



# Progetto accreditamento istituzionale

Azienda USL  
Carbonia

**Titolo del Progetto:**

## **Progetto di accreditamento istituzionale Unità operative ospedaliere**

### Parte 1: Anagrafica

Direttore Sanitario	dr. Pietro Chessa
Resp.le Direzione staff – Ufficio Qualità	dr. Gianfranco Desogus
Direttore medico Ospedale Iglesias	dr. Carlo Murru
Ufficio tecnico	Ing. Cristian Cocco

### Parte 2: Aspetti generali

#### **2.1 Area di intervento**

- sistemi di autorizzazione
- metodiche di miglioramento continuo della qualità (MCQ)

#### **2.2 Progetto**

- realizzato

#### **2.3 Descrizione sintetica del progetto**

**Il progetto sperimentale, promosso dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna, ha l'obiettivo di impiantare un sistema di accreditamento istituzionale, basato sul possesso di specifici requisiti minimi, così come stabiliti dall'applicazione del D.P.R. 14 gennaio 1997 per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie in riferimento alla sussistenza di caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative, e di ulteriori requisiti (di qualità) in ottemperanza a quanto disposto dal decreto assessoriale della Regione Sardegna (giugno 1998) che garantiscono strumenti di garanzia per l'utente che acquisisce la prestazione sanitaria.**

Il processo di accreditamento istituzionale, basato sul sistema TQM, mira a verificare la fattibilità del progetto nel sito pilota dell'Ospedale di Iglesias, presso il Presidio ospedaliero CTO.

Il sistema di accreditamento, passando dal riconoscimento formale di una preventiva autorizzazione ad erogare attività sanitarie per conto del SSR, è centrato su un percorso di rimodellamento e di riorganizzazione della Unità operativa di Otorinolaringoiatria (ORL), reparto di degenza a ricovero ordinario e diurno con 15 posti letto, della sala operatoria dedicata di ORL e dei poliambulatori.

Il Direttore sanitario aziendale ha istituito un Gruppo di lavoro per l'accREDITamento della Unità operativa e della sala operatoria del CTO di Iglesias, compresa l'area poliambulatoriale, costituito dal Responsabile Ufficio Qualità, dal Direttore medico del Presidio ospedaliero e dal Responsabile dell'Ufficio tecnico aziendale che hanno proposto un studio di fattibilità del progetto e un piano di attuazione e controllo che prevedeva l'accREDITamento entro 12 mesi.

## **2.4 Azioni**

### Fase 1 - Attività preliminari e trasversali

- costituzione di un gruppo aziendale (group focus), costituito dal personale della Direzione medica dell'Ospedale di Iglesias, dell'Ufficio tecnico e di manutenzione, dall'Ufficio staff "Programmazione e sviluppo organizzativo" con funzioni di indirizzo, di programmazione e di verifica del processo di accREDITamento, sotto la Direzione sanitaria aziendale;
- definizione di un Piano di lavoro che ha coinvolto tutti i soggetti interessati (stakeholder) attraverso iniziative mirate a sensibilizzare, comunicare e trasmettere procedure codificate per raggiungere l'obiettivo pre-fissate;
- sviluppo di percorsi di formazione per l'esecuzione di audit interni per la verifica dei livelli di conformità, la gestione delle non conformità e la pianificazione degli interventi correttivi;

### Fase 2 - Analisi della situazione e studio di fattibilità

A partire dai dati acquisiti attraverso l'uso di check list, interviste con il personale e sopralluoghi:

- rapporto sulle articolazioni organizzative oggetto di verifica per l'accREDITamento istituzionale, contestualizzato per ogni ambiente di lavoro;
- quadro generale di riferimento (norme nazionali e regionali);
- sistema standard di riferimento (accREDITamento e sue dimensioni)

### Fase 3 - Definizione del sistema di standard

- individuazione e costituzione di gruppi di esperti (Focus Group), rappresentativi delle diverse aree aziendali, con funzione di studio e revisione degli standard di accREDITamento al fine del loro adattamento alla situazione istituzionale ed organizzativa locale;

- attività formativa condotta da esperti dai componenti dei Focus Group e del Gruppo di contatto regionale;
- revisione e adattamento degli standard di accreditamento e definizione degli standard pilota da utilizzare nella sperimentazione dell'istituto di accreditamento istituzionale;

