza in Europa.

Negli ultimi dieci anni del secolo scorso si assiste ad una rapida diffusione dei programmi di accreditamento in tutto il mondo, ed in particolare in Europa, in cui attualmente la maggior parte dei paesi membri dell'Unione Europea hanno programmi di accreditamento completamente operativi o sono comunque interessati ed impegnati a svilupparli.

Nel prospetto seguente sono riportate le informazioni sulla diffusione dei programmi di accreditamento in Europa ricavate dai risultati del Progetto ExPeRT (External Peer Review Techniques), condotto dal 1996 al 1999 con finanziamento dalla Commissione Europea con la finalità di analizzare e valutare l'utilizzo e lo sviluppo dei principali modelli di valutazione esterna tra pari adottati in Europa ed in particolare nei paesi membri.

## UTILIZZO DEI 4 PRINCIPALI MODELLI DI VALUTAZIONE ESTERNA TRA PARI IN EUROPA

Situazione aggiornata all'anno 2000

STATI	Visitate	Accreditamento	EFQM	ISO 9000
Austria				
Belgio				
Danimarca				
Finlandia				
Francia				
Germania				
Grecia				
Irlanda				
Islanda				
Italia				
Lussemburgo				
Norvegia				
Olanda				
Portogallo				
Regno Unito				
Spagna				
Svezia				

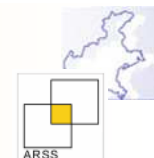
### LEGENDA:

	Non presente		Interesse		Implementazione iniziale		Utilizzo documentato
---	--------------	---	-----------	---	--------------------------	---	----------------------

Fonte: Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 177-182

La certificazione secondo le norme ISO è il modello maggiormente utilizzato a livello europeo, anche se all'interno dei singoli paesi la sua diffusione è molto diversificata.

La popolarità dell'ISO è da attribuirsi al suo riconoscimento internazionale e alla sua applicabilità a singole funzioni o unità organizzative, specialmente laboratori e radiologie.



Nonostante la sua diffusione in tanti paesi risultano essere poche le organizzazioni che sono certificate nel loro complesso.

L'accREDITAMENTO, progettato per intere organizzazioni, occupa la seconda posizione in quanto a diffusione e trova applicazione significativa nei paesi in cui i programmi sono resi operativi sulla base di una normativa specifica.

Pur non avendo informazioni precise sulla situazione attuale, ci sono indicazioni sulla

continua espansione della diffusione dell'accREDITAMENTO in Europa, con la sua introduzione progressiva in altri paesi, quali ad esempio Austria, Danimarca e molti dei paesi nuovi membri dell'Unione Europea, e il suo consolidamento in quelli evidenziati nel prospetto precedente.

### 3. BENEFICI DELL'ACCREDITAMENTO

In generale, partecipando ad un programma di accREDITAMENTO, le organizzazioni beneficiano di un processo di valutazione approfondito che le conduce ad elaborare un piano di azione per migliorare ogni aspetto dell'assistenza e dei servizi forniti.

Attraverso la valutazione dell'assistenza e dei servizi forniti, che fornisce un quadro chiaro dei punti di forza e delle aree che devono essere migliorate, le organizzazioni sono in grado di misurare in modo accurato le proprie performance cliniche ed organizzative.

I benefici segnalati più frequentemente dalle organizzazioni che hanno intrapreso percorsi di accREDITAMENTO sono:

- Dimostrazione di impegno per migliorare la qualità dei servizi.
- Processo di formazione di cui beneficia tutto il personale.

- Acquisizione di validi e pratici suggerimenti da parte dei valutatori esterni per migliorare i servizi.
- Crescita del livello di comunicazione e di collaborazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione.
- Promozione del lavoro di gruppo attraverso la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali.
- Aumento della credibilità verso tutti i portatori di interessi (stakeholder).
- Dimostrazione di trasparenza e di rendicontazione pubblica.

## 4. PROGETTO DELLA REGIONE VENETO PER LA DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA REGIONALE DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

### 4.1. IL CONTESTO

La Legge Regionale n. 22/02 “Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie, Socio Sanitarie e Sociali della Regione Veneto” ha delineato un percorso graduale per raggiungere la qualità del sistema socio sanitario che parte dall’autorizzazione, per passare all’accreditamento istituzionale ed arrivare all’accreditamento di eccellenza.

Si tratta di un approccio peculiare della Regione Veneto che coniuga in un disegno complessivo di sistema le diverse esigenze di garanzia della qualità dell’assistenza e dei servizi forniti:

- Garantire livelli minimi ed uniformi di sicurezza in tutte le organizzazioni/strutture che operano all’interno della regione attraverso l’Autorizzazione all’Esercizio (standard/requisiti di natura prevalentemente strutturale).
- Caratterizzare i servizi che operano per conto del SSSR con ulteriori requisiti qualitativi di carattere prevalentemente organizzativo attraverso l’Accreditamento Istituzionale (standard/requisiti di natura prevalentemente organizzativa).
- Promuovere l’eccellenza per garantire i migliori risultati possibili attraverso l’Accreditamento di

Eccellenza (standard/requisiti orientati soprattutto ai risultati/output).

Pertanto, l’impianto della legge riconosce l’esistenza di diverse velocità nello sviluppo del processo di miglioramento della qualità da parte delle diverse Aziende sanitarie (ULSS e AO) e delle strutture private, ma contestualmente intende promuovere e valorizzare le aree di eccellenza, allo scopo di favorire un allineamento progressivo verso l’alto e non un appiattimento verso il basso.

All’accreditamento di eccellenza fa riferimento l’articolo 21 della Legge:

*“La Giunta regionale promuove lo sviluppo dell’accreditamento di eccellenza, inteso come riconoscimento internazionale della applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attuate da parte delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali”.*

## 4.2. LA PREPARAZIONE

In quest'ottica, nel 2000, ancora in fase di discussione del Progetto di Legge, la Giunta Regionale ha approvato una Ricerca Sanitaria Finalizzata (RSF) con l'obiettivo generale di verificare la preparazione del SSSR alla adozione ed implementazione di un programma di accreditamento di eccellenza sulla base di un modello validato e consolidato a livello internazionale.

L'azienda ULSS n. 1 di Belluno è stata individuata dalla Regione quale sito per realizzare questa analisi di pre-fattibilità, avvalendosi del supporto tecnico metodologico del Canadian Council on Health Services Accreditation, ente di accreditamento leader a livello internazionale, e dalla Sogess S.r.l. di Milano, società di consulenza in ambito sanitario, socio sanitario e sociale con consolidata esperienza in Veneto.

I risultati della RSF hanno portato alla conclusione che nel SSSR sussistono gli elementi ritenuti fondamentali per l'applicazione di un programma di accreditamento di eccellenza, in particolare:

- Motivazione ed interesse a cercare un metodo di valutazione che sia efficace, trasparente, basato sui risultati e centrato sul paziente/cliente da parte dei professionisti sanitari coinvolti nella RSF attraverso interventi formativi (Quality Week), la partecipazione al Gruppo di lavoro aziendale e ad una indagine con questionario mirato sui presupposti per intraprendere un percorso di accreditamento di eccellenza.
- Impegno, convinzione e buona informazione dei componenti della Direzione Aziendale sulla potenziale utilità di applicare le metodologie per l'accREDITamento di eccellenza nel proprio contesto.
- Approccio centrato sul cliente utente da parte dei professionisti sanitari, anche se ancora a livello di approccio individuale.
- Apprezzamento da parte dei professionisti sanitari dei principi e delle metodologie che sottostanno all'approccio del Miglioramento Continuo della Qualità rispetto all'approccio basato esclusivamente su principi e metodologie di verifica e revisione della qualità.

### 4.3. LA PROGETTAZIONE

Sulla base dei risultati incoraggianti della RSF, i responsabili delle politiche per la qualità a livello regionale hanno deciso di sviluppare un progetto con la finalità di mettere a punto il modello veneto di accreditamento di eccellenza dei servizi sanitari e socio sanitari, attraverso l'utilizzo di standard e processi riconosciuti e validati a livello internazionale.

Finalità ulteriori del progetto sono:

- Coinvolgimento di più operatori possibile per promuovere la cultura della qualità attraverso l'autovalutazione e il confronto con esperienze maturate a livello internazionale.
- Offrire l'opportunità agli operatori di valutare la qualità dei propri servizi confrontandosi con standard di eccellenza riconosciuti a livello internazionale.
- Promuovere processi di miglioramento continuo della qualità attraverso l'individuazione delle aree critiche su cui concentrare lo sforzo continuo di tutti i soggetti coinvolti per il miglioramento delle performance.
- Rassicurare la comunità sul livello di qualità e di efficienza delle strutture sanitarie e socio sanitarie.
- Il progetto è stato articolato in due macro fasi:
- *Prima macro fase* - Sperimentazione di un modello di accreditamento di eccellenza riconosciuto a livello internazionale per

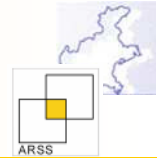
l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare procedendo alle modifiche ed integrazioni necessarie per adattarlo al contesto normativo, organizzativo e culturale del Veneto al fine di definire un programma di accreditamento di eccellenza regionale per queste due aree assistenziali.

- *Seconda macro fase* - Completamento del programma di accreditamento di eccellenza del SSSR del Veneto attraverso la sperimentazione e l'adattamento di un modello riconosciuto a livello internazionale per tutte le aree assistenziali del SSSR.

Al fine di garantire la credibilità del Programma, attraverso il suo riconoscimento a livello internazionale, e la sua coerente applicazione, nel rispetto in primo luogo del principio di terzietà, per la realizzazione del progetto sperimentale è richiesto il supporto di un ente di accreditamento che garantisca un programma di accreditamento consolidato e validato a livello internazionale.

Per entrambe le macro fasi l'identificazione del modello da sperimentare è avvenuta attraverso due distinte gare europee che sia in un caso che nell'altro si sono concluse con la scelta del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) come partner internazionale.

