

Convention Nazionale  
**L'Eccellenza Professionale nell'era della Clinical Governance**  
 Formazione continua, modifica dei comportamenti, valutazione delle performance

Quale ruolo per la **competence professionale**  
 nel percorso di accreditamento all'eccellenza?

**Accreditation Canada**

visita l'Azienda Ospedaliera-Università di Padova.

**Maria Laura Chiozza**  
 Direttore SC Qualità e Accreditamento  
 Azienda Ospedaliera – Università di Padova

**IL MODELLO VENETO PER LA QUALITA' DEL SISTEMA**

**ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA**  
 Processo volontario di valutazione a prevalente contenuto professionale, sistematico e periodico, rivolto al miglioramento continuo della qualità (Prevalentemente riferito ad attività cliniche)

**ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**  
 Dimostrazione di conformità a requisiti ulteriori per l'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali previsti dal Manuale di attuazione della L.R. 22/02

**AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**  
 Autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali a strutture in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi contenuti nel Manuale di attuazione della L.R. 22/02 (rif. DPR 14/1/97)

**ATTIVITA' INTERNAZIONALI**

Accreditation Canada International eroga servizi e programmi di accreditamento a svariate organizzazioni a livello globale.

Europa	Medio Oriente e Nord Africa	Area Caraibica	America Latina
Italia Serbia Spagna Francia	Arabia Saudita Bahrain Kuwait UAE Tunisia	Bermuda Anguilla St. Lucia St. Vincent & the Grenadine St. Kitts & Nevis Bahamas Trinidad & Tabago	Brasile Costa Rica

**CICLO DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA**

**CICLO DI 3 ANNI**

The cycle consists of the following steps: Informarsi / Documentarsi, Prepararsi, Fare l'Autovalutazione, Programmare e ricevere la visita, Utilizzare il report, Miglioramenti continui.

**SEZIONI DI STANDARD TRASVERALI**

- LEADERSHIP E PARTNERSHIP
- RISORSE UMANE
- GESTIONE DELL'AMBIENTE
- GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

**SEZIONI DI STANDARD ASSISTENZIALI**

- ASSISTENZA ACUTI
- ASSISTENZA AMBULATORIALE
- ASSISTENZA ONCOLOGICA
- ASSISTENZA TERRITORIALE
- ASSISTENZA DOMICILIARE
- ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
- ASSISTENZA A MALATI TERMINALI
- ASSISTENZA A DISABILI
- ASSISTENZA A MADRE E NEONATO
- ASSISTENZA RIABILITATIVA
- TERAPIA INTENSIVA
- SALUTE MENTALE
- DIPENDENZA DA SOSTANZE E GIOCO
- ASSISTENZA PREVENTIVA SALUTE PUBBLICA

## PRATICHE OBBLIGATORIE DELL'ENTE (POE)

Cultura	Comunicazione	Uso dei farmaci	Ambiente di Lavoro	Controllo infezioni
La sicurezza degli assetti è una priorità o obiettivo strategico	Formazione dell'assistito sulla sicurezza	Eliminazione degli elettroliti concentrati	Formazione sulla sicurezza dell'assistito	Linee guida per il controllo infezioni
Report trimestrali	Trasmissione di informazioni	Standardizzazione e limitazione delle concentrazioni di farmaci	Piano per la sicurezza dell'assistito	Formazione sull'igiene delle mani
Sistema di reporting di eventi avversi	Processi di verifica per attività di assistenza/ servizi ad alto rischio	Formazione sulle pompe di infusione	Ruoli e responsabilità per l'assistenza e la sicurezza dell'assistito	Tassi di infezioni
Politica e processo per la divulgazione di eventi avversi	Riconciliazione farmacologica al ricovero		Programma di manutenzione preventiva	Sistemi ed attrezzature di rigenerazione
Analisi prospettica	Riconciliazione farmacologica al momento dell'invio e trasferimento			

## 2° MACRO FASE

Adattamento e sperimentazione del programma di accreditamento del CCHSA con riferimento a:

- Aziende ULSS n. 4 Alto Vicentino e n. 7 Pieve di Soligo: complesso delle aree assistenziali, inclusa assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare, e delle funzioni trasversali (leadership & partnership, gestione risorse umane, gestione ambiente, gestione informazioni)
- singole aree assistenziali non interessate dalla sperimentazione precedente, in particolare:
  - Azienda ULSS n. 13 Mirano: Assistenza residenziale e semiresidenziale intensiva ed estensiva (anziani e disabili)
  - Azienda ULSS n. 18 Rovigo: Dipartimento di Prevenzione
  - Azienda ULSS n. 13 Mirano: Dipartimento di Salute Mentale
  - Azienda ULSS n. 18 Rovigo: Dipartimento per le Dipendenze:
  - Azienda ULSS n. 20 Verona: Altri Servizi Distrettuali (assistenza sanitaria di base, assistenza consultoriale materno-infantile e assistenza specialistica ambulatoriale)
  - DAI di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova: assistenza per acuti, cure intensive, assistenza ambulatoriale, servizi diagnostici, didattica e ricerca

Committente



Associazione Temporanea di Impresa (ATI)

**PROGETTO DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DEL DAI di PEDIATRIA di PADOVA**

**Accreditation Canada**




Progetto di Accreditamento di Eccellenza delle Aziende ULSS del Veneto

## PROGETTO DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DAI di PEDIATRIA AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA

... The approach for the definition of standards, performance indicators and measure of accreditation impact, as well as for education and pilot test evaluation activities.

... the integrated research, education and clinical functions of the Department of Pediatrics are reflected in the existing standards as well as the set indicators now begin developed for the broader regional accreditation excellence program.



## AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA

### DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA

D.lgs. 229/99

D.lgs. 517/99

#### ASPETTO INNOVATIVO DI QUESTO MODELLO ORGANIZZATIVO

raccordo diretto tra Dipartimento ad attività integrata e strutture di staff della Direzione aziendale, in modo di semplificare il processo decisionale ed agevolare la soluzione delle problematiche emergenti

#### OBIETTIVI:

- integrazione dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca
- miglioramento dell'efficienza organizzativa
- miglioramento della qualità del servizio

## SPERIMENTAZIONE MODELLI GESTIONALI

Acquisto complesso di via Orus per trasferimento laboratori di ricerca

Posizioni di professore ordinario e associato finanziati dall'Azienda Ospedaliera

Convenzioni con l'Università di Padova per i posti di Ricercatore.

Convenzioni con l'Università degli Studi di Padova per la formazione degli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria

Certificazione ISO del DAI di Pediatria e della Scuola di Specialità in Pediatria

Acad Med. 2009 Nov;84(11):1476-8.

Commentary: Flexner Redux 2010: graduate medical education in the United States.

Whitecomb M.  
School of Public Health, George Washington University, Washington, DC, USA. mwhitecomb@hotmail.com

### 1910: Abraham Flexner report

How are doctors being prepared for practice?...

Because today's medical students no longer enter practice on graduation from medical school.

... modernizing state laws so that residents completing training would have to demonstrate that they are adequately prepared to enter practice before being granted licenses.

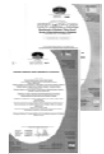
## AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA

Scuola di Specialità in Pediatria: "Processo di pianificazione delle attività didattiche ed assistenziali integrate in Pediatria"

D.A.I. di Pediatria: "Processo di pianificazione e messa a disposizione delle attività assistenziali integrate in Pediatria"

↳ D.A.I. recepisce processo Scuola di Specialità in quanto garantisce un servizio assistenziale all'Università trasversale a tutti i reparti (outsourcing) mentre Scuola di Specialità verifica che i percorsi assistenziali siano idonei al percorso didattico

↳ Per lo svolgimento di attività assistenziali il DAI mette a disposizione un patrimonio documentale costituito da Documenti di processo (n. 15), Percorsi Diagnostico-Terapeutici (n. 145), Procedure Organizzative (n. 52), Istruzioni Operative (n. 220) e Procedure tecniche (n. 100) utilizzati a garanzia di un percorso assistenziale univoco del paziente ma anche con forte valenza didattica per il medico in formazione.



## PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO ACCREDITATION CANADA

Componenti principali programma  
Accreditamento AC



STANDARD

PROCESSO DI VALUTAZIONE

DECISIONE RELATIVA AL RICONOSCIMENTO  
DELL'ACCREDITAMENTO

## PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO ACCREDITATION CANADA

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 di AC sono:

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

## PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO ACCREDITATION CANADA

PROCESSO DI VALUTAZIONE



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

## PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO ACCREDITATION CANADA

DECISIONE RELATIVA AL  
RICONOSCIMENTO 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.

**LEADERSHIP E PARTNERSHIP**

**SEZIONE DI STANDARD**

- Individuare e rispondere ai bisogni
- Mantenere buoni rapporti con la comunità
- Soddisfare il mandato dell'ente
- Garantire visibilità e misurabilità a tutti i soggetti interessati / portatori di interessi
- Il nostro codice etico
- Avere una direzione chiara da seguire
- Gestire i rischi
- Promozione della cultura sicurezza per l'assistito
- Promozione della qualità dell'ambiente lavorativo
- Integrare ricerca e didattica nelle attività cliniche
- Essere un ente che favorisce l'apprendimento / mantenere un ambiente favorevole all'apprendimento
- Raggiungere risultati positivi



**LEADERSHIP E PARTNERSHIP**

SEZIONI DI STANDARD	OBIETTIVI
▪ Individuare e rispondere ai bisogni	1. L'ente anticipa e risponde ai cambiamenti dello stato di salute e dei bisogni della comunità.
▪ Mantenere buoni rapporti con la comunità	2. L'ente stabilisce ampie e significative alleanze e partnership con altre organizzazioni e con comunità. 3. Organismo di governo, direzione, generale e di struttura operativa e dirigenti promuovono, supportano e partecipano a sviluppo continuo comunità.
▪ Soddisfare il mandato dell'ente	4. La missione stabilita dal governo regionale indica la direzione da seguire.
▪ Il nostro codice etico	6. L'ente fornisce i propri servizi e prende le decisioni in accordo con i valori stabiliti dal governo regionale e con il proprio codice etico o con altri codici etici riconosciuti.
▪ Avere una direzione chiara da seguire	7. L'ente ha una direzione chiara e raggiunge i risultati desiderati. 8. L'ente è caratterizzato da una comunicazione aperta e buoni rapporti lavorativi. 9. Risorse umane, finanziarie e strutturali sono allocate in modo appropriato all'interno dell'ente.

**LEADERSHIP E PARTNERSHIP**

SEZIONI DI STANDARD	OBIETTIVI
▪ Gestire i rischi	10. Organismo di governo, direzione, generale e di struttura operativa/presidio, e dirigenti prevengono e gestiscono ogni rischio nell'ambito dell'ente. 11. Le risorse finanziarie sono controllate e protette. 12. I servizi convenzionati/in appalto sono garantiti secondo i termini contrattuali. 13. L'organismo di governo e i dirigenti prevengono e gestiscono eventi sentinella, eventi avversi e mancati incidenti
▪ Promozione cultura sicurezza per l'assistito	14. L'ente monitora e migliora in modo continuo sicurezza assistito.
▪ Promozione qualità dell'ambiente lavorativo	15. La cultura dell'ente permette al personale di ambire a eccellenza assistenza e servizi per tutti gli assistiti.
▪ Integrare ricerca e didattica nelle attività cliniche	16. L'ente tutela i diritti, la sicurezza e il benessere degli assistiti che partecipano alla ricerca. 17. L'ente fornisce insegnamento e formazioni di qualità a studenti, specializzanti e tirocinanti.
▪ Essere un ente che favorisce apprendimento / mantenere ambiente favorevole apprendimento	18. L'ente ha un sistema di miglioramento della qualità definito e coordinato in modo chiaro al fine di effettuare il monitoraggio, valutare e migliorare la qualità in modo continuo.
▪ Raggiungere risultati positivi	19. L'ente raggiunge i migliori risultati o esiti possibili (results or outcomes).

**RISORSE UMANE**

**SEZIONE DI STANDARD**

- Individuare e rispondere ai bisogni
- Essere un ente che favorisce l'apprendimento/ mantenere un ambiente favorevole all'apprendimento
- Scegliere le persone giuste
- Migliorare la performance
- Stabilire buoni rapporti di lavoro
- Garantire un ambiente di lavoro sano



**RISORSE UMANE**

SEZIONI DI STANDARD	OBIETTIVI
▪ Individuare e rispondere ai bisogni	1. Il piano documentato delle risorse umane dell'ente prevede e risponde ai bisogni presenti e futuri di personale.
▪ Essere un ente che favorisce l'apprendimento /mantenere un ambiente favorevole a apprendimento	2. L'ente valuta regolarmente e migliora i processi di gestione delle risorse umane per ottenere i migliori risultati possibili.
▪ Scegliere le persone giuste	3. L'ente dispone di un numero adeguato di personale dipendente, liberi professionisti e volontari qualificati per erogare servizi di qualità.
	4. I livelli di organico vengono valutati e risultano adeguati.
	5. L'ente verifica l'abilitazione / il diritto alla pratica professionale, affida incarichi e reincarichi e definisce e autorizza l'ambito di intervento per tutti i liberi professionisti che forniscono servizi all'interno dell'ente.

**RISORSE UMANE**

SEZIONI DI STANDARD	OBIETTIVI
▪ Migliorare la performance	6. I dirigenti, il personale dipendente ed i volontari dell'ente dimostrano la loro competenza.
▪ Stabilire buoni rapporti di lavoro	7. Dirigenti, personale dipendente, volontari e personale temporaneo a vario titolo, che operano nell'ente sono consapevoli dei loro ruoli, responsabilità e rapporti gerarchici.
	8. L'ente identifica e risolve i problemi collegati alle pratiche professionali.
	9. Documentazione individuale e informazioni sul personale sono riservate, aggiornate e complete.
▪ Garantire un ambiente di lavoro sano	10. L'ambiente di lavoro offerto dall'ente è sicuro, sano e positivo per il personale dipendente, i liberi professionisti e i volontari.
	11. L'ente è impegnato a garantire condizioni di lavoro sicure e sane al personale dipendente, ai liberi professionisti, ai volontari e al personale temporaneo a vario titolo.

## RISORSE UMANE

### PUNTI DI FORZA

- Piano formativo aziendale: corsi strategici, di unità operativa e personali
- Piattaforma Learning Management System
- Corsi sicurezza, rischio biologico
- CD rom sicurezza per neoassunto con prova di esame
- Nuovo modello assistenziale: introduzione figura OSS
- Documento Individuale di Valorizzazione
- Comitato Pari Opportunità, Comitato Mobbing, Codice di condotta
- Corsi aziendali per volontari
- Turnistica su 24 ore diversificata secondo carico assistenziale con sovrapposizione ½ ora al cambio turno
- Percorso inserimento neoassunto comparto sanitario
- Procedure aziendali
- Job description sistemi certificati ISO

## RISORSE UMANE

### AREE DI MIGLIORAMENTO

- Implementare nuovi corsi sulla sicurezza secondo DLgs 81/2008
- Coinvolgere associazioni volontariato nella programmazione delle risorse umane
- Incentivare cultura ritorno informazioni alle Unità Operative
- Individuare indicatori per monitorare la ricaduta della formazione
- Formalizzare il percorso inserimento neoassunto per area amministrativa e per la dirigenza
- Implementare indagine sul benessere organizzativo in tutta l'Azienda
- Effettuare benchmarking su aree omogenee
- Formalizzare delibera referenti Accreditamento Istituzionale e Rischio
- Implementare Carta dei Servizi di Staff
- Individuare indicatori di complessità assistenziale
- Implementare Scheda di Valutazione della Dirigenza
- Mappare rischi clinici per area omogenea
- Formalizzare procedura per gestione fascicolo personale

Dist. Med Educ, 2009 Aug 6;3(3):1

Assessing competency in Evidence Based Practice: strengths and limitations of current tools in practice.

doi:10.1186/1745-2975-3-1

Monash Institute of Health Services Research, Monash University, Clayton, VIC 3168, Australia. dragan.ac@med.monash.edu.au

KNOWLEDGE	P R O F E S S I O N A L C O M P E T E N C E
SKILLS	
ATTITUDES	

Evidence Based Practice (EBP) involves making clinical decisions informed by the most relevant and valid evidence available. COMPETENCE can broadly be defined as a concept that INCORPORATES a VARIETY of DOMAINS including knowledge, skills and attitudes.