

# 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**



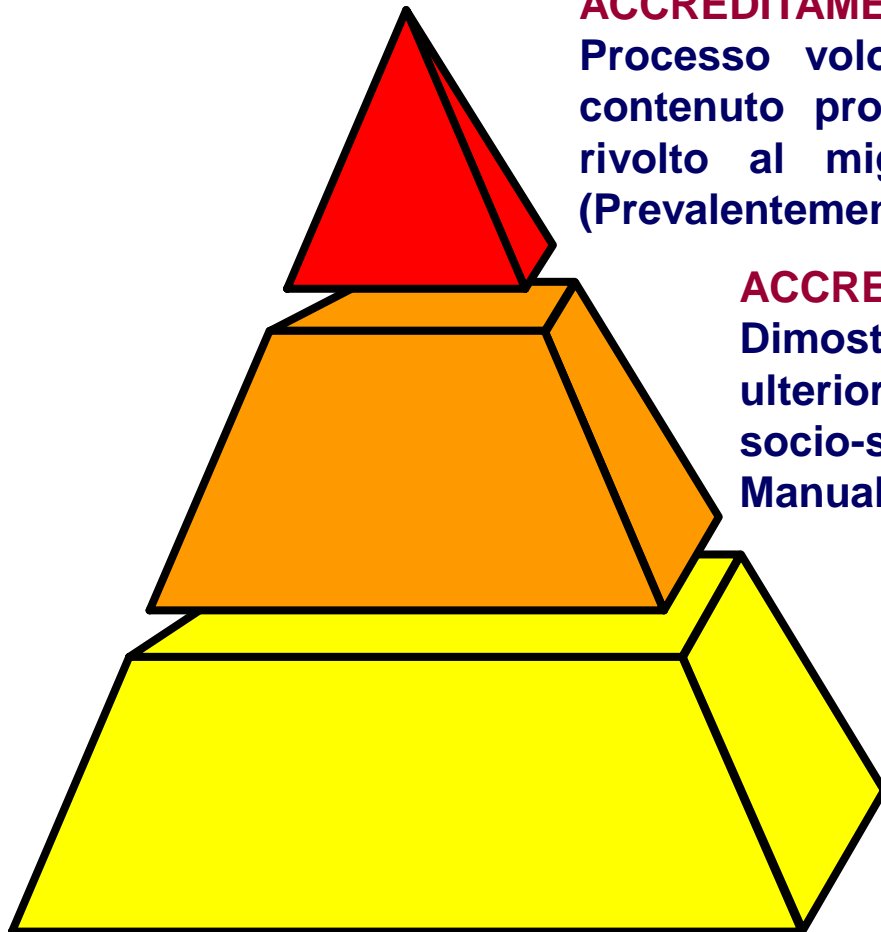
**visita l'Azienda Ospedaliera-Università di Padova.**

**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**

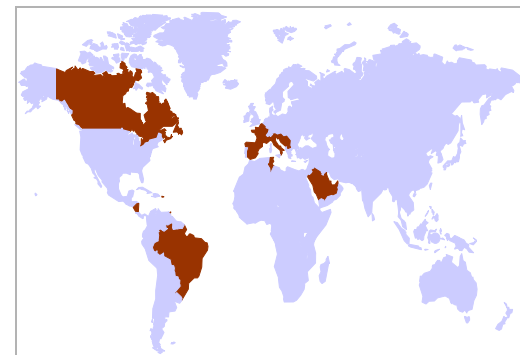
Dimostrazione di conformità a requisiti ulteriori per l'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali previsti dal Manuale di attuazione della L.R. 22/02

## **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.



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

# CICLO DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA



# SEZIONI DI STANDARD TRASVERALI

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

# SEZIONI DI STANDARD ASSISTENZIALI

- **ASSISTENZA ACUTI**
  - AMBULATORIALE**
  - ONCOLOGICA**
  - TERRITORIALE**
  - DOMICILIARE**
  - RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**
  - A MALATI TERMINALI**
  - A DISABILI**
  - A MADRE E NEONATO**
  - 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
<p>La sicurezza degli assetti è una priorità o obiettivo strategico</p> <p>Report trimestrali</p> <p>Sistema di reporting di eventi avversi</p> <p>Politica e processo per la divulgazione di eventi avversi</p> <p>Analisi prospettica</p>	<p>Formazione dell'assistito sulla sicurezza</p> <p>Trasmissione di informazioni</p> <p>Processi di verifica per attività di assistenza/ servizi ad alto rischio</p> <p>Riconciliazione farmacologica al ricovero</p> <p>Riconciliazione farmacologica al momento dell'invio e trasferimento</p>	<p>Eliminazione degli elettroliti concentrati</p> <p>Standardizzazione e limitazione delle concentrazioni di farmaci</p> <p>Formazione sulle pompe di infusione</p>	<p>Formazione sulla sicurezza dell'assistito</p> <p>Piano per la sicurezza dell'assistito</p> <p>Ruoli e responsabilità per l'assistenza e la sicurezza dell'assistito</p> <p>Programma di manutenzione preventiva</p>	<p>Linee guida per il controllo infezioni</p> <p>Formazione sull'igiene delle mani</p> <p>Tassi di infezioni</p> <p>Sistemi ed attrezzatura di rigenerazione</p>

## 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)
- **single 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 Accredimento 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.

## 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:

- a.** integrazione dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca
- b.** miglioramento dell'efficienza organizzativa
- c.** 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**

## **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.**

**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

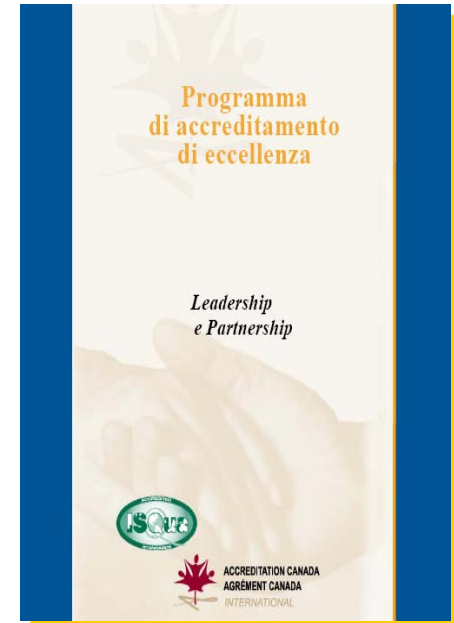
I riscontri della visita di accreditamento sono sintetizzati in un **report scritto** (Report di accreditamento) che mette in evidenza i **punti di forza** e le **aree di miglioramento** dell'organizzazione. Nel Report di accreditamento sono contenute le **raccomandazioni** che aiuteranno l'organizzazione 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

<b>SEZIONI DI STANDARD</b>	<b>OBIETTIVI</b>
▪ 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 formazione 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).

## 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

<b>SEZIONI DI STANDARD</b>	<b>OBIETTIVI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Individuare e rispondere ai bisogni</b></li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Il piano documentato delle risorse umane dell'ente prevede e risponde ai bisogni presenti e futuri di personale.</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Essere un ente che favorisce l'apprendimento /mantenere un ambiente favorevole a apprendimento</b></li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>2. L'ente valuta regolarmente e migliora i processi di gestione delle risorse umane per ottenere i migliori risultati possibili.</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Scegliere le persone giuste</b></li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. L'ente dispone di un numero adeguato di personale dipendente, liberi professionisti e volontari qualificati per erogare servizi di qualità.</li></ol>
	<ol style="list-style-type: none"><li>4. I livelli di organico vengono valutati e risultano adeguati.</li></ol>
	<ol style="list-style-type: none"><li>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.</li></ol>

# RISORSE UMANE

SEZIONI DI STANDARD	OBIETTIVI
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Migliorare la performance</b></li></ul>	<p><b>6.</b> I dirigenti, il personale dipendente ed i volontari dell'ente dimostrano la loro competenza.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Stabilire buoni rapporti di lavoro</b></li></ul>	<p><b>7.</b> Dirigenti, personale dipendente, volontari e personale temporaneo a vario titolo, che operano nell'ente sono consapevoli dei loro ruoli, responsabilità e rapporti gerarchici.</p> <p><b>8.</b> L'ente identifica e risolve i problemi collegati alle pratiche professionali.</p> <p><b>9.</b> Documentazione individuale e informazioni sul personale sono riservate, aggiornate e complete.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Garantire un ambiente di lavoro sano</b></li></ul>	<p><b>10.</b> L'ambiente di lavoro offerto dall'ente è sicuro, sano e positivo per il personale dipendente, i liberi professionisti e i volontari.</p> <p><b>11.</b> 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.</p>



# 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 1/2 ora al cambio turno**
- **Percorso inserimento neoassunto comparto sanitario**
- **Procedure aziendali**
- **Job description sistemi certificati ISO**

# RISORSE UMANE

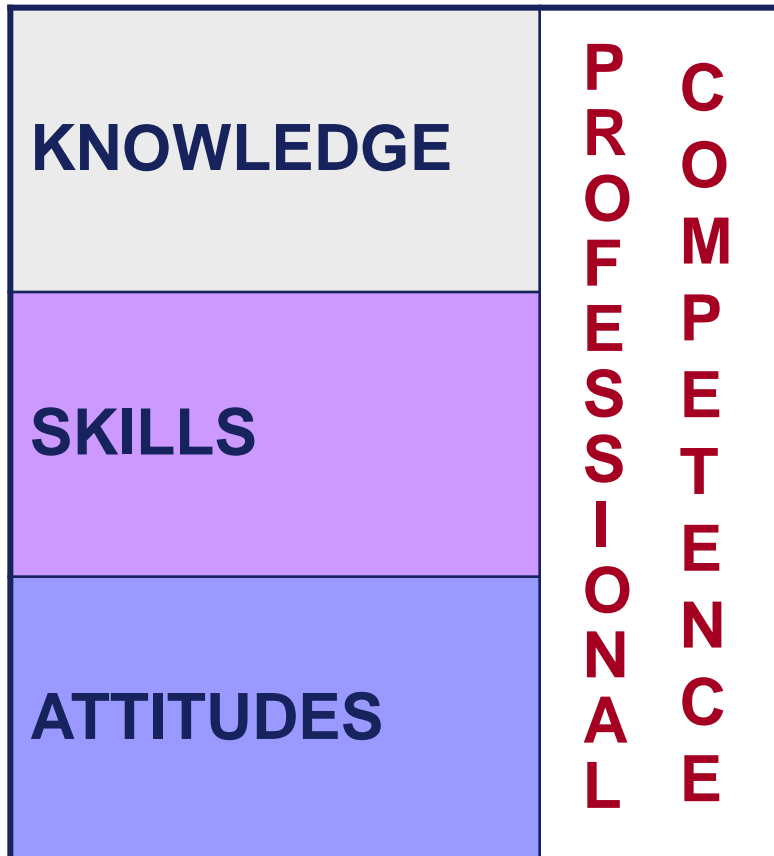
## AREE DI MIGLIORAMENTO

- 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 neosassunto 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

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

Ilic D.

Monash Institute of Health Services Research, Monash University, Clayton, VIC 3168, Australia. [dragan.ilic@med.monash.edu.au](mailto:dragan.ilic@med.monash.edu.au)



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.