Il CCHSA è un'organizzazione no-profit ed indipendente, riconosciuta dal Governo federale del Canada, con quasi 50 anni di esperienza in tema di accreditamento di eccellenza dei servizi



sanitari e socio sanitari. Il suo ruolo è aiutare le organizzazioni sanitarie ad analizzare e migliorare la qualità dei servizi offerti ai propri utenti.

Il CCHSA ha una radicata presenza sulla scena internazionale come uno dei fondatori dell'accreditamento che ha contribuito al suo sviluppo : un terzo di tutti i nuovi programmi e degli standard di accreditamento sviluppati nel mondo hanno avuto come riferimento guida il CCHSA.

Il CCHSA accredita organizzazioni/strutture sanitarie e socio sanitarie (ospedali, poliambulatori, RSA, dipartimenti/servizi per la salute mentale e per le dipendenze, altri servizi territoriali, etc.) ma anche interi sistemi sanitari e socio sanitari nel loro complesso che interessano la continuità assistenziale nel suo insieme, comprendendo l'assistenza ospedaliera, l'assistenza domiciliare, la salute mentale, l'assistenza ai soggetti dipendenti da sostanze psicotrope, la riabilitazione, l'assistenza residenziale extraospedaliera, i servizi territoriali, i servizi di prevenzione e salute pubblica.

A partire dalla fine degli anni 80 del secolo scorso il CCHSA ha fornito supporto ed assistenza ad altri paesi e a singole organizzazioni sanitarie e socio sanitarie per migliorare continuamente la qualità attraverso l'accreditamento diretto delle stesse, la consulenza per definire un proprio programma di accreditamento, la formazione e la ricerca. Il CCHSA ha trasferito con successo in oltre una dozzina di paesi il proprio programma di accreditamento, fra cui Francia, Irlanda, Colombia,

Brasile, Veneto, Bermuda, Arabia Saudita, Emirati Arabi.

Il CCHSA, a sua volta, si sottopone ad un processo di valutazione internazionale da parte di pari, rigoroso ed indipendente, attraverso il programma di accreditamento della International Society for Quality in Health Care – ISQua, fornendo quindi un programma di accreditamento a sua volta accreditato a livello internazionale.

In occasione della prima macro fase il CCHSA si è presentato in Associazione Temporanea di Imprese (ATI) con Sogess S.r.l. di Milano.

Per la seconda macro fase è entrata a far parte dell'ATI anche l'associazione AMIQA di Treviso.

Sogess S.r.l. di Milano, come già indicato precedentemente, è una società di consulenza in campo sanitario e socio sanitario con specifica conoscenza ed esperienza del SSSR del Veneto.

AMIQA è una associazione no-profit per il miglioramento della qualità, attraverso la divulgazione della cultura e degli strumenti di miglioramento della qualità nei confronti dei soggetti erogatori di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale.

#### 4.4. IL PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO DEL CCHSA

Le componenti principali del programma di accreditamento del CCHSA sono gli standard, il processo di valutazione e la decisione relativa al riconoscimento dell'accREDITAMENTO.

##### **STANDARD**

Gli standard indicano il livello di performance desiderato e raggiungibile rispetto al quale la performance attuale delle organizzazioni può essere confrontata. Sono esplicitati in termini di obiettivo generale, traguardo da raggiungere.

Ogni standard è seguito da uno o più "criteri" che indicano le tappe specifiche da intraprendere o le attività da realizzare per raggiungere lo standard.

Gli standard del CCHSA sono:

- di eccellenza, cui aspirare
- educativi, da cui imparare
- basati sul miglioramento della qualità, da utilizzare per crescere.

Il CCHSA ha sviluppato sezioni di standard per valutare la qualità in tutte le aree di un'organizzazione sanitaria o socio sanitaria, articolandoli in cinque grandi aree.

Quattro aree riguardano i servizi comuni a tutte le organizzazioni (funzioni trasversali), in particolare:

- Leadership&partnership, relativi alle funzioni di governo e direzione.
- Gestione delle informazioni.
- Sviluppo e gestione delle risorse umane.
- Gestione dell'ambiente.

La quinta area comprende le sezioni di standard relativi all'assistenza e alla fornitura di prestazioni ai pazienti nelle diverse articolazioni della continuità assistenziale, fra cui:

- assistenza per acuti
- assistenza ambulatoriale
- assistenza oncologica
- assistenza territoriale
- terapia intensiva
- assistenza domiciliare
- assistenza residenziale e semiresidenziale
- assistenza a malati terminali
- assistenza a disabili
- assistenza a madre e neonato
- salute mentale
- assistenza riabilitativa
- dipendenza da sostanze e gioco
- laboratori biomedici
- servizi trasfusionali e banche del sangue
- assistenza preventiva / salute pubblica.

##### **PROCESSO DI VALUTAZIONE**

###### *a) Autovalutazione*

L'accREDITAMENTO è una comparazione dettagliata delle prestazioni rese da un'organizzazione e delle sue modalità operative rispetto a un set di standard validati.

L'organizzazione che intende raggiungere l'accREDITAMENTO misura la propria conformità agli standard del CCHSA avvalendosi di team multiprofessionali e multisetoriali composti sia dai



professionisti che operano nell'organizzazione sia di eventuali partner esterni e utenti.

*b) Revisione tra pari / Visita da parte di valutatori esterni pari*

I valutatori del CCHSA, che sono professionisti che operano attivamente nei servizi sanitari e socio sanitari esterni all'organizzazione, realizzano la visita di accreditamento, utilizzando gli stessi standard che sono serviti per l'autovalutazione, per misurare in modo indipendente l'organizzazione attraverso una visita in loco.

Durante questa visita, i valutatori si incontrano con un largo spettro di persone che sono a vario titolo coinvolte nell'organizzazione. Componenti della direzione, personale amministrativo, medici, infermieri e altri operatori di assistenza, personale tecnico, pazienti e loro familiari, rappresentanti dei partner della comunità, tutti hanno l'opportunità di parlare con il team di valutatori esterni per illustrare e discutere delle loro esperienze, percezioni e aspettative.

*c) Decisione relativa al riconoscimento dell'accREDITAMENTO*

I riscontri della visita di accreditamento sono sintetizzati in un report scritto (Report di accreditamento) che mette in evidenza i punti di forza e le aree di miglioramento dell'organizzazione. Nel Report di accreditamento sono contenute le raccomandazioni che aiuteranno l'organizzazione a sviluppare piani per migliorare le aree risultate deboli e a mantenere le aree forti.

Il report riporta anche la decisione sullo stato di accreditamento che viene assunta dal Comitato Direttivo del CCHSA e può essere di cinque tipi:

- Accreditamento pieno.
- Accreditamento provvisorio, da confermarsi sulla base di un report successivo da parte dell'organizzazione.
- Accreditamento provvisorio, da confermarsi sulla base di una visita mirata successiva da parte del CCHSA.
- Accreditamento provvisorio, da confermarsi sulla base sia di un report e sia una visita successivi.
- Non accreditamento.

## 5. LA REALIZZAZIONE DELLA PRIMA MACRO FASE DEL PROGETTO SPERIMENTALE REGIONALE

La fase operativa della prima macro fase del Progetto complessivo regionale si è sviluppata dalla seconda metà del 2001 ai primi mesi del 2004 ed ha riguardato l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare coinvolgendo i seguenti siti pilota:

- Ospedale San Martino di Belluno – Azienda ULSS n. 1 Belluno
- Servizi di Assistenza Domiciliare dei Distretti Socio Sanitari di Oderzo e Villorba – Azienda ULSS n. 9 Treviso
- Ospedale Ca' Foncello di Treviso – Azienda ULSS n. 9 Treviso.

A questi si è aggiunto, a livello "informale", il Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto Socio Sanitario n. 1 di Thiene dell'Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino.

La sperimentazione ha riguardato tutte le componenti del programma di accreditamento più recente ed innovativo del CCHSA che pone maggiore attenzione ai risultati (Programma AIM - Achieving Improved Measurement = Raggiungere Misurazioni Migliori), in particolare:

- Standard
- Valutatori esterni
- Processo di accreditamento nelle due articolazioni: autovalutazione e revisione esterna tra pari (visita di accreditamento)

- Report di accreditamento.

Di seguito si riporta una descrizione sintetica del processo e dei risultati della sperimentazione.

### **STANDARD**

Gli standard del Programma AIM del CCHSA e il quadro concettuale su cui si fondano hanno costituito il riferimento per la definizione degli "standard pilota" da utilizzare nella sperimentazione del processo di accreditamento in Veneto.

Le sezioni di standard CCHSA utilizzate in Veneto per la prima fase sperimentale sono:

- Quattro sezioni di standard relative ai servizi comuni a tutte le organizzazioni (funzioni trasversali):

- LEADERSHIP&PARTNERSHIP	<i>FUNZIONE TRASVERSALE - DIREZIONE</i>
- GESTIONE RISORSE UMANE	] <i>FUNZIONI TRASVERSALI - SERVIZI DI SUPPORTO</i>
- GESTIONE INFORMAZIONI	
- GESTIONE AMBIENTE	

Sei sezioni relative all'assistenza ai clienti utenti individuate come pertinenti ai fini della sperimentazione:

- ASSISTENZA PER ACUTI
- ASSISTENZA MADRE E NEONATO
- SALUTE MENTALE
- RIABILITAZIONE
- CURE INTENSIVE
- ASSISTENZA DOMICILIARE

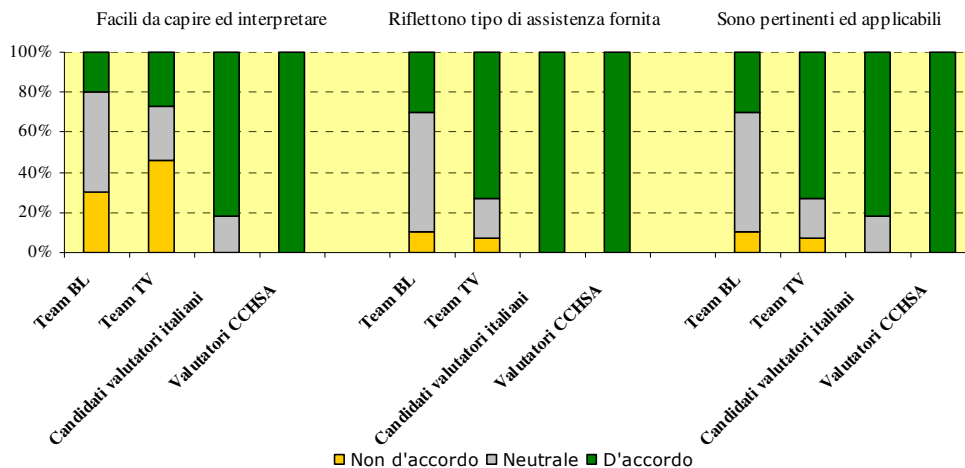
**FUNZIONI ASSISTENZIALI - SERVIZI AI CLIENTI/UTENTI**

Per una prima analisi degli standard del CCHSA al fine del loro adattamento al contesto normativo, organizzativo e culturale del SSSR sono stati costituiti dei gruppi di esperti (focus group). Osservazioni e proposte di modifica ed integrazione degli standard emerse dai focus group sono quindi state valutate e validate dal CCHSA e nel giugno 2002 è stato predisposto il "Manuale degli standard pilota per il Veneto".

