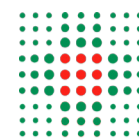


Sant'Anna & Notizie

N° 32
DICEMBRE 2019



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Università
degli Studi
di Ferrara

PERIODICO D'INFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI FERRARA

SPECIALE ACCREDITAMENTO

di TIZIANO CARRADORI *

Nel nostro Sistema l'accreditamento istituzionale è il presupposto fondamentale per erogare prestazioni a nome e a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Attraverso il processo dell'accreditamento, la Regione riconosce all'organizzazione sanitaria il possesso di ulteriori requisiti di qualità in grado di soddisfare determinati livelli di efficacia, sicurezza e appropriatezza dei percorsi di cura. Il cittadino che riceve i servizi da un soggetto accreditato ha la "garanzia" di ottenere prestazioni dotate di certi standard qualitativi, periodicamente verificati e sottoposti a processi di controllo.

La nostra Azienda si è preparata alla visita di accreditamento del 29, 30 e 31 ottobre scorsi con l'obiettivo di mostrare e dimostrare in che modo il modello organizzativo adottato, le competenze possedute, le tecnologie e le strutture messe a disposizione abbiano interagito e interagiscano complessivamente fra loro, caratterizzando l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e imprimendo qualità ai servizi erogati.

Non ci si è posti nell'ottica di una verifica del rispetto formale dei requisiti di base, ma sono stati coinvolti praticamente tutti i servizi della nostra Azienda e tanti professionisti, affinché fossero messi in luce i percorsi di presa in carico e



le intersectorialità, gli aspetti prettamente sanitari e quelli di accoglienza e umanizzazione.

La complessità di questo ospedale è nota, ma l'ampia partecipazione e i contributi fattivi hanno fatto la differenza, rappresentando anche gli aspetti critici come elementi di riflessione e input per il miglioramento.

Non nascondo una profonda soddisfazione nel riscontrare che tutto ciò è "arrivato" in maniera schietta al team dei valutatori, come ha dimostrato il momento di restituzione della Team leader e il verbale di chiusura della visita di accreditamento.

* Direttore Generale

Sommario - Gli 8 criteri di valutazione

1

Attuazione
sistema di
gestione delle
strutture sanitarie

A pag. 3

2

Prestazioni
e
Servizi

A pag. 4

3

Aspetti
Strutturali

A pag. 5

4

Competenze
del
personale

A pag. 8

5

Comunicazione

A pag. 9

6

Appropriatezza
clinica e
sicurezza

A pag. 10

7

Processi di
miglioramento
e innovazione

A pag. 11

8

Umanizzazione

A pag. 12



Che cos'è l'accreditamento

Il processo di accreditamento **contribuisce al miglioramento continuo della qualità e sicurezza dell'assistenza**, attraverso la creazione di situazioni e comportamenti più idonei definiti dagli strumenti professionali tipici (procedure, linee guida, protocolli, ecc.), gestiti in maniera sistematica, nel rispetto dei "valori superiori di universalità, di accesso a un'assistenza di elevata qualità, di equità e di solidarietà" (Legge regionale n. 34/1998, n. 4/2008, Direttiva 2011/24/UE 9 marzo 2011). L'accreditamento richiede la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e dei processi di cura/assistenza. Si riscontra, sia a livello nazionale che europeo, un rinnovato interesse all'accreditamento come veicolo generale

della valutazione istituzionale, ai fini della promozione del miglioramento continuo per aspetti direttamente collegati all'assistenza (sicurezza, appropriatezza, qualità, etc), e come metodologia e/o competenza supportante la verifica di altri aspetti strettamente collegati alla qualità dei servizi erogati al cittadino (innovazione, ricerca, etc).

Finalità dell'accreditamento

- Assicurare la sicurezza e standard di qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti pubblici e privati accreditati.
- Garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate.
- Regolare i sistemi di ingresso e di uscita dal sistema dell'offerta delle cure.
- Garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria.

Tre giorni di verifiche e poi l'OK! La visita del Team della Regione ha dato esito positivo

di **FRANCESCA BRAVI** *

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara **ha ottenuto con successo l'accreditamento** di tutta l'Azienda nelle giornate del 29-30-31 ottobre 2019. Il Team di verifica era composto da: Rita Maria Melotti (Team Leader), Angela Parma, Barbara Trevisani, Stefano Reggiani, Emanuela Manzari, Giuliana Nervuti, Luca Santini, Lucia Nocera, Roberta Mazzoni, Stefania Baroni. Per l'ASSR: Vera Serra, Ketty Bulgarelli, Caterina Cavicchi. Durante la visita sono stati verificati i requisiti generali approvati con delibera della Giunta regionale n. 1943 del 2017.

In **prima giornata**, il Team ha verificato le **evidenze del possesso dei requisiti** nell'incontro di intervista con la Direzione Strategica. Con il primo criterio è stato verificato il **sistema di gestione dell'Azienda**, in particolare che i processi di governo (pianificazione e verifica) siano coerenti con le indicazioni regionali attraverso un'analisi puntuale del proprio contesto in termini sia di bisogni che di offerta. Altro elemento strategico valutato è la capacità di costruzione/partecipazione a reti che garantiscano efficienza e continuità nella presa in carico.

Il **secondo criterio** verificato ha riguardato le **prestazioni e i servizi**; in particolare l'organizzazione ha descritto la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e i metodi di lavoro adottati. Il team di valutatori ha richiesto uno specifico focus sulle evidenze della qualità delle prestazioni in termini di efficacia, efficienza dei processi interni ma anche la capacità dell'Azienda di prendere in carico il paziente nell'intero percorso clinico-assistenziale, facilitando accessibilità e continuità della cura, verificando anche l'esperienza di cura del paziente.