#### Fase 4 - Studio e progettazione del processo di accreditamento di eccellenza

- Autovalutazione
  - definizione di criteri per la costituzione dei team di autovalutazione che siano rappresentativi di tutte le funzioni ospedaliere;
  - individuazione delle funzioni del gruppo di autovalutazione:
    - valutare il livello di raggiungimento degli standard (compliance)
    - sottolineare i punti di forza e le aree di miglioramento
    - indicare i piani di miglioramento della qualità
    - proporre eventuali modifiche ed integrazioni agli standard pilota.
  - definizione della documentazione da produrre a supporto dell'autovalutazione a partire da una proposta di accreditamento alla Regione.
- Progettazione visita dei valutatori esterni secondo un approccio di peer review con la definizione di:
  - funzioni, organizzazione e conduzione della visita di verifica;
  - contenuti e struttura del report di accreditamento da presentare alla conclusione della visita all'ospedale, con l'indicazione dei punti di forza, delle aree di miglioramento e delle eventuali raccomandazioni;
  - stato di accreditamento.

#### Fase 6 - Individuazione dell'Ente di accreditamento regionale

Le risultanze della sperimentazione hanno consentito alla Regione Sardegna di costituire l'Ente di accreditamento regionale (Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale):

- definendone mandato, funzioni e composizione;
- definendone la natura giuridica, normativa e regolamentare;
- individuandone la struttura organizzativa;
- contribuendo alla stesura di una proposta per l'adozione di un programma di accreditamento di eccellenza del Servizio Sanitario Regionale della Sardegna.

## 2.5 Finalità

Sviluppare una politica regionale di accreditamento istituzionale, su base volontaria, del servizio sanitario regionale, coerente ed integrata con la complessiva politica regionale sulla qualità, a partire dall'accREDITamento istituzionale.

## 2.6 Obiettivi

- Realizzare a livello sperimentale tutte le componenti dell'AccREDITamento istituzionale per il livelli di assistenza ospedaliera, adattando al contesto regionale il modello normativo nazionale.
- Progettare e proporre un programma di AccREDITamento istituzionale, valido per il Sistema Sanitario Regionale della Sardegna.
- Definire il modello istituzionale ed organizzativo del sistema regionale di AccREDITamento istituzionale.

## 2.7 Vantaggi attesi

L'applicazione del sistema di accreditamento istituzionale in ambito sanitario permette di realizzare una sperimentazione di riconversione culturale ed organizzativa del sistema sanitario locale, favorendo l'approccio interdisciplinare, il lavoro organizzato.

I vantaggi attesi dal processo di accreditamento sono:

- acquisizione di metodologie e di strumenti per promuovere, avviare e gestire processi di qualità sanitaria;
- misurazione del livello di conformità a standard di accreditamento, definiti attraverso una metodologia riconosciuta a livello nazionale e regionale;
- uso di un processo di autovalutazione che accresce la professionalità di ogni operatore e stimola lo sviluppo del lavoro di team, favorendo il lavoro interdisciplinare e multiprofessionale, ponendo l'attenzione all'esito dei processi;
- definizione ed attuazione di un modello organizzativo che garantisce l'efficienza interna, l'appropriatezza prestazionale;
- sensibilizzazione e coinvolgimento di stakeholder (operatori, interlocutori istituzionali regionali), affinché il complesso delle prestazioni erogate venga concretamente centrato sul paziente e fondato su una maggiore trasparenza ed appropriatezza.

## 2.8 Risultati conseguiti

A tutt'oggi sono state realizzate le seguenti attività del progetto:

- 1) Acquisizione delle conoscenze del Sistema sanitario regionale;
- 2) Costituzione di un Gruppo di contatto locale multidisciplinare, per il coordinamento metodologico del progetto, con la commissione regionale;

3) Costituzione di focus group con il coinvolgimento di circa 50 operatori appartenenti alle diverse aree funzionali, con il compito di valutare l'applicabilità del sistema di standard di accreditamento nelle rispettive aree di pertinenza e suggerire modifiche ed integrazioni;

4) Diffusione e acquisizione, attraverso apposita formazione, delle conoscenze sul sistema di accreditamento istituzionale per il gruppo di contatto e per tutti i focus group individuati;

5) Studio e adattamento degli Standards nazionale e regionali alla realtà locale, per poi effettuare una verifica del gruppo di verifica interno;

6) Costituzione di un Comitato di coordinamento di livello aziendale (Direzione generale, sanitaria ed amministrativa) per la definizione e la diffusione dei risultati del progetto di accreditamento.