**FOCUS GROUP PER ANALISI E REVISIONE DEGLI STANDARD – Informazioni e dati di sintesi**

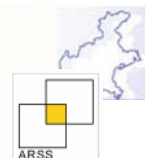
<b>Focus group costituiti</b>	5 per assistenza domiciliare 10 per assistenza ospedaliera
<b>Componenti dei focus group</b>	120 nel complesso
<b>Formazione</b>	2 sessioni di 1 giorno
<b>Incontri di feed-back</b>	19 di mezza giornata
<b>Tempi</b>	gennaio-marzo 2002

**VALUTAZIONE DEGLI STANDARD PILOTA**



Risulta evidente che le importanti differenze nella valutazione degli standard pilota sono collegate ai differenti livelli di conoscenza ed esperienza del programma di accreditamento di eccellenza. Pertanto, l'indicazione che si può trarre è che non

si tratta tanto di migliorare il linguaggio degli standard e di procedere ad una loro ulteriore revisione, quanto di aumentare conoscenza, consapevolezza e sicurezza dei componenti dei team di autovalutazione.



## RACCOMANDAZIONI DEL CCHSA SUGLI STANDARD

1. Si raccomanda di programmare e realizzare un percorso formativo per coordinatori e componenti dei team di autovalutazione più intenso ed articolato nel tempo sul quadro di riferimento concettuale del programma di accreditamento di eccellenza che ha portato alla definizione degli standard e sulla interpretazione ed applicazione degli stessi nello specifico contesto istituzionale, organizzativo e operativo.  
  
Si raccomanda inoltre alle organizzazioni di fornire un supporto continuo ai team durante il processo di autovalutazione per facilitare la comprensione e l'interpretazione degli standard, pur salvaguardando la loro crescita autonoma.
2. Si raccomanda di prendere in esame l'ultima versione del Sistema di Standard AIM al fine di decidere se adottarla per il programma di accreditamento regionale.

### VALUTATORI ESTERNI

Nell'ambito del progetto è stato sperimentato anche il processo di selezione, orientamento ed addestramento pratico dei valutatori esterni.

Nel programma di accreditamento del CCHSA i valutatori esterni sono operatori sanitari esperti che prestano servizio attivo in ambito sanitario e che continuano a lavorare per la loro organizzazione,

pur dedicando annualmente un certo numero di giornate per condurre visite di accreditamento per conto del CCHSA.

Per la selezione iniziale dei candidati valutatori veneti è stata adottata una procedura meno formale di quella prefigurata dal modello CCHSA.

### SELEZIONE, ORIENTAMENTO E ADDESTRAMENTO PRATICO DI CANDIDATI VALUTATORI VENETI – Informazioni e dati di sintesi

<b>Candidati valutatori selezionati</b>	16 nel complesso, di cui: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 10 dalle Aziende ULSS partecipanti al progetto sperimentale:<ul style="list-style-type: none"><li>- 3 per sito pilota Ospedale San Martino di Belluno</li><li>- 3 per sito pilota Ospedale Ca' Foncello di Treviso</li><li>- 2 per sito pilota Servizi di Assistenza Domiciliare dei DSS di Oderzo e Villorba</li><li>- 2 responsabili della qualità delle Aziende ULSS n. 1 e 9</li></ul></li><li>▪ 6 dall'ARSS</li></ul>
<b>Orientamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1 sessione base di 4 giorni (16 partecipanti)</li><li>▪ 1 sessione di approfondimento di 2 giorni (11 partecipanti)</li></ul>
<b>Addestramento pratico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Affiancamento attivo a valutatori CCHSA durante le visite di accreditamento (8 candidati valutatori)</li><li>▪ Partecipazione alle visite di accreditamento in qualità di osservatore (6 candidati valutatori)</li></ul>
<b>Tempi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Selezione: marzo-aprile 2003</li><li>▪ Sessioni di orientamento: maggio e ottobre 2003</li><li>▪ Addestramento pratico: giugno e ottobre 2003</li></ul>

Sono 4 i candidati valutatori che non hanno avuto l'opportunità di partecipare a nessuna visita, in quanto o non disponibili per le date fissate o

appartenenti alle organizzazioni che hanno ricevuto le visite e quindi con elevata probabilità che emergesse un conflitto di interessi.

## VALUTAZIONE DELLE SESSIONI DI ORIENTAMENTO PER I CANDIDATI VALUTATORI DEL VENETO

SCALA DI PUNTEGGIO	MAGGIO 2003	OTTOBRE 2003
	N. (%)	N. (%)
1 Insufficiente	0	0
2	0	0
3 Sufficiente	2 (13)	0
4	1 (6)	1 (10)
5 Buono	2 (13)	0
6	7 (46)	4 (40)
7 Eccellente	3 (20)	5 (50)
<b>Rispondenti</b>	<b>15 (94)</b>	<b>10 (91)</b>

Le principali aree di miglioramento emerse dalla valutazione delle sessioni di formazione sono:

- Prevedere un programma di orientamento ed addestramento più intenso e articolato tenuto conto che, data la novità delle tematiche affrontate, in Veneto è richiesto un maggior sforzo culturale.
- Per quanto riguarda nello specifico le attività di addestramento pratico, assicurare un maggiore coinvolgimento nelle fasi di:
  - preparazione della visita
  - discussione per raggiungere il consenso sui punteggi,
  - valutare il rischio e formulare le raccomandazioni.
- Maggiore familiarità ed utilizzo da parte dei candidati valutatori del software specifico per la gestione delle informazioni relative alla visita.

Infine, i candidati valutatori hanno tratto dall'esperienza complessiva del processo formativo alcune considerazioni di carattere generale su figura e ruolo dei valutatori italiani. Fra queste si segnalano:

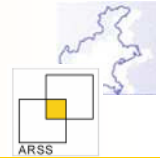
- Non si intravede, nel breve e medio periodo, un futuro autonomo per i valutatori italiani nel programma di accreditamento regionale.
- Considerando l'ambito ristretto di azione (regionale) e gli elevati livelli di mobilità collegati alle posizioni apicali occupate, esiste una elevata probabilità che i candidati valutatori si vengano a trovare in una posizione di conflitto di interessi.

Il processo di orientamento ed addestramento costituisce una fase importante del complessivo processo di selezione dei candidati valutatori.

Durante *le sessioni di orientamento* i docenti CCHSA hanno posto un'attenzione specifica alla valutazione dei candidati valutatori italiani.

Sulla base di diversi strumenti e criteri di valutazione i docenti CCHSA hanno identificato 8 partecipanti dotati di un grande potenziale di valutatore. Aree chiave di valutazione sono state:

- conoscenza in materia di accreditamento e programma AIM
- capacità/abilità come valutatore
- autorevolezza nei confronti dei pari
- interesse dimostrato a diventare valutatore



- impegno dichiarato a voler continuare ad essere coinvolto in attività di formazione ed aggiornamento.

L'addestramento dei candidati valutatori durante le visite di accreditamento fornisce ulteriori elementi per la loro valutazione.

I principali commenti dei valutatori CCHSA nei confronti dei candidati valutatori italiani sono:

*“I valutatori italiani sono stati molto obiettivi e hanno dimostrato un forte impegno sia nel processo della visita sia nel proprio apprendimento. Essi hanno dimostrato un elevato livello professionale e sono cresciuti in modo evidente durante il processo della visita”.*

(Visita simulata al sito pilota dell'Assistenza Domiciliare dei Distretti di Oderzo e Villorba)

*“I valutatori italiani erano ben preparati, motivati e ben informati su standard di accreditamento e*

*modello CCHSA ed erano desiderosi di seguire lo svolgimento delle diverse fasi della visita”.*

(Visita simulata all'Ospedale San Martino di Belluno)

*“I valutatori italiani hanno dimostrato ottime capacità di comprensione ed apprendimento ed erano motivati e ben preparati sugli standard e sul loro significato.*

*Esiste una preoccupazione riguardo all'obiettività dei valutatori italiani, dal momento che essi sono tutti dipendenti o comunque collaboratori della Regione Veneto”.*

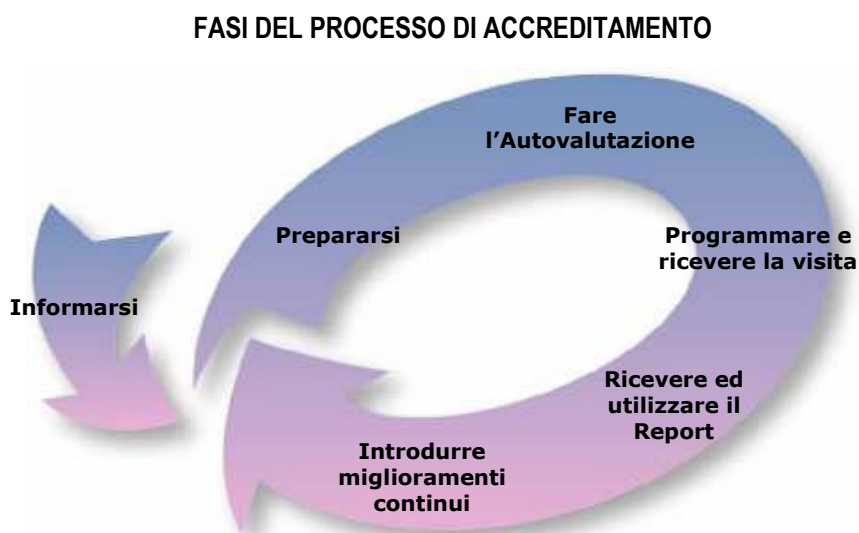
(Visita pilota all'Ospedale Ca' Foncello di Treviso)