Il **terzo criterio** verificato ha riguardato gli **aspetti strutturali, l'idoneità all'uso delle strutture** e la puntuale applicazione delle norme relative alla **manutenzione delle**



attrezzature.

Il **quarto criterio** verificato ha riguardato le **competenze del personale, come l'organizzazione cura il possesso/acquisizione e il mantenimento delle conoscenze e delle abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività.**

Il **quinto criterio** verificato è stata la **buona comunicazione e relazione fra professionisti e pazienti** garantendo l'allineamento ai comportamenti professionali attesi, l'aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, la partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento.

Il **sesto criterio** verificato ha riguardato l'**appropriatezza clinica e la sicurezza**, in particolare nell'utilizzo sistematico di tutti gli strumenti come la gestione del rischio clinico, gli audit clinici etc.

Il **settimo criterio** verificato è stato il governo delle **azioni di miglioramento**, l'adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa.

L'**ottavo criterio** oggetto di verifica è stato l'**umanizzazione**, in particolare l'impegno nel rendere i luoghi di assistenza e i programmi dia-

gnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona.

In **seconda giornata** sono state condotte interviste a cinque gruppi di approfondimento specifici: Direzione Strategica; sicurezza e rischio clinico; competenze del personale, formazione e requisiti specifici provider e governo della formazione; ricerca; appropriatezza clinica e umanizzazione sui PDTA carcinoma della mammella, ictus e un'analisi sul campo di alcune Unità Operative coinvolte nel PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA.

In **ultima giornata** l'Azienda ha fornito gli approfondimenti che la commissione ha ritenuto opportuni, durante la stesura del verbale di visita. Infine nel pomeriggio la team leader, prof.ssa Melotti, ha dato una restituzione di sintesi delle giornate.

* Responsabile Unità Operativa "Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione" - AcQuaRI

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

“Le strutture devono fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità”



Fare rete diventa una priorità Assistenza: bisogna ragionare oltre l'appartenenza

di EUGENIO DI RUSCIO *

Le reti sono costituite da strutture, organizzazioni ed articolazioni organizzative che sono **connesse le une alle altre** in modo variabile. Le reti servono a fare ciò che le articolazioni organizzative non riuscirebbero a fare se funzionassero da sole. L'organizzazione delle Aziende Sanitarie è basata su articolazioni di vecchia data: le chiamiamo Unità Operative, ma sono i “reparti” degli ospedali così come furono definiti alcuni decenni fa. L'esigenza di operare in relazione al lavoro degli altri è vecchia quanto la specializzazione, poiché ne costituisce il corrispettivo che consente di raggiungere obiettivi che richiedono **competenze più ampie** di quelle disponibili nelle singole strutture. Dunque i reparti vengono comunemente raggruppati in Dipartimenti, in modo che i servizi in essi contenuti, siano coordinati da un responsabile che assicuri che ciò che deve essere fatto lo sia effettivamente.

Tuttavia i Dipartimenti non possono comprendere tutte le competenze necessarie a garantire un percorso completo di una patologia, specie se le tecnologie e procedure disponibili consentono di gestire la malattia al meglio e non completamente risolverla.

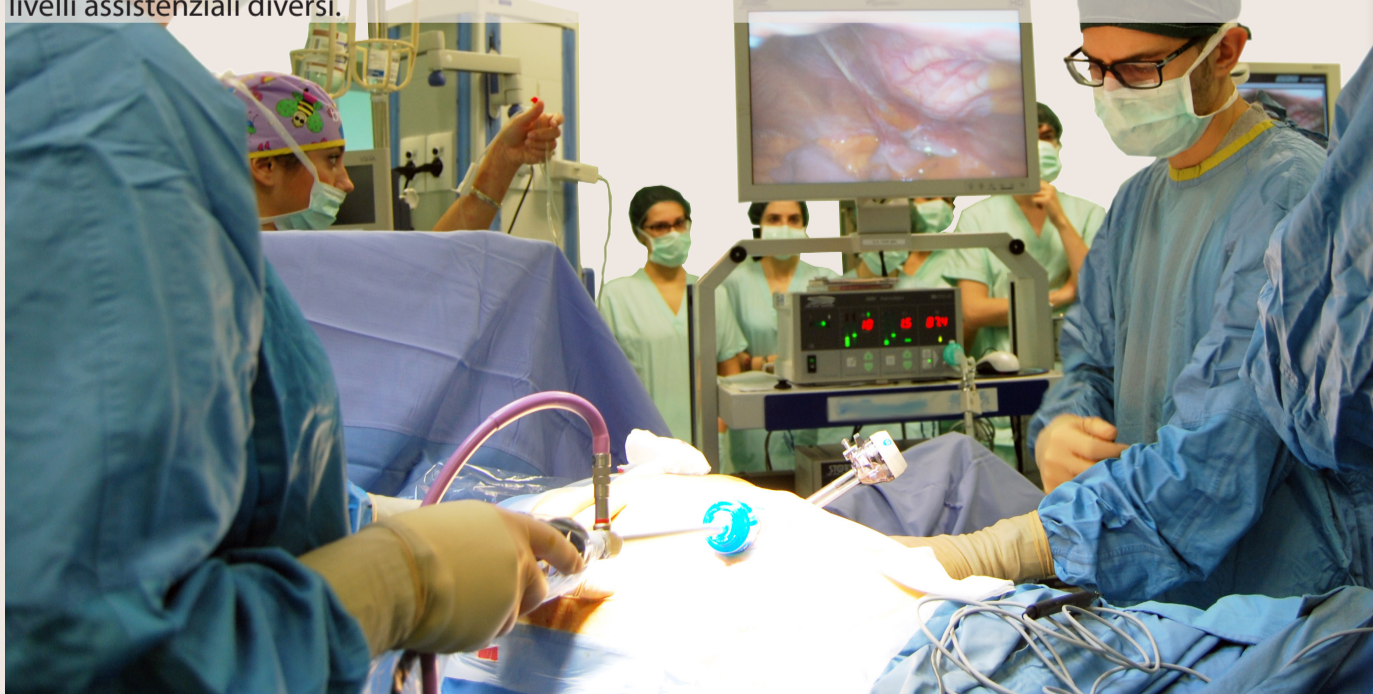
Allora si adoperano i **Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)** che definiscono il contributo di tutte le Unità Operative coinvolte, anche appartenenti a Dipartimenti, Aziende o livelli assistenziali diversi.