## Parte III: Aspetti specifici

### 3.1 Risorse

- finanziarie:  
le risorse finanziarie finalizzate sono state rese disponibili dalla azienda sanitaria su apposito capitolo. Ulteriori finanziamenti sono in fase di definizione da parte della Regione Sardegna da destinare ai processi di accreditamento istituzionale.
- personale:  
l'azienda sanitaria 7 fornisce il supporto logistico e proprio know-how organizzativo oltre a garantire l'apporto professionale degli operatori dell'Ospedale e dello staff Direzionale .

### 3.2 Realizzazione

**Il progetto ha coinvolto trasversalmente l'Ospedale di Iglesias e la struttura aziendale direzionale in termini attuazione di programmi, di interventi strutturali, impiantistici ed organizzativi, di formazione e aggiornamento continuo.**

**Il gruppo di contatto, i focus group, i team di autovalutazione e lo staff di direzione, forniscono al progetto supporto tecnico -professionale specifico, mirato anche al reengineering organizzativo strumentale alla realizzazione dell'accreditamento istituzionale.**

### **3.3 Utilizzo nuove tecnologie**

Le tecnologie innovative sono rappresentate da:

- il sistema degli standard di accreditamento visionati e validati;
- il processo e le procedure dell'autovalutazione e della visita di accreditamento;
- il sistema e le regole del reporting finale.

### **3.4 Comunicazione interna**

La comunicazione interna, estesa anche al personale del reparto e della sala operatoria di ORL e delle attività ambulatoriali, è stata curata come segue:

- riunioni periodiche mirate di presentazione generale e di progress del progetto di accreditamento;
- diffusione di informazioni periodiche agli operatori.

### **3.5 Formazione personale**

Le azioni di formazione , condotte direttamente da personale qualificato della Direzione sanitaria aziendale, della Direzione medica ospedaliera e dell'Ufficio staff direzionale, in tema di accreditamento istituzionale, (definizione di differenti modelli organizzativi, metodologie MCQ, definizione e applicazione di standard), sono state :

- sistema di accreditamento
- norme di riferimento
- gestione delle procedure
- elaborazione e controllo dei processi
- gestione del sistema documentale
- gli attori del processo e l'ente di accreditamento regionale
- attività di post-accreditamento istituzionale

### **3.6 Incentivazione**

La Direzione aziendale incentiva il processo di accreditamento a tutti i livelli aziendali per favorire l'utilizzo di strumenti di garanzia per l'utente che acquisisce le prestazioni sanitarie ospedaliere.

### **3.7 Comunicazione/partecipazione**

Il sistema di accreditamento è orientato al paziente e alla partecipazione degli stakeholder del SSR. Oltre alla partecipazione e al coinvolgimento degli operatori nei gruppi di contatto , sono stati coinvolti, gli uffici tecnici e manutentivi aziendali.

### **3.8 Benchmark**

Il progetto si basa sulla comparazione dei metodi e degli strumenti e del loro utilizzo e dell'applicazione sull'unità operativa e la sala operatoria di ORL, nonché delle aree ambulatoriali del presidio ospedaliero CTO di Iglesias, ai fini di comparare:

- le risultanze e le valutazioni dei risultati;
- il loro grado di accettabilità;
- il livello di efficacia ed efficienza;
- le modifiche organizzative.

**La filosofia e la prassi del benchmark è quindi insita nell'organizzazione del progetto stesso.**

### **3.9 Sostenibilità organizzativa**

Processo basato in particolare sui seguenti punti cardine:

- ruolo dell'azienda nel SSR ed esercizio di una leadership a livello territoriale;
- coinvolgimento sistematico e controllato del gruppo di contatto, in sinergia con la commissione regionale per l'accreditamento;
- partecipazione attiva dei responsabili e coordinatori di struttura e di tutti gli operatori dell'unità operativa di ORL, della sala operatoria di ORL e degli ambulatori;
- la fattiva partecipazione del personale afferente alle direzioni coinvolte nel progetto di accreditamento;
- il coinvolgimento corresponsabile dell'Ufficio staff "Programmazione e sviluppo organizzativo" e della "Formazione e Qualità" aziendale;
- la disponibilità della Commissione regionale per l'accreditamento istituzionale;
- la partecipazione trasversale del sistema aziendale, con riferimento ai focus group e ai gruppi di autovalutazione;
- la disponibilità strategica, organizzativa e finanziaria dell'azienda.