#### **RACCOMANDAZIONI DEL CCHSA SU SELEZIONE, ORIENTAMENTO E ADDESTRAMENTO PRATICO DEI VALUTATORI**

- 1. Si raccomanda di fornire ai candidati valutatori italiani un più intenso ed articolato orientamento e addestramento sul campo, programmando tempi adeguati da dedicare a queste attività. E' inoltre essenziale mantenere alto l'interesse dei valutatori italiani, soprattutto di quelli che si sono dimostrati maggiormente preparati e adatti al ruolo, coinvolgendoli negli interventi di formazione ed addestramento e nello sviluppo di nuovi progetti e assicurando loro che la Regione intende sviluppare un sistema consolidato per costituire un pool di valutatori italiani di qualità.**
- 2. Si raccomanda di adottare i provvedimenti necessari per assicurare obiettività ed autorevolezza nella valutazione delle organizzazioni che chiedono l'accreditamento di eccellenza, evitando che sia influenzata da conflitti di interessi o accordi. La terzietà di giudizio da parte di pari autorevoli è, infatti, elemento caratterizzante imprescindibile per dare credibilità all'intero programma di accreditamento di eccellenza.**

## PROCESSO DI ACCREDITAMENTO

La sperimentazione ha percorso le diverse fasi del ciclo del processo di accreditamento del CCHSA evidenziato nel seguente diagramma.



### a) Informarsi

Fase realizzata nell'ambito della RSF realizzata nel 2000 con analisi di pre-fattibilità.

### b) Prepararsi

#### INFORMAZIONI E DATI DI SINTESI

Attività principali	Ospedale San Martino di Belluno	Assistenza Domiciliare DSS Oderzo e Villorba	Ospedale Ca' Foncello di Treviso
<b>Lancio del progetto sperimentale nei tre siti pilota</b>	Data: 15 febbraio 2002 Partecipanti: 120	Data: 22 gennaio 2002 Partecipanti: 120	Data: 16 ottobre 2002 Partecipanti: 200
<b>Formazione coordinatori e componenti core group dei team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 sessione generale di 1,5 giorni aula Data: 19-20 giugno 2002 Partecipanti: 85</li> <li>▪ 1 sessione su indicatori di 0,5 giorni aula Data: 23 ottobre 2002 Partecipanti: 42</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 sessione generale di 2 giorni aula Data: 17-18 giugno 2002 Partecipanti: 40</li> <li>▪ 1 sessione su indicatori di 0,5 giorni aula Data: 21 ottobre 2002 Partecipanti: 28</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 sessione generale di 2 giorni aula Data: 21-24-25 ottobre 2002 Partecipanti: 80</li> <li>1 sessione su indicatori di 1 giorno aula Data: 13 giugno 2003 Partecipanti: 34</li> </ul>
<b>Costituzione team definitivi e individuazione team leader</b>	Team: 12 Componenti: 95	Team: 6 Componenti: 48	Team: 10 (*) Componenti: 77 (*)

(\*) Non sono compresi i 4 team trasversali (Leadership&Partnership, Risorse Umane, Ambiente e Gestione Informazioni) e i relativi componenti in quanto già conteggiati nel sito pilota della stessa Azienda relativo all'assistenza domiciliare.

c) Fare l'autovalutazione

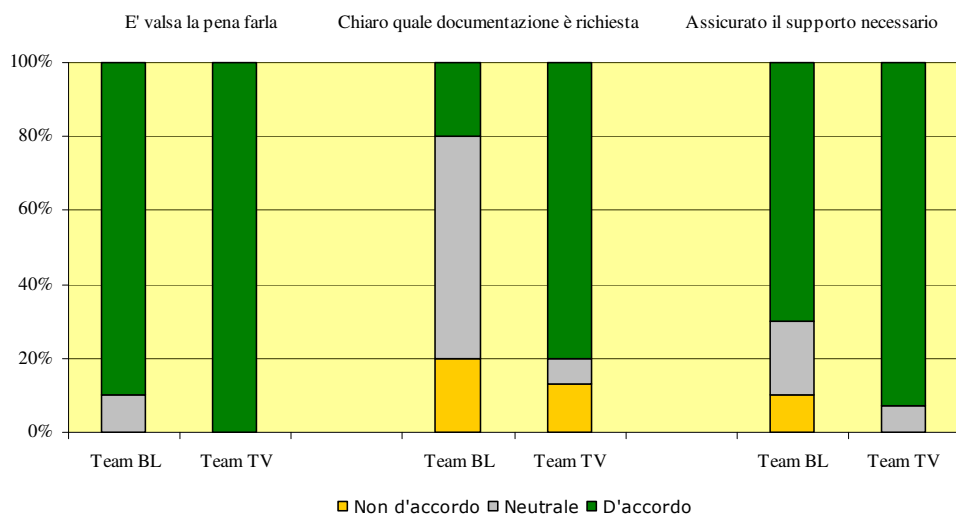
**INFORMAZIONI E DATI DI SINTESI**

FASI	TEMPI															RISORSE (stima gg/uomo)		
	2002							2003										
	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago		set	
Preparazione	■	■																136
	■	■																60
					■	■												194
Autovalutazione			■	■	■	■	■	■	■									570
			■	■	■	■	■											266
						■	■	■	■	■								402
Revisione								■	■	■	■	■						33
								■	■	■	■							48
											■	■	■	■				38
Priorità								■	■	■	■							48
								■	■	■	■							38
															■	■		
Traduzione											■	■						
											■	■						
													■	■	■	■		
■	Sito pilota Ospedale San Martino di Belluno - 12 team e 95 componenti core group															739		
■	Sito pilota DSS Oderzo e Villorba - 6 team e 48 componenti core group															422		
■	Sito pilota Ospedale Ca' Foncello di Treviso - 10 team e 77 componenti core group															672		

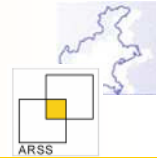
*Il processo di autovalutazione è stata la fase della sperimentazione del processo di accreditamento che ha richiesto il maggior impegno di risorse ai siti pilota.*

Si sottolinea che i dati riportati nella scheda non comprendono le attività di coordinamento e segreteria organizzativa e operativa svolte da: coordinatore, team leader, collaboratori dei coordinatori e rappresentanti dell'ATI CCHSA&SOGESS.

**VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI AUTOVALUTAZIONE DA PARTE DEI TEAM**







Il valore dell'autovalutazione è il dato più significativo che emerge con evidenza da tutti gli elementi di valutazione ricavati con strumenti di rilevazione diversi. Il giudizio unanime di tutti gli attori è che l'autovalutazione rappresenta un potente strumento che promuove:

- la comunicazione, la crescita e lo sviluppo professionale del personale

d) Programmare e ricevere la visita

**INFORMAZIONI E DATI DI SINTESI**

Ospedale San Martino di Belluno	Assistenza Domiciliare DSS Oderzo e Villorba	Ospedale Ca' Foncello di Treviso
Visita "simulata" Data: 15-19 giugno 2003 3 valutatori e 1 rappresentante CCHSA 5 candidati valutatori italiani	Visita "simulata" Data: 9-12 giugno 2003 2 valutatori e 1 rappresentante CCHSA 4 candidati valutatori italiani	Visita "pilota" Data: 20-24 ottobre 2003 3 valutatori e 1 rappresentante CCHSA 5 candidati valutatori italiani

Nell'ambito della prima macro fase del Progetto sperimentate regionale le visite si sono svolte secondo due modelli diversi:

- *Visita simulata* che ha lo scopo principale di aumentare nelle organizzazioni la consapevolezza e la sicurezza di sé nei confronti del programma di accreditamento. La visita simulata si focalizza più sul processo che sulla valutazione puntuale della conformità ai singoli criteri sulla base dei contenuti dei documenti di autovalutazione e dei riscontri durante la visita.
- *Visita pilota* per cui allo scopo della visita simulata si aggiunge quello di valutare, monitorare e documentare i risultati della visita di accreditamento. La visita pilota è del tutto

- lo sviluppo organizzativo promuovendo l'interdisciplinarietà e l'intersectorialità
- lo sviluppo del senso di appartenenza all'organizzazione
- la partecipazione alle decisioni aziendali.

paragonabile alla visita reale, tranne che non viene attribuito lo stato di accreditamento.

La decisione in merito al modello di visita adottato è il risultato di un'evoluzione graduale nel processo di sviluppo di un programma di accreditamento.

Nel complesso tutti gli attori coinvolti ritengono che le visite di accreditamento abbiano costituito un'esperienza positiva.

I principali punti di forza segnalati dai diversi attori sono:

- la visita aiuta a comprendere meglio il processo di accreditamento in tutte le sue componenti
- approccio non ispettivo dei valutatori CCHSA e loro competenza, obiettività e disponibilità

- entusiasmo, onestà, preparazione dei team di autovalutazione
- visite simulate e pilota sono giudicate utili per prepararsi ad una visita reale.