Ad esempio, nel caso dei PDTA oncologici (che comportano attività preventive, diagnostiche, curative e palliative) i livelli assistenziali spesso non sono contenuti in una stessa azienda, in uno stesso livello assistenziale, in uno stesso setting organizzativo. Spesso **coinvolgono ospedale e territorio**: professionisti che si occupano di mantenere le persone sane, quelli che si occupano di individuare le malattie precocemente, quelli che si occupano di curarle e quelli che si occupano di alleviare le sofferenze in caso di esito infausto.

Queste attività devono essere **tracciate e devono rispondere a criteri di qualità** concordati e visibili anche ai pazienti.

Per questo nell'accreditamento più che la valutazione di come funziona l'organizzazione di una singola azienda – dipartimento - reparto, la massima attenzione è stata prestata alle **interazioni tra questi diversi nodi**. Le reti devono mettere in condizione di **pensare al di là dell'appartenenza aziendale, della disciplina specialistica e di utilizzare quello che sappiamo per migliorare la vita dei pazienti**. Si lavora dunque in un'organizzazione che è per definizione gerarchica e confinata, ma il pensiero organizzativo e di servizio deve riguardare lo scopo per cui si lavora, che non si esaurisce mai in un'unica organizzazione, per quanto grande sia.

* Direttore Sanitario



I PDTA oncologici al servizio del paziente

I professionisti che lavorano all'interno del **Dipartimento Chirurgico** assicurano attività assistenziale utilizzando procedure e tecnologia d'avanguardia.

Anche il Dipartimento Chirurgico, come altri Dipartimenti ad Attività Integrata, contribuisce alla realizzazione dei **PDTA oncologici** tra cui quello del carcinoma della mammella, del polmone ad oggi tra i deliberati.

I PDTA consentono di fornire un **percorso di cura personalizzato** attraverso l'identificazione precoce della malattia e il passaggio attraverso le diverse fasi del percorso: diagnostica, terapeutica, follow-up, ritorno al domicilio ed eventualmente ricorso alle cure palliative. Nel corso del 2018 sono stati 4.783 i ricoveri in degenza ordinaria e 1.895 quelli di Day Surgery.

La pianificazione strategica e gli obiettivi di budget

Il processo di budget è stato oggetto di approfondimento durante la 2ª giornata di Accreditamento. Su richiesta della commissione il **Servizio “Programmazione e controllo di gestione”** ha illustrato il collegamento tra il documento di **Pianificazione Strategica 2019** e la declinazione degli **obiettivi di budget** per Unità Operativa, pubblicati nel sito intranet aziendale. Il focus ha riguardato l'**attività chirurgica**, la programmazione e gestione delle **sale operatorie** e la comunicazione del processo di budget tra tutti gli attori coinvolti.

2

Prestazioni e Servizi

“Il secondo criterio mira a verificare che le strutture sanitarie offrano le proprie prestazioni e servizi nell’ottica della **presa in carico** garantendo, dove necessario, la continuità nell’ambito di PDTA strutturati ed espliciti”

PDTA sistema vincente Al S. Anna attivi 5. Tre quelli visionati

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono caratterizzati dall’organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l’attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team

PDTA MAMMELLA

Il Centro di Senologia (CdS) di Ferrara rappresenta l’aggregazione funzionale dei professionisti coinvolti nel PDTA per il **trattamento delle pazienti con tumore mammario**. Attivo dal 2014, è stato incluso nel 2018 nella **Rete Regionale di Centri di Senologia**, ed è stato oggetto di valutazione positiva nella recente visita di Accredimento regionale della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

La verifica ha toccato in particolare gli aspetti di **presa in carico della paziente in tutte le fasi della malattia, l’approccio multidisciplinare, le clinical competence dei professionisti, il livello di allineamento agli standard degli indicatori monitorati, la comunicazione e partecipazione di pazienti ed associazioni alla valutazione dei risultati di attività ed allo sviluppo del CdS**.

I progetti realizzati per aiutare le pazienti a convivere meglio con le modifiche fisiche indotte dalle terapie (estetica in day-hospital, prevenzione dell’alopecia, cura dell’alimentazione, rete per la riabilitazione e per la gestione del linfedema, preservazione della fertilità), le occasioni di socializzazione (sfilate e ballo, attività fisica, attività ricreative – svolte anche in collaborazione con le numerose Associazioni di Volontariato che affiancano e collaborano con il CdS), e l’umanizzazione degli ambienti di assistenza (con quadri, poesie e fotografie, opera di pazienti e cittadini) danno la misura dell’**attenzione del CdS ai bisogni non solo assistenziali delle pazienti**, ed alla volontà del CdS di favorire e rinsaldare il legame con le pazienti stesse e con il volontariato.