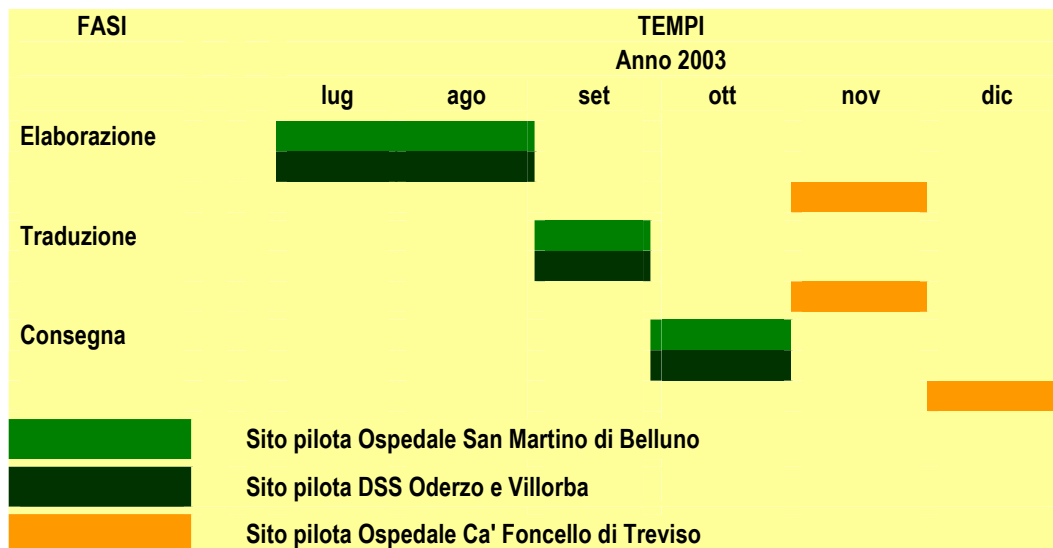
Fra le aree di miglioramento si segnalano:

- chiarire meglio con adeguato anticipo scopo, processi e risultati della visita simulata e della visita pilota

- necessità di riconsiderare tempi, carico di lavoro, ruolo dei valutatori italiani
- rivedere organizzazione e contenuti del debriefing finale per renderlo più adatto alla cultura italiana.

e) Ricevere ed utilizzare il Report

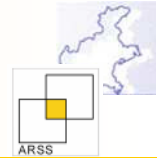
**INFORMAZIONI E DATI DI SINTESI**



Il processo di elaborazione ha richiesto tempi ed impegno diversi in funzione del tipo di visita.

I rapporti dei valutatori CCHSA relativi alle visite simulate sono pervenuti al CCHSA in forma poco strutturata, in quanto i valutatori hanno utilizzato formati diversi per la presentazione delle informazioni. La elaborazione dei relativi Report ha richiesto quindi uno sforzo notevole da parte del CCHSA, che ha provveduto a riorganizzare le informazioni in una forma omogenea e a produrre le sintesi.

I contenuti dei Report di accreditamento per questi due siti pilota, coerentemente con le finalità della visita simulata, sono di tipo esclusivamente qualitativo e focalizzati più su rilevanza ed applicabilità degli standard e sul processo della visita, che sulla valutazione a livello di singolo criterio. Il CCHSA è stato comunque in grado di produrre un report che contiene anche riscontri specifici e raccomandazioni e indica il livello di preparazione delle organizzazioni per una visita reale di accreditamento.



Per il Report di accreditamento relativo alla visita pilota ci sono stati meno problemi in quanto, essendo stato utilizzato il SW specifico, le informazioni trasmesse dai valutatori avevano una struttura omogenea.

Il Report di accreditamento per questo sito pilota corrisponde esattamente a quello che viene prodotto al termine di una visita reale, salvo il fatto che non contiene lo stato di accreditamento.

Il CCHSA ha inoltre rilasciato a ciascun sito pilota un Certificato di Riconoscimento per la partecipazione alla sperimentazione del Programma AIM e per l'impegno dimostrato.

Alcuni interessanti elementi di valutazione rispetto al Report della visita pilota di accreditamento sono:

- il Report fornisce un quadro completo dei risultati della visita e rappresenta la realtà in modo esaustivo e analitico

- la struttura del Report risponde ad esigenze informative diverse (portatori di interesse, Direzione aziendale, team)
- la classificazione delle raccomandazioni in funzione del livello di rischio fornisce indicazioni utili per la selezione delle aree di miglioramento prioritarie
- la "Matrice per la pianificazione del follow-up delle raccomandazioni" rappresenta uno strumento utile per programmare le azioni di miglioramento e monitorarne i progressi
- le rappresentazioni grafiche sono molto utili per una lettura immediata dei livelli di qualità dei servizi raggiunti dall'organizzazione nel suo complesso e dai singoli team.

#### RACCOMANDAZIONI DEL CCHSA SULLA SPERIMENTAZIONE DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO

1. Si raccomanda di mettere in atto interventi di formazione e di addestramento in modo che le organizzazioni locali possano fornire assistenza ai team nella elaborazione dei documenti di autovalutazione, in particolare in materia di interpretazione degli standard, selezione e sviluppo degli indicatori, misure della performance, scala di punteggio, conformità e Miglioramento Continuo della Qualità.  
Si raccomanda in particolare di esaminare utilizzo e interpretazione della scala di punteggio all'interno dei documenti di autovalutazione e di offrire addestramento supplementare, se necessario.
2. Si raccomanda di definire un Percorso critico del processo di accreditamento che, anche sulla base dell'esperienza maturata nel corso del Progetto sperimentale regionale, assicuri che tutte le informazioni necessarie siano rese disponibili ai valutatori CCHSA in tempo utile.
3. Si raccomanda di adottare il software collegato al Programma AIM e di fornire addestramento pratico sul suo utilizzo da parte dei componenti dei team di autovalutazione e dei candidati valutatori italiani.
4. Si raccomanda alle organizzazioni che intraprendono un percorso di accreditamento di porre attenzione particolare alla scelta del coordinatore del processo di accreditamento, indicando fra le caratteristiche cruciali quella della leadership, che può derivare solo da una forte e chiara investitura da parte della Direzione aziendale, e della disponibilità di tempo da dedicare all'attività di coordinamento.

## RISCONTRI DELLE VISITE DI ACCREDITAMENTO

Di seguito sono riportanti i principali riscontri emersi dalle visite pilota dei valutatori del CCHSA agli ospedali di Treviso (ottobre 2003) e Belluno (aprile 2006) riportati nei relativi Report.

Dati ed informazioni sono riportati in forma aggregata e riguardano principali punti di forza e raccomandazioni per livello di rischio e per aree omogenee di standard e criteri.

### Punti di forza

I Report del CCHSA segnalano i seguenti principali punti di forza di carattere generale:

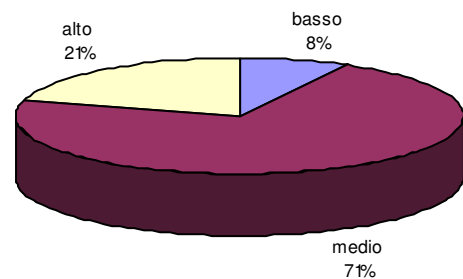
- Attivazione di efficaci iniziative di prevenzione e promozione della salute.
- Istituzione di Comitati di Bioetica per la revisione dei protocolli di ricerca e delle sperimentazioni cliniche.
- Predisposizione di un Piano triennale con indicazioni utili per la pianificazione strategica.
- Disponibilità di diverse fonti di informazione (Internet, Intranet, abbonamenti a riviste scientifiche, etc.) e di opportunità di formazione.
- Comunicazione con il territorio di riferimento sia attraverso canali formali (newsletter periodiche, mass media) sia attraverso meccanismi informali per rafforzare la comunicazione e i legami con gruppi rappresentativi della comunità.
- Esistenza di processi formali per la gestione dei reclami.

- Introduzione di strumenti per la valutazione e la gestione del dolore.
- Buoni livelli di garanzia di un accesso sicuro ai dati sensibili dei pazienti.

### Aree di miglioramento

Complessivamente le raccomandazioni emerse dalle visite ai due ospedali sono state 239.

### DISTRIBUZIONE % RACCOMANDAZIONI PER LIVELLO DI RISCHIO



Il livello di rischio viene valutato in funzione di:

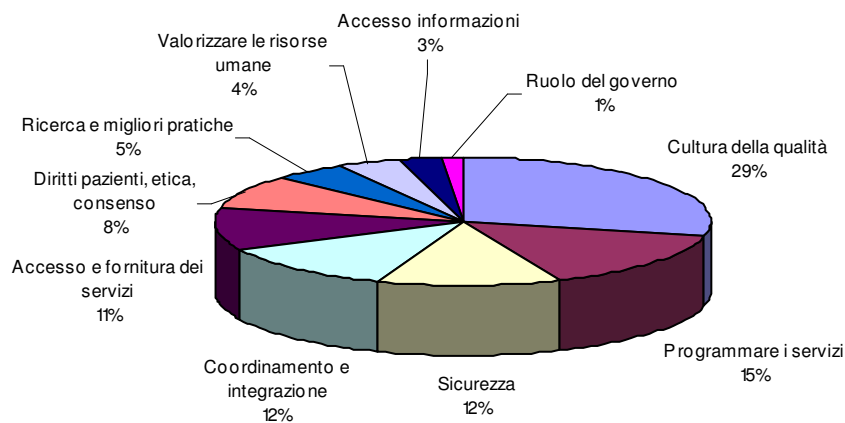
- probabilità che si verifichi un evento avverso quale risultato di non conformità a standard e criteri
- potenziale di conseguenze gravi quale risultato del verificarsi dell'evento avverso
- urgenza (o priorità) con cui l'organizzazione deve affrontare la raccomandazione.

Nel modello CCHSA, quando viene espressa una raccomandazione ad alto rischio (urgenza elevata) ci si aspetta che l'organizzazione intraprenda azioni immediate; le raccomandazioni ad alto rischio sono indicate nel Report di accreditamento come "Raccomandazioni chiave".

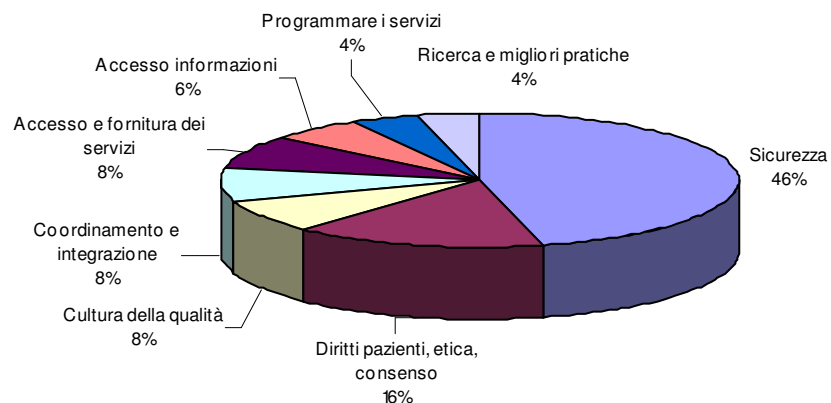
Le raccomandazioni a rischio basso o medio devono comunque essere affrontate entro la fine del ciclo completo di accreditamento (tre anni).

Oltre un quinto delle raccomandazioni ricevute dai due ospedali sono ad alto rischio.

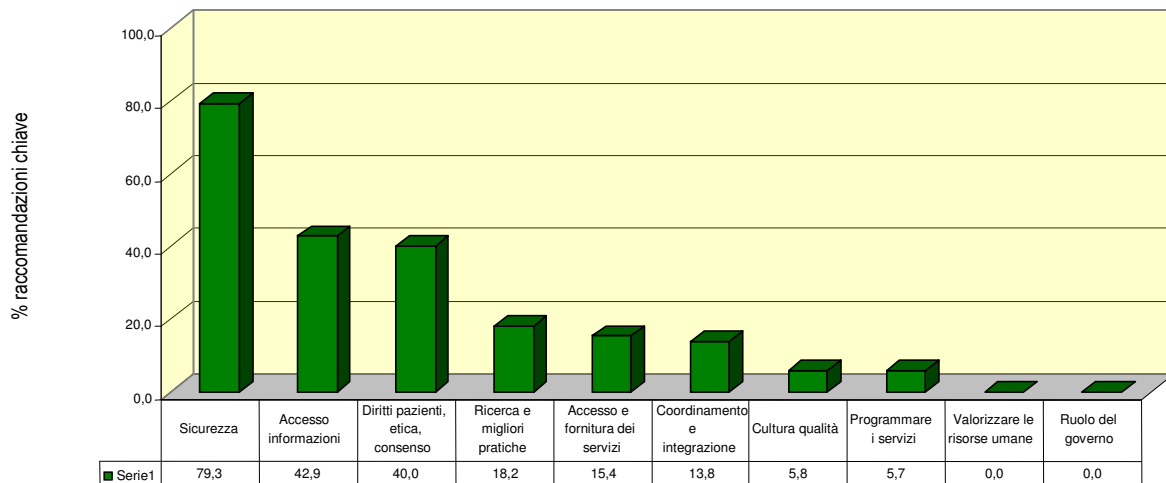
### DISTRIBUZIONE % RACCOMANDAZIONI TOTALI PER AREA OMOGENEA DI STANDARD/CRITERI



### DISTRIBUZIONE % RACCOMANDAZIONI CHIAVE PER AREA OMOGENEA DI STANDARD/CRITERI



### % RACCOMANDAZIONI CHIAVE SU RACCOMANDAZIONI TOTALI PER AREA OMOGENEA DI STANDARD/CRITERI



Le principali aree omogenee di standard/criteri che richiedono i maggiori sforzi di miglioramento negli ospedali di Treviso e di Belluno sono:

#### 1. Creare una Cultura della Qualità

Come un'organizzazione migliora la qualità dell'assistenza e dei servizi forniti.

**69 raccomandazioni totali - 29% del totale**

**4 raccomandazioni chiave:**

- 6% delle raccomandazioni totali dell'area
- 8% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Sviluppare un sistema e un piano di miglioramento della qualità per guidare l'organizzazione negli sforzi di miglioramento.
- Stabilire obiettivi generali e specifici per i servizi, monitorare e ottenere prove evidenti del loro raggiungimento.
- Selezionare e monitorare indicatori per valutare la qualità dei servizi.
- Effettuare la revisione dell'utilizzo delle risorse.

- Garantire la qualità dei servizi diagnostici e del servizio farmacia.

#### 2. Programmare e fornire i servizi per rispondere ai bisogni dei clienti/utenti

Come un'organizzazione programma e fornisce i servizi per rispondere ai bisogni della popolazione servita.

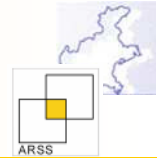
**35 raccomandazioni totali - 15% del totale**

**2 raccomandazioni chiave:**

- 6% delle raccomandazioni totali dell'area
- 4% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Rispondere ai bisogni della popolazione attraverso:
  - la valutazione dei bisogni
  - l'analisi dei problemi sanitari attuali ed emergenti
  - la selezione di indicatori per programmare i servizi futuri.



- Programmare i servizi di supporto in vista dei bisogni futuri attraverso
  - la definizione di un piano delle risorse umane
  - la definizione di un piano della gestione delle informazioni.
- Promuovere la salute e prevenire e diagnosticare precocemente i problemi di salute.

### 3. Focus sulla sicurezza del paziente

Come un'organizzazione affronta la sicurezza dei pazienti e gestisce il rischio.

**29 raccomandazioni totali – 12% del totale**

**23 raccomandazioni chiave:**

- **79% delle raccomandazioni totali dell'area**
- **46% delle raccomandazioni chiave totali**

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Gestire il rischio attraverso:
  - la messa in atto di un programma che preveda la segnalazione dei rischi
  - l'adozione di misure per garantire la sicurezza dei clienti/utenti
  - la gestione in sicurezza di situazioni di crisi ed emergenza, compresi i comportamenti aggressivi.
- Essere preparati a far fronte a disastri ed emergenze attraverso:
  - la definizione e revisione periodica di programmi e procedure e la valutazione della loro efficacia
  - la realizzazione di regolari esercitazioni e simulazioni.

- Usare e somministrare i farmaci in modo sicuro.

### 4. Integrare e coordinare i servizi

Come un'organizzazione lavora con gli utenti, le loro famiglie, la comunità, gli operatori e gli altri servizi per sviluppare un percorso assistenziale integrato e coordinato.

**29 raccomandazioni totali – 12% del totale**

**4 raccomandazioni chiave:**

- **14% delle raccomandazioni totali dell'area**
- **8% delle raccomandazioni chiave totali**

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Sviluppare, documentare e comunicare il piano integrato dei servizi al cliente/utente coinvolgendo i clienti/utenti, i familiari, la comunità e gli altri servizi nella sua elaborazione.
- Continuare a fornire supporto ai clienti/utenti successivamente al trattamento attraverso:
  - lo sviluppo di una strategia per ricevere il feed-back dopo la dimissione
  - la valutazione della continuità della assistenza all'esterno dell'organizzazione
  - il follow-up per seguire l'efficacia a lungo termine dei servizi ricevuti.
- Coordinare i servizi ai clienti/utenti attraverso:
  - l'adozione di un approccio multi-professionale e multidisciplinare
  - l'individuazione del responsabile del coordinamento dei servizi.

5. *Garantire l'accesso al trattamento e fornire i servizi ai clienti/utenti*

Come un'organizzazione gestisce il dolore, fornisce counseling, e assicura un accesso tempestivo all'assistenza e al trattamento.

**26 raccomandazioni totali – 11% del totale**

**4 raccomandazioni chiave:**

- 15% delle raccomandazioni totali dell'area
- 8% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Supportare i clienti/utenti nel processo assistenziale attraverso:
  - l'educazione, il supporto psicologico e il counseling
  - la fornitura di informazioni sui servizi
  - la messa in atto di un processo formale per definire gli obiettivi assistenziali insieme ai clienti/utenti
  - la documentazione dei progressi nel loro raggiungimento.
- Valutare i bisogni dei clienti/utenti e gestire il dolore attraverso:
  - lo sviluppo e la messa in atto di strumenti per facilitare un processo di valutazione interdisciplinare
  - l'educazione degli operatori sulla importanza di valutare, riconoscere e registrare il dolore dei clienti/utenti
  - l'adozione all'interno dell'organizzazione di processi standardizzati di gestione del dolore.

- Fornire l'assistenza e i servizi in modo tempestivo.

6. *Supportare i diritti dei clienti/utenti, l'etica e il consenso*

Come un'organizzazione promuove e protegge i diritti dei clienti/utenti e dei familiari, affronta le questioni relative a riservatezza, consenso e questioni di natura etica.

**20 raccomandazioni totali – 8% del totale**

**8 raccomandazioni chiave:**

- 40% delle raccomandazioni totali dell'area
- 16% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Stabilire e mettere in atto processi per ottenere il consenso del cliente/utente attraverso:
  - lo sviluppo di una politica sul consenso informato
  - la messa in atto di un processo standardizzato sul consenso all'interno dell'organizzazione
  - la garanzia che i clienti/utenti siano completamente informati prima di ottenere il consenso.
- Sviluppare e conformarsi ad una politica sulle questioni etiche attraverso:
  - la definizione in modo formale di un codice etico
  - l'assicurazione che il codice etico affronti i comportamenti d'affari e professionali e governi le azioni del personale e dei volontari



- prendendo in considerazione i diritti dei clienti/utenti e i valori dell'organizzazione quando sono prese decisioni sull'assistenza e sui servizi.

### 7. *Migliorare il sistema sanitario attraverso la ricerca e le migliori pratiche*

Come un'organizzazione utilizza le informazioni relative alla ricerca, alle evidenze e alle migliori pratiche per sviluppare e migliorare i servizi e la performance.

**11 raccomandazioni totali – 5% del totale**

**2 raccomandazioni chiave:**

- 18% delle raccomandazioni totali dell'area
- 4% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Adottare linee guida basate sulle migliori pratiche attraverso:
  - l'utilizzo di iniziative formali di ricerca e di migliori pratiche per migliorare l'assistenza
  - l'utilizzo di profili di cura e linee guida sulla pratica clinica.

### 8. *Valorizzare le risorse umane*

Come un'organizzazione mantiene i propri dipendenti e i volontari soddisfatti, definisce ruoli e funzioni e quali misure mette in atto per reclutare e trattenere il personale.

**10 raccomandazioni totali – 4% del totale**

**Nessuna raccomandazione chiave**

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Garantire un processo di valutazione positivo ed obiettivo attraverso:

- la realizzazione della valutazione della performance per tutto il personale e per i volontari
- l'attivazione per risolvere i problemi riscontrati e la valorizzazione dei progressi degli operatori
- l'utilizzo dell'autovalutazione e della valutazione dei pari nel processo di valutazione della performance.
- Creare un ambiente di lavoro sicuro, sano e positivo attraverso:
  - la messa a disposizione di supporti quali il counseling e la gestione dello stress
  - lo sviluppo di un programma formale su sicurezza e salute occupazionale
  - l'accesso a programmi per gestire comportamenti aggressivi dei clienti/utenti.
- Definire chiaramente ruoli e responsabilità attraverso:
  - l'assicurazione che personale e volontari capiscano in modo chiaro le aspettative riguardo al loro lavoro
  - la messa in atto di processi per identificare e risolvere questioni legate alle pratiche professionali.

## 9. Garantire l'accesso alle informazioni

Come un'organizzazione garantisce l'accesso alle informazioni da parte di operatori, clienti/utenti e familiari, per supportare i processi decisionali e migliorare la conoscenza, e come raccoglie ed utilizza le informazioni.

**7 raccomandazioni totali – 3% del totale**

**3 raccomandazioni chiave:**

- 43% delle raccomandazioni totali dell'area
- 3% delle raccomandazioni chiave totali

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Utilizzare i dati per supportare il processo decisionale attraverso:
  - l'accesso tempestivo alle informazioni
  - il feedback da clienti/utenti, familiari, operatori per migliorare le risorse e i processi informativi.
- Raccogliere e gestire le informazioni attraverso:
  - il training adeguato su produzione, raccolta, analisi e utilizzo dei dati

- lo sviluppo di linee guida per analizzare periodicamente le cartelle cliniche per garantire che le informazioni siano accurate e complete.

## 10. Esaminare il ruolo del governo delle organizzazioni sanitarie

Come la Direzione Aziendale governa in modo efficiente l'organizzazione.

**3 raccomandazioni totali – 1% del totale**

**Nessuna raccomandazione chiave**

Le raccomandazioni indicano la necessità per gli ospedali di:

- Gestire le risorse finanziarie attraverso:
  - la loro allocazione in funzione dei bisogni
  - la definizione del budget tenendo conto degli input del personale.
- Definire la missione, tenendo conto dell'input del personale, dei clienti/utenti e della comunità e rivedendola periodicamente.

## **SVILUPPI DELLA SPERIMENTAZIONE**

### Manuale Veneto per l'Accreditamento di Eccellenza per assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare

Con DGR n. 377/05 la Giunta Regionale ha preso atto *“dei risultati positivi della sperimentazione conclusa e di approvare, perché sia messo a disposizione del Servizio Socio Sanitario Regionale, il "Manuale del metodo, del processo e degli standard per l'Accreditamento di eccellenza dei servizi ospedalieri e delle cure domiciliari distrettuali" che è estendibile a tutti i servizi ospedalieri e delle cure domiciliari distrettuali del SSSR, qualora tali strutture ritengano di applicarlo”*.

La DGR offre quindi la possibilità alle Aziende Sanitarie pubbliche e alle strutture private di ottenere l'accreditamento di eccellenza formale, limitatamente alle due aree assistenziali interessate, secondo un programma approvato dalla Regione.

In assenza di un Ente di accreditamento specifico riconosciuto dalla Regione, le aziende pubbliche e le strutture private possono rivolgersi ad un Ente di accreditamento riconosciuto a livello internazionale, come sta avvenendo nelle due Aziende ULSS che hanno partecipato alla sperimentazione (cfr. punto successivo *“Utilizzo del Report”*).

### Utilizzo dei Report

L'utilizzo del Report non rientrava nella sperimentazione ed è stato diverso in funzione non solo del tipo di Report, ma anche delle decisioni delle due Direzioni aziendali coinvolte.

E' importante sottolineare che i componenti di entrambe le Direzioni sono cambiati durante la sperimentazione, con la nomina di nuovi Direttori Generali a partire dal gennaio 2003.

La Direzione dell'Azienda ULSS n. 9, il cui nuovo Direttore Generale aveva partecipato in qualità di responsabile del presidio ospedaliero di Treviso alla fase di avvio del progetto sperimentale, ha utilizzato il Report per l'elaborazione del Piano Attuativo Locale, avviando fin da subito progetti trasversali a tutta l'Azienda e specifici per i singoli team, per affrontare le raccomandazioni in esso contenute. L'organicità, il dettaglio dei riscontri e le indicazioni sulle priorità contenuti nel Report della visita pilota dell'Ospedale di Treviso hanno rappresentato indubbiamente uno stimolo importante a prendere questo tipo di decisione. Nel 2006 l'Azienda, con fondi propri, ha fatto richiesta al CCHSA di avviare un processo di accreditamento reale che si concluda con la decisione formale sullo stato di accreditamento entro la fine del 2007.

La Direzione dell'Azienda ULSS di Belluno, il cui nuovo Direttore Generale era completamente nuovo alla tematica dell'accreditamento di eccellenza, ha preferito invece prendere tempo per

riflettere su come dar seguito ai risultati della sperimentazione. Nel 2005 l'Azienda, con fondi propri, ha deciso di chiedere al CCHSA una visita pilota per aggiornare i riscontri della precedente visita simulata ed elaborare quindi un Report completo e dettagliato. La visita è stata realizzata in aprile 2006 ed il Report è stato consegnato in

settembre 2006. In novembre 2006 è stato elaborato un Piano aziendale della qualità per affrontare le raccomandazioni con la finalità di prepararsi a richiedere al CCHSA di avviare un processo che porti l'Ospedale di Belluno all'accREDITAMENTO formale entro la fine del 2007.

## 6. LA PROGETTAZIONE E L'AVVIO DELLA SECONDA MACRO FASE DEL PROGETTO SPERIMENTALE REGIONALE

Con DGR n. 377/05, già richiamata precedentemente, la Giunta Regionale ha preso atto *“della continuazione, da parte dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, delle sperimentazioni organizzative relative alla materia dell'accREDITAMENTO di eccellenza presso altre realtà aziendali della Regione, al fine di delineare in maniera definitiva un modello veneto (sistema organico di standard) per l'accREDITAMENTO di eccellenza”*.

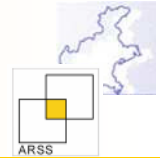
Con Deliberazioni del Direttore dell'ARSS n. 26 del 20.04.2005 e n. 24 del 22.03.2006 si è deciso di dare avvio alla seconda macro fase del progetto sperimentale per il completamento del Programma Regionale per l'AccREDITAMENTO di Eccellenza.

Sono obiettivi specifici di questa macrofase:

- Predisporre il manuale completo per l'accREDITAMENTO di eccellenza del SSSR, attraverso l'integrazione del manuale già reso disponibile con la citata DGR n. 377/05 per le aree assistenziali mancanti e l'aggiornamento di quelle già presenti.

- Applicare sul campo il metodo e il programma di formazione, autovalutazione e visita mettendo i risultati a confronto secondo un approccio di benchmarking.
- Verificare il grado di applicabilità del sistema di indicatori e standard individuati e le relative ricadute in termini di efficacia delle prestazioni erogate.
- Definire metodi e strumenti per la misurazione dei miglioramenti della qualità delle prestazioni, anche con riferimento ad appropriatezza e accessibilità.
- Valutare costi/risultati/benefici del progetto.
- Garantire alle organizzazioni coinvolte di richiedere, con propria decisione autonoma, il riconoscimento formale dello stato di accREDITAMENTO, assicurando comunque a tutte le organizzazioni partecipanti alla sperimentazione la visita e il report con i riscontri puntuali della stessa.

A livello operativo, la seconda macro fase del progetto sperimentale regionale consiste



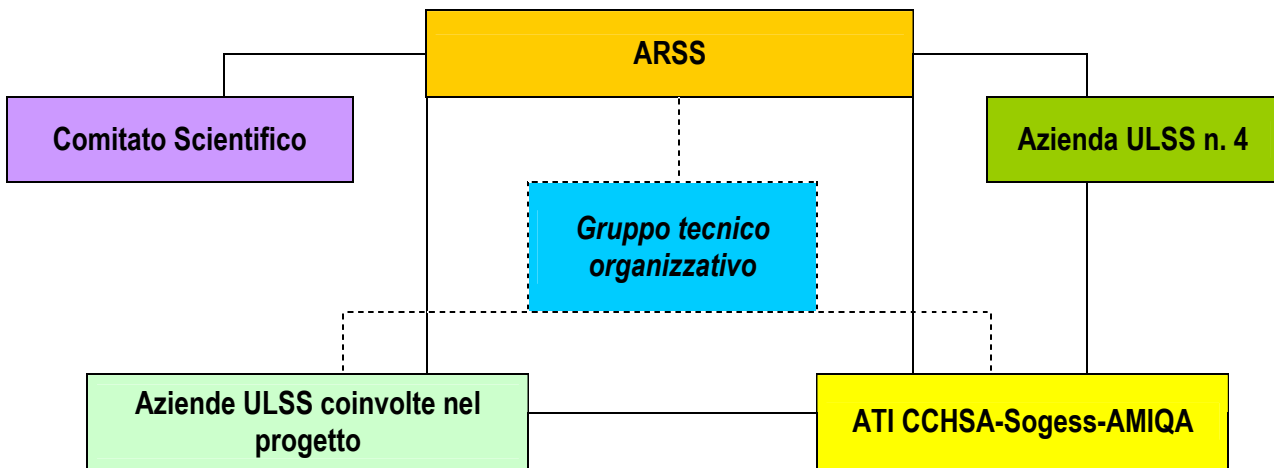
nell'adattamento e nella sperimentazione del programma di accreditamento del CCHSA con riferimento a:

- Il complesso delle aree assistenziali, inclusa l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare già oggetto della precedente sperimentazione, e delle funzioni trasversali (leadership&partnership, gestione risorse umane, gestione ambiente, gestione informazioni) in due Aziende del Veneto di media dimensione. Sono coinvolte le Aziende ULSS n. 4 Alto Vicentino e n. 7 Pieve di Soligo.
- Le singole aree assistenziali non interessate dalla sperimentazione precedente, in particolare
  - Assistenza residenziale e semiresidenziale intensiva ed estensiva (anziani e disabili), con il coinvolgimento dell'Azienda ULSS n. 13 Mirano

- Dipartimento di Prevenzione, con il coinvolgimento dell'Azienda ULSS n. 18 Rovigo
- Dipartimento di Salute Mentale, con il coinvolgimento dell'Azienda ULSS n. 13 Mirano
- Dipartimento per le Dipendenze, con il coinvolgimento dell'Azienda ULSS n. 18 Rovigo
- Altri Servizi Distrettuali (assistenza sanitaria di base, assistenza consultoriale materno-infantile e assistenza specialistica ambulatoriale), con il coinvolgimento dell'Azienda ULSS n. 20 Verona.

Gli attori coinvolti nella seconda macro fase del progetto sperimentale regionale e le relative interrelazioni sono illustrate nell'organigramma riportato alla pagina seguente.

## ORGANIGRAMMA DEL PROGETTO – SECONDA MACRO FASE



### ARSS

Garantisce il governo complessivo del progetto, interrelandosi con tutti gli altri attori, al fine di assicurarne il coordinamento e l'allineamento.

A tal fine viene costituito un Gruppo tecnico organizzativo con la partecipazione dei responsabili di progetto dell'ARSS e dell'ATI e dei referenti tecnici delle Aziende ULSS coinvolte.

In particolare ARSS svolge funzione di program management per tutte le fasi/attività da realizzarsi a livello centrale (lancio del progetto, formazione dei responsabili del governo del progetto, valutazione e validazione di standard ed indicatori e del processo di accreditamento, oltre che dei report periodici su stato di avanzamento del progetto, etc.) o che esigono l'allineamento dei diversi siti pilota (formazione a livello locale, individuazione di coordinatori team e relativi componenti, definizione del percorso critico di accreditamento, visite dei valutatori esterni, report di accreditamento, etc.).

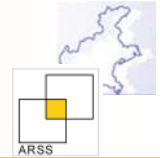
### Comitato Scientifico (CS)

Il CS è organo consultivo di supporto al progetto ed esercita la sua funzione esprimendo valutazioni, pareri e suggerimenti per favorire la più efficace realizzazione del progetto, in particolare in merito a:

- linee strategiche per lo sviluppo del progetto
- standard pilota e definitivi e processo di accreditamento per la Regione Veneto
- risultati intermedi ed output definitivi.

Si articola in una *componente fissa*, di cui fanno parte i rappresentanti di tutti gli attori direttamente coinvolti nel progetto (ARSS, ATI, Segretario Regionale Sanità e Sociale, Dirigenti delle Direzioni Regionali afferenti alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, Coordinatore dei Direttori Generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere, Rappresentanti delle Direzioni Aziendali delle Aziende ULSS coinvolte).

La componente fissa del CS segue lo sviluppo del progetto in tutte le sue fasi, avvalendosi per



tematiche singole dell'apporto di esperti e di rappresentanti di categorie professionali o di settori assistenziali specifici che costituiscono la *componente variabile* del CS (Società scientifiche, Ordine dei medici, Collegi degli infermieri, Facoltà di Medicina, Comuni, Associazioni di difesa dei diritti dei cittadini utenti, Strutture sanitarie e socio sanitarie private, altri esperti di settore e/o rappresentanti di categoria).

#### **Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino**

Cura gli aspetti di carattere amministrativo del progetto, in particolare la stipula del contratto con l'ATI e la liquidazione delle fatture, in stretto raccordo con ARSS.

#### **ATI CCHSA-Sogess-AMIQA**

Garantisce il supporto tecnico consulenziale per la realizzazione del progetto coerentemente con quanto indicato nella proposta tecnica presentata in sede di gara.

In particolare l'ATI fornisce:

- Metodologia, strumenti, formazione e risorse per la definizione degli standard e per la sperimentazione nei siti pilota del processo di accreditamento nelle sue diverse articolazioni: preparazione, autovalutazione, visita dei valutatori esterni pari, report di accreditamento.
- Supporto tecnico operativo ai siti pilota per la realizzazione della sperimentazione.
- Riconoscimento dello stato di accreditamento formale ai siti pilota che lo richiedono.

- Rendicontazione periodica sullo stato di avanzamento del progetto.

#### **Aziende ULSS coinvolte nella sperimentazione**

- Realizzano la sperimentazione del processo di accreditamento secondo le indicazioni metodologiche e tecniche dell'ATI sotto il coordinamento organizzativo dell'ARSS.
- Garantiscono l'impegno della Direzione Aziendale a mettere a disposizione le risorse umane adeguate per tutta la durata del progetto e a promuoverne la partecipazione attiva.
- Possono chiedere il riconoscimento formale dello stato di accreditamento.

La seconda macrofase del progetto si sviluppa in un arco temporale di tre anni articolandosi nelle fasi ed attività principali riportate nel prospetto che segue.

## PIANO GENERALE PER LO SVILUPPO DEL PROGETTO – SECONDA MACRO FASE

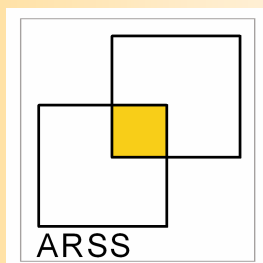
Fasi	Attività principali
<b>1. Attività preliminari e trasversali</b>	a) Gara per l'individuazione dell'ente di accreditamento riconosciuto a livello internazionale ed assegnazione dell'incarico. b) Istituzione e funzionamento del Comitato Scientifico (CS). c) Definizione ed attuazione del Piano di comunicazione attraverso iniziative e strumenti di divulgazione delle informazioni (presentazioni pubbliche del progetto, distribuzione di brochure e pubblicazioni, coinvolgimento dei media, siti web, etc.) a livello internazionale, nazionale, regionale e locale. d) Lancio/avvio ufficiale del progetto con l'organizzazione di un convegno a livello regionale e di presentazioni pubbliche nei siti pilota. e) Amministrazione del progetto che comprende la rendicontazione periodica e la liquidazione degli importi secondo quanto previsto dal contratto.
<b>2. Piano di formazione ed addestramento</b>	a) Definizione del Piano di formazione ed addestramento, con l'indicazione di destinatari, obiettivi formativi, contenuti, modalità di realizzazione dei moduli formativi e scadenze. Tutti gli eventi formativi sono accreditati ECM.
<b>3. Definizione della versione pilota di standard, indicatori e misure per la valutazione dell'impatto dell'accREDITAMENTO in termini di miglioramento della qualità e personalizzazione del SW</b>	a) Analisi di contesto su organizzazione dei servizi, comportamenti gestionali, sistemi di gestione della qualità e progetti e strumenti di miglioramento della qualità in atto, indicatori utilizzati per la valutazione della qualità. b) Individuazione degli standard CCHSA adatti/pertinenti al progetto e definizione di nuovi standard per le funzioni/aree assistenziali non previste dagli standard CCHSA. c) Definizione degli indicatori associati agli standard e dell'impianto e delle misure per la valutazione dell'impatto dell'accREDITAMENTO in termini di miglioramento della qualità. d) Traduzione in italiano di standard, indicatori e misure. e) Adattamento di standard, indicatori e misure al contesto normativo, organizzativo e culturale del Veneto utilizzando la tecnica del "focus group". f) Adattamento del SW per l'accREDITAMENTO del CCHSA alla versione pilota degli standard.
<b>4. Sperimentazione di standard, indicatori e misure e del processo di accREDITAMENTO</b>	a) Istituzione e funzionamento di Comitati strategici/guida per la sperimentazione nei siti pilota. b) Nomina dei Coordinatori per l'accREDITAMENTO a livello locale e loro formazione. c) Individuazione numero, tipo e componenti dei team e relativi team leader e loro formazione ed addestramento. d) Definizione del Percorso critico del processo di accREDITAMENTO. e) Realizzazione dell'autovalutazione utilizzando il SW per l'accREDITAMENTO. f) Pianificazione, preparazione e realizzazione della visita dei valutatori pari esterni. g) Elaborazione dei Rapporti di accREDITAMENTO (con o senza la decisione sullo stato di accREDITAMENTO), loro consegna ai siti pilota e comunicazione/diffusione degli stessi.
<b>5. Valutazione della sperimentazione</b>	a) Definizione di metodologia e strumenti di valutazione e loro implementazione in riferimento a: - interventi di formazione ed addestramento - standard, indicatori e misure per la valutazione di impatto dell'accREDITAMENTO - processo di accREDITAMENTO, incluso l'utilizzo del SW per l'accREDITAMENTO. b) Elaborazione Rapporto finale di progetto.
<b>6. Definizione ed approvazione del Programma di accREDITAMENTO di eccellenza per il SSSR del Veneto</b>	a) Raccolta ed analisi di osservazioni, proposte e suggerimenti emersi dalla sperimentazione nei siti pilota. b) Elaborazione della versione finale del Manuale per l'accREDITAMENTO di eccellenza del SSSR del Veneto nel suo complesso, comprensivo di: - Standard - Indicatori - Misure per la valutazione di impatto/efficacia - Processo di accREDITAMENTO - Proposta in merito a gestione a regime e manutenzione del programma di accREDITAMENTO di eccellenza del Veneto



Per la realizzazione della seconda macro fase del progetto sperimentale regionale è previsto un periodo complessivo di tre anni con l'articolazione temporale per fasi visualizzata nel master plan seguente.

### SVILUPPO TEMPORALE DEL PROGETTO – SECONDA MACRO FASE

Fasi	Tempi											
	Anno 1				Anno 2				Anno 3			
	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
1.	█											
2.	█											
3.	█											
4.	█				█				█			
5.	█			█								
6.											█	



**AGENZIA REGIONALE SOCIO SANITARIA del VENETO**  
**A.R.S.S.**

*(L.R. n. 32, 29 novembre 2001)*

Ca' Zen ai Frari - S. Polo, 2580 - 30125 Venezia

[www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it)

[arss@regione.veneto.it](mailto:arss@regione.veneto.it)