PDTA ICTUS

Il PDTA ICTUS Interaziendale, deliberato il 6 agosto 2019, è una versione aggiornata del precedente, recependo le nuove indicazioni terapeutiche, il nuovo assetto organizzativo della Riabilitazione e i risultati degli Audit. Confermando la rete provinciale *Hub and Spoke*,

multidisciplinare. I PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure. Al S. Anna quelli attivi sono 5: Mammella, Polmone, Ictus, Infarto e Sla.

sono stati condivisi e dettagliati i criteri inerenti le scelte e le azioni della **fase diagnostica, terapeutica e riabilitativa**; riviste le attività e i relativi referenti, la tempistica e le sedi ove tali attività vengono svolte. Presso l’ospedale di Cona sono disponibili tutte le più **avanzate strategie terapeutiche previste per la Stroke Unit (SU) di II Livello**, in grado di assicurare bassa mortalità e ottimi indicatori organizzativi e di *outcome*. I principali aspetti rivisti sono: Case Manager; Action Card; nuovi criteri per fibrinolisi e terapia endovascolare; percorso Chirurgia Vascolare; indagini cardiologiche; presa in carico riabilitativa; indicatori, audit; questionario di autovalutazione.

PDTA SLA

Il PDTA SLA interaziendale, prodotto dagli specialisti ospedalieri e dell’ASL, dagli operatori socio-sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti, coordinati da AcQuaRi, con il supporto di ASSISLA e AISLA, è stato deliberato il 24 gennaio 2018. La **complessità del percorso, i bisogni rapidamente evolutivi, la numerosità dei professionisti** di diverse sedi ha richiesto nuove soluzioni operative per la necessaria integrazione, come la *repository informatica*, la mailing

list per la precoce presa in carico degli specialisti ospedalieri e del team territoriale, gli incontri multidisciplinari, il case-manager e il neurologo di riferimento, l’elenco per il 118, per il soccorso in emergenza, le Disposizioni Anticipate di Trattamento, il “vademecum” per le risposte alle varie domande, con i recapiti dei referenti, il Gruppo di Pilotaggio per il monitoraggio e il superamento di eventuali criticità.

Centrale di Dimissione, per dare continuità all’assistenza dei pazienti

La CDCA (Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale) è il **riferimento unico per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio** (LPA, OSCO, CRA, ADI, Rete delle Cure Palliative e Servizi Sociali) e viene attivata quando la dimissione dai reparti ospedalieri presenta elementi di criticità.

È costituita da un team multiprofessionale e multidisciplinare interaziendale a coordinamen-

to infermieristico.

L’**Infermiere Case Manager**, figura di recente istituzione presso le Unità Operative del Dipartimento Medico, partecipa all’identificazione precoce dei pazienti difficilmente dimissibili, dei loro bisogni socio-assistenziali e facilita l’attivazione della CDCA, nell’ottica di garantire la continuità delle cure e la qualità della presa in carico.



Aspetti strutturali

3

→ *“Con questo criterio si vogliono verificare i processi che consentono di mantenere nel tempo l’adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature”*

Con il CRIBA simboli e colori per muoversi meglio dentro l’ospedale

Il progetto di miglioramento del sistema di orientamento all’interno dell’ospedale di Cona inizia nel 2012 sostenuto dal Comune e dalle Associazioni e affidato, come consulenti, al **C.E.R.P.A (Centro Europeo di Ricerca e Promozione dell’Accessibilità)** e al **C.R.I.B.A (Centro Informazione Regionale sulle Barriere Architettoniche)**. L’installazione della nuova segnaletica nelle direttrici principali e gli interventi che individuano con il colore dei pavimenti e delle pareti gli accessi ai “Corpi” A, B, C, D, E ed F è in fase di completamento.

Le tappe del progetto.

- **Anni 2012-2013:** viene effettuata un’analisi, insieme ai cittadini e ai loro rappresentanti, per individuare le criticità sull’orientamento interno della struttura di Cona e per permettere la pianificazione dei lavori.

- **Anni 2013-2014:** vengono attivati dei gruppi di lavoro misti (composti da tecnici e rappresentanti dei cittadini) con il compito di analizzare le seguenti tematiche: orientamento interno e segnaletica, servizi igienici e ambulatori, viabilità esterna.

- **Anni 2015-2016:** prende il via la prima serie di interventi di miglioramento che si sviluppano sulla base dei principi progettuali di riconoscibilità dei

luoghi, caratterizzazione dei percorsi interni e delle aree di accesso ai diversi “Corpi”, nuova segnaletica che fornisce informazioni progressive, secondo un percorso di avvicinamento a Reparti e Servizi che avviene per gradi. La realizzazione degli interventi previsti in questa prima fase è servita a creare le esperienze necessarie ad indirizzare il team nella progettazione della seconda serie di interventi. Il progetto complessivo è stato completato dal C.E.R.P.A e dal C.R.I.B.A nel 2018. Le proposte definitive del C.R.I.B.A. sono state condivise con i rappresentanti del Comitato Consultivo Misto (CCM) del Sant’Anna e con quelli delle Associazioni di persone con disabilità di Ferrara, con i quali, inoltre, sono state concordate le proposte metodologiche e le aree primarie d’intervento.

- **Anno 2019:** con l’installazione della nuova segnaletica, il progetto si avvia verso il completamento. Gli interventi, così come fin dall’inizio stabilito, sono e continueranno ad essere un “laboratorio” per la verifica e la valutazione del sistema proposto, finalizzato ad individuare soluzioni che possano essere idonee anche per altre strutture della Regione Emilia-Romagna.

Tecnologie e dispositivi medici controllati dall’Ingegneria Clinica

Il Servizio Comune di Ingegneria Clinica serve le due Aziende Sanitarie Ferraresi (Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL di Ferrara). Si occupa della **gestione del ciclo di vita delle apparecchiature elettromedicali e del software medicale**, curando gli aspetti di competenza relativi alla programmazione degli investimenti, alla redazione dei capitolati di acquisizione e alle valutazioni tecniche, ai collaudi e alla conseguente formazione del personale prima e dopo la messa in servizio. Si occupa inoltre della **manutenzione e dei controlli periodici di sicurezza e funzionalità**

fino alla dismissione delle tecnologie.

L’obiettivo principale del Servizio è quello di garantire l’uso più appropriato, sicuro ed economico delle oltre **10.000 tecnologie diagnostiche e di terapia impiegate** nei processi assistenziali sanitari. Per fare questo si avvale di un software tramite il quale tutte le tecnologie di competenza sono inventariate e classificate; vengono inoltre registrate tutte le attività compiute su di esse, rendendo possibile agli utilizzatori sanitari avere informazioni aggiornate sul loro stato.

Coordina inoltre il **Nucleo Operativo Locale Dispositivi Medici di Ferrara** che presiede alla valutazione, alla prova ed all’eventuale adozione di nuovi dispositivi medici, richiesti per le attività assistenziali delle aziende sanitarie.

Infine, cura gli aspetti di **dispositivo vigilanza** relativi alle tecnologie biomediche ed ai principali dispositivi medici impiantabili.

"Restituzione": un gioco

Il 31 ottobre 2019 presentati i risultati da



Melotti: "grande impegno"

I professionisti hanno consentito ai Valutatori di vedere come l'Azienda in tutte le sue articolazioni era stata trascinata in un processo significativo e di grosso impegno. L'obiettivo della visita di verifica è capire nel processo continuo di pianificazione, progettazione, monitoraggio, miglioramento e "ciclo che ricomincia" come siete collocati e cosa potete ancora fare.

L'analisi del contesto evidenzia che la vostra provincia presenta la popolazione più anziana a livello regionale e la quarta a livello nazionale; il che comporta la rimodulazione della vostra pianificazione in funzione dei bisogni (vedi i problemi legati al sovraffollamento del Pronto Soccorso e alle problematiche dei vostri pazienti anziani).

I valutatori hanno potuto osservare come le Associazioni dei pazienti e delle persone con patologie specifiche abbiano avuto un ruolo importante nella realizzazione dei PDTA, partendo dalla loro progettazione fino alla realizzazione.

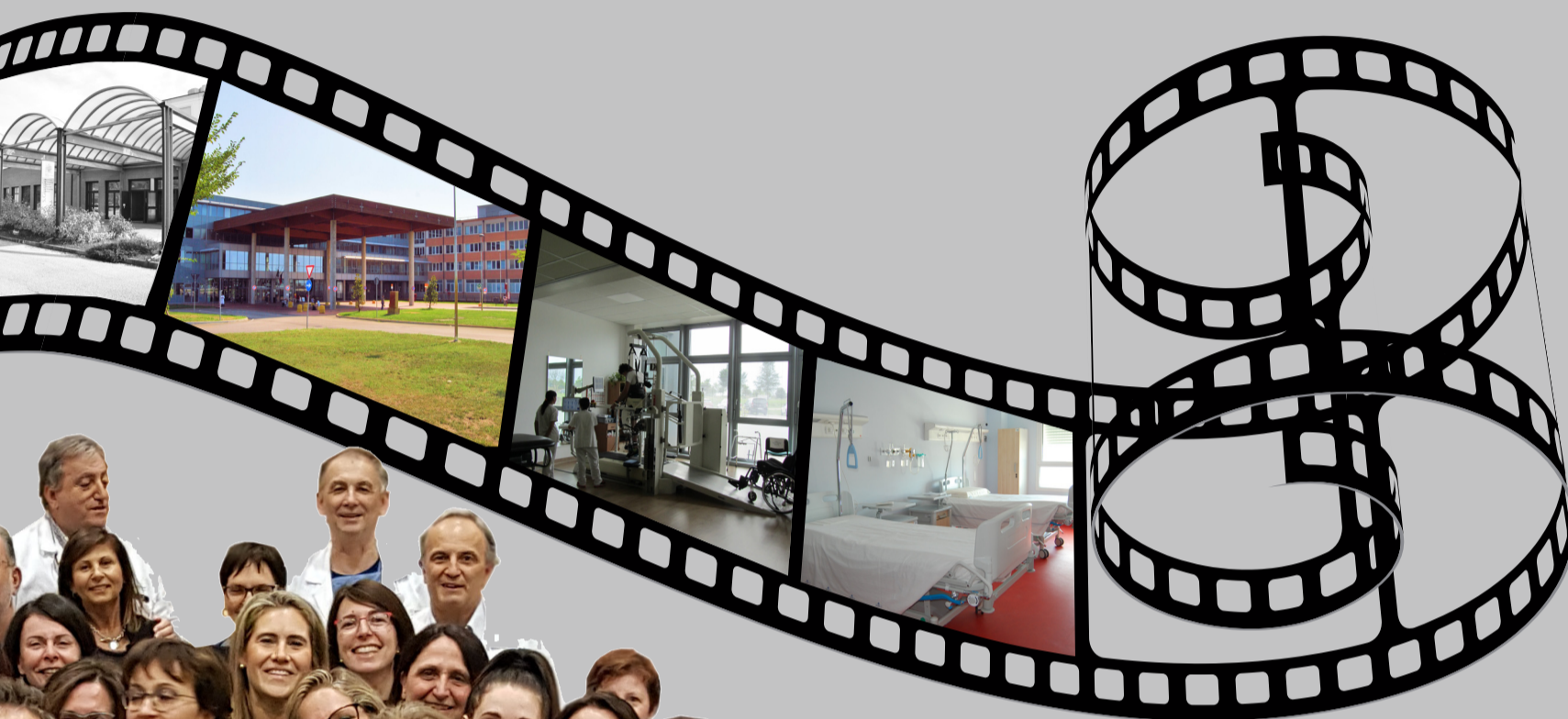
L'Azienda presenta attenzione ai temi dell'umanizzazione delle cure, sempre con la collaborazione del CCM e il supporto delle Associazioni di Volontariato.

Maria Rita Melotti (Team Leader)



Giorno da incorniciare

a parte del Team dei Valutatori Regionali



Carradori: "guardare lontano"

Il ringraziamento è la forza più grande per porre attenzione alla parte mezza vuota del bicchiere, quella relativa alle cose che non vanno. Una parte alla quale bisogna prestare interesse in quanto è quella su cui bisogna lavorare di più.

L'ospedale non è di chi, come me, è di passaggio ma appartiene a chi tutti i giorni lo fa funzionare. La giornata di oggi, che ci ha regalato un risultato positivo, deve essere d'aiuto al superamento delle difficoltà che comunque permangono e che quotidianamente si incontrano. Abbiamo bisogno di guardare lontano per investire e superare le difficoltà, creando le condizioni per la nostra sostituzione e per il miglioramento.

Questo anche attraverso la collaborazione del Comitato Consultivo Misto (CCM) ed il supporto delle Associazioni di Volontariato.

Non posso non menzionare anche i tanti colleghi che si sono impegnati, nell'arco di questi mesi di preparazione alla visita, e che per scelta inevitabile del team di valutazione non hanno avuto l'opportunità di dimostrare i risultati ottenuti.

Tiziano Carradori (Direttore Generale)

4

Competenze del personale

“L’organizzazione deve verificare che il personale possieda-acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione, in qualità e sicurezza, delle specifiche attività”

Qualità e sicurezza? La parola chiave si chiama “competenza”

La **preparazione professionale** è alla base di qualsiasi Organizzazione che voglia conseguire risultati di qualità. In Sanità la competenza di tutte le figure professionali che intervengono nel percorso di cura del paziente è un **elemento fondamentale per la qualità del servizio e la garanzia di buoni risultati**. L’Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara si occupa di verificare che **tutto il personale possieda-acquisisca e mantenga** le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività. Inoltre garantisce che le competenze siano costantemente sviluppate in relazione all’evoluzione dei bisogni e alle innovazioni clinico-organizzative che vengono introdotte.

Per poter **tracciare e documentare** la valutazione delle competenze, ciascuna Unità

Operativa ha predisposto una **scheda di valutazione della *clinical competence*** dei dirigenti, tenendo conto anche delle indicazioni dei **requisiti specifici per l’accreditamento di disciplina**.

La scheda si compone di una sezione comune di Dipartimento e di una specifica di Unità Operativa. Gli elementi di valutazione sono stati declinati, anche per le professioni sanitarie, nei 4 livelli definiti dagli standard di accreditamento:

- Livello 1: necessità di training per effettuare il compito specifico;
- Livello 2: necessità di supervisione per effettuare il compito specifico;
- Livello 3: acquisita competenza per effettuare il compito specifico senza supervisione;
- Livello 4: acquisita competenza per formare altri ad effettuare il compito specifico.

La *clinical competence* può essere definita come la **capacità di gestire**, per ciascuna disciplina medica



e chirurgica, un **case-mix ampio di patologie acute e croniche, nei diversi livelli organizzativi** (ambulatorio, degenza, ecc.) e in contesti diversi.

La valutazione della *clinical competence* spazia dall’**ambito professionale**, a quello **relazionale**, a quello **gestionale**. Tutti e tre gli ambiti vengono valutati nelle schede di Unità Operativa.

La prospettiva futura è il **passaggio dalla valutazione della competenza individuale, del singolo professionista, misurata attraverso i 4 livelli crescenti di complessità, alla competenza di Unità Operativa**, che tiene conto dei livelli di *clinical competence* necessari per la piena funzionalità del struttura, e infine alla competenza integrata di PDTA, che punta a valutare tutte le competenze necessarie per la garanzia di funzionamento di un percorso assistenziale.

Lo sviluppo e il mantenimento delle competenze cliniche viene programmato dall’Unità Operativa e dal Dipartimento con il Servizio Formazione, secondo un piano specifico che tiene conto dei criteri e dei requisiti ECM.

Una regia unica interaziendale



La Direzione dell’Azienda, nell’ambito delle linee guida definite nella D.G.R n° 5 del 15/05/2017 dell’OIV, ha avviato un progetto teso ad **implementare**, nel corso del 2017-2018, il **processo di valutazione** e di valorizzazione dei professionisti.

Nel 2017 è stata **istituita, di comune accordo tra le due Aziende ferraresi, una regia unica del sistema di valutazione** ed è stato costituito un gruppo di progetto interaziendale per la definizione del percorso e degli strumenti (scheda) da utilizzare per la valutazione ed il monitoraggio del processo valutativo. Nel 2018, il gruppo di progetto ha prodotto la **“Guida alla Valutazione”** ad uso interno per i valutatori aziendali ed è stato organizzato un intervento formativo rivolto ai Valutatori aziendali.

A partire dal 2019 è entrato a regime il nuovo **“Sistema di valutazione e valorizzazione dei professionisti”** esteso a tutto il personale, indipendentemente dalla professione, dal ruolo e dalla posizione ricoperta nell’organizzazione.

Comunicazione

5

→ *“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi e la partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”*

Carta dei Servizi

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



È stata realizzata nel corso del 2019 la nuova **Carta dei Servizi** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Si tratta del mezzo attraverso il quale l'Azienda si **impegna nei confronti della propria utenza e dei cittadini**, dichiara **quali servizi eroga**, con **quali modalità** e **quali standard di qualità** intende garantire. Il documento esplicita inoltre i **diritti e i doveri sia degli operatori, sia degli utenti**. Per questo la Carta dei Servizi, oltre ad essere una guida fruibile e sintetica in grado di fornire le informazioni utili a facilitare il percorso dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari, definisce obiettivi, impegni assunti per il loro raggiungimento, standard di riferimento, modalità per misurare i risultati e il livello di soddisfazione dell'utente. La Carta dei Servizi è stata prodotta sia in forma cartacea che in versione on-line. Quest'ultima è consultabile accedendo al sito internet aziendale cliccando sul box dedicato, collocato in basso a destra della homepage (<http://servizi.ospfe.it/it>).

Nella versione online è stata anche inserita una sezione dedicata alla raccolta di tutte le **segnalazioni di correzioni**, integrazioni e/o miglioramento in merito ai contenuti, ad esempio: informazioni mancanti o errate, sezioni poco chiare, e così via. È sufficiente cliccare sulla voce "aiutaci a migliorare" e inviare una e-mail all'indirizzo indicato: webmaster@ospfe.it

"Il trasferimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara - mette in evidenza il **Direttore Generale Tiziano Carradori** - dal luogo storico di Corso della Giovecca al nuovo Ospedale di Cona è avvenuto a partire dal maggio 2012, a seguito degli effetti del terremoto, e si è concluso alla fine del 2017 con lo spostamento del polo riabilitativo "San Giorgio" dalla sede di via della Fiera (Ferrara) a Cona. Nel frattempo sono stati progressivamente trasferiti tutti i servizi dell'Azienda. La Carta dei servizi - prosegue il Direttore - vuole rappresentare il complesso dell'offerta sanitaria nell'ottica di un "patto" tra chi produce i servizi e i cittadini, **finalizzato al miglioramento dell'accessibilità e della qualità delle prestazioni**. Un "patto" per mostrare in modo chiaro e trasparente cosa facciamo, cosa rendiamo disponibile e in che modo, come sono tutelati i diritti, quali sono i doveri che ciascuno di noi, utenti e operatori, è chiamato a rispettare. Il documento è anche lo strumento per impegnarci a sfruttare al massimo il **rilevante patrimonio umano, strutturale e tecnologico** rappresentato nell'Ospedale di Cona, per continuare a garantire ai nostri cittadini prestazioni sicure e di qualità".

Indagine di clima interno: i dipendenti valutano la qualità della vita e delle relazioni sul lavoro

Le indagini aziendali sul Clima organizzativo hanno permesso la valutazione della relazione tra il personale e l'Azienda.

L'opinione dei dipendenti sull'organizzazione e sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e le relazioni nei luoghi di lavoro ha permesso di verificare le criticità e avviare azioni di miglioramento.

I risultati mostrano una sensibile differenza tra "dipendenti" e "responsabili" nella percezione del benessere lavorativo e confermano come la complessità dell'Azienda sanitaria renda critico non solo lo scambio di informazioni tra i diversi livelli dell'organizzazione e lo sviluppo di meccanismi collegiali di governo, ma anche una valutazione adeguata e, laddove possibile, un processo decisionale trasparente chiaro e condiviso. Il personale afferma che darebbe il meglio di sé, nel caso fosse professionalmente valorizzato.

Critica appare la gestione dei conflitti e l'equità. La formazione è efficace e utile per migliorare il modo di lavorare. Le azioni positive realizzate hanno permesso lo sviluppo della comunicazione/informazione interna degli obiettivi strategici e dei risultati conseguiti, l'adozione di un sistema di valutazione condiviso, la valorizzazione delle competenze, la trasparenza dei processi decisionali e la mappa annuale del *Diversity Management*.

Corsi e convegni sono stati organizzati su temi quali il rischio da "stress lavoro correlato", la gestione dei conflitti, la conciliazione dei "tempi di vita-tempi di lavoro", la Valutazione del Dipendente, il Lavoro agile, l'Equità e l'Umanizzazione con il piano di azioni, la Medicina e la Salute di Genere.

6

Appropriatezza clinica e sicurezza

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e devono essere monitorati”.

Il criterio 6 vuole garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell’adozione delle migliori pratiche”

Ed ora... la sicurezza delle Cure! Un team dedicato ha svolto un’analisi sul rischio

Il nuovo processo di Accreditamento della Regione Emilia-Romagna prevede un focus importante sulla Sicurezza delle cure e Gestione del Rischio: quest’ambito è infatti oggetto di un Criterio specifico di verifica (criterio 6). Per questo, nel corso della prima giornata di visita sono state trattate alcune tematiche di aspetto generale: la struttura di **Gestione del Rischio** (responsabilità e architettura), le interconnessioni con le altre funzioni coinvolte nel più ampio tema del **Governo Clinico e le attività di integrazione tra Rischio Clinico e Rischio Infettivo**. In tema di appro-

priatezza e miglioramento, è stato esposto l’Audit svolto in Azienda sulla tematica della **Profilassi del Tromboembolismo**, con l’evidenziazione delle problematiche emerse e della azioni di miglioramento sviluppate.

In seconda giornata, un Team dedicato ha svolto una analisi più dettagliata sulla tematica del rischio, utilizzando come traccia il Piano Programma 2016-2018 e 2019-2021: sono state presentate le evidenze dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi che erano stati fissati. Ogni professionista ha esposto la propria parte di competenza, eviden-

ziando il “fil rouge” che lega tutte le tematiche relative alla sicurezza e l’approccio integrato tra i Servizi. E’ stato inoltre svolta una verifica “sul campo”.

In sintesi, una visita di accreditamento che ha dato grande soddisfazione ai professionisti che si occupano di Sicurezza delle Cure, non solo per il consenso espresso dal Team di valutatori, ma anche per l’opportunità avuta nei mesi precedenti la visita, durante la preparazione, di fare il punto della situazione rispetto a quanto portato a termine negli ultimi anni.

Un focus su sepsi e legionella

Due gli aspetti principali trattati in fase di accreditamento per quanto riguarda il Rischio Infettivo.

SEPSI. La sepsi è un **problema sanitario globale**. In Europa si stimano 1,4 milioni di casi/anno. La misura delle Sepsis post-operatorie per 1.000 dimessi chirurgici è uno degli “Indicatori regionali di Sicurezza delle Cure” valutati utilizzando i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Nel 2018 si è osservato un incremento preoccupante di questo indicatore: 19,34 sepsi post-operatorie ogni 1.000 dimessi chirurgici contro la media regionale di 6,34 e la media delle Aziende

ospedaliere di 12,36. Questo ha imposto l’esecuzione di un audit sui casi per verificare l’appropriatezza dia-

gnostica e di codifica delle SDO. La sepsi è stata confermata nel 42,3% dei casi (44 pazienti su 104) e il valore dell’indicatore è sceso a 7,57 sepsi post-operatorie ogni 1.000 dimessi chirurgici. A seguito delle azioni di miglioramento post-audit è stato organizzato un incontro per condividere definizioni e criteri di diagnosi e di corretta codifica della SDO. E’ stato in seguito riattivato il “**Team Sepsis**” e, da ottobre 2019, istituito il “**Gruppo di Miglioramento Lotta alla Sepsis**” che sta mappando l’attuale modalità di gestione con errori/rischi/criticità oltre a definire le azioni di sicurezza da implementare per riconoscere e prevenire la sepsi.

LEGIONELLA. Il tema della sicurezza dell’acqua utilizzata in ospedale è trattato in un’apposita procedura. Dal 2016, sul sito internet aziendale ([http://www.ospfe.it/l-utente/gestione-rischio-infetti-](http://www.ospfe.it/l-utente/gestione-rischio-infetti-vo/legionella-e-legionellosi-conoscerle-e-prevenirle)

[vo/legionella-e-legionellosi-conoscerle-e-prevenirle](http://www.ospfe.it/l-utente/gestione-rischio-infetti-vo/legionella-e-legionellosi-conoscerle-e-prevenirle)) è stato aperto uno specifico approfondimento che fornisce informazioni sulle modalità di gestione del rischio in Azienda, sull’attività di campionamento in autocontrollo dell’acqua del nosocomio e sugli interventi di contrasto implementati nel tempo (dal 2012 ad oggi). Nel corso del 2017 è stato inoltre avviato il Progetto OPEN-DATA, per rendere disponibili i risultati dei campionamenti: una piattaforma web denominata “Registro unico Legionella” che serve da database per l’inserimento di dati su concentrazione legionella, disinfettante e temperatura che vengono pubblicati sul sito www.ferrarasalute.it consultabile da ogni cittadino.

Processi di miglioramento e innovazione

→ *“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell’organizzazione di adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”*

Ricerca fa rima con assistenza La Team Leader: “devono essere coinvolti anche i cittadini”

“Nel 2017 è stata rivista l’organizzazione dell’attività di ricerca con l’istituzione del *Clinical Trial Office* – CTO - attribuita alla struttura AcQuaRI, avete istituito una rete di referenti della ricerca all’interno dei Dipartimenti ad Attività Integrata che determina un coinvolgimento [...] da parte dei clinici e si è osservato un entusiasmo nei colleghi che hanno presentato i progetti di ricerca [...]. Un aspetto che non va dimenticato: la ricerca non è fine a se stessa ma si sono avute evidenze non solo del coinvolgimento dei cittadini ma del fatto che queste ricerche hanno una loro ricaduta nell’assistenza [...]”. Così la Team Leader, Maria Rita Melotti, ha sintetizzato durante la restituzione dei risultati della visita di verifica, in merito al “sistema della ricerca”.

Il CTO è una funzione a supporto della rete per la ricerca ed il governo clinico, che opera in maniera autonoma rispetto al Comitato Etico e supporta i ricercatori per aspetti di carattere metodologico-statistico e amministrativo.

I *Clinical Trial Office* come punto di riferimento

A settembre 2019 l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha approvato e condiviso con l’Università degli Studi di Ferrara il “Regolamento dell’attività di ricerca e sperimentazioni cliniche” con i seguenti elementi distintivi: la titolarità dei contratti, la costituzione di un *board* aziendale ricerca, l’aggiornamento delle ripartizioni economiche e la costituzione di un fondo aziendale da destinare agli studi non sponsorizzati.

E’ stata inoltre revisionata la procedura aziendale di gestione degli studi clinici e dei progetti di ricerca istituzionale. Infine, i referenti dipartimentali della Didattica e della Ricerca sono stati identificati dai Direttori dei Dipartimenti in supporto alla programmazione delle attività clinico-assistenziali o di supporto alla ricerca sanitaria finalizzata anche alla formazione e alla valutazione della qualità dell’assistenza e dell’appropriatezza delle prestazioni.



8

Umanizzazione

*“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella **sua interezza fisica, sociale e psicologica**, deve essere un impegno comune a tutte le strutture”*

Ascoltare le fragilità e le differenze Tanti progetti e azioni formative per migliorare il benessere



L’umanizzazione è considerata una parte del più generale tema della qualità dell’assistenza sanitaria, al centro dell’attenzione delle politiche nazionali per la salute.

La tensione all’**appropriatezza e alla personalizzazione delle cure all’Ospedale di Cona è obiettivo centrale** e condiviso, realizzato ponendo attenzione alle fragilità e bisogni delle persone, al superamento della discriminazione geo-culturale e religiosa, al rispetto della riservatezza, all’accessibilità e comfort nelle aree di ricovero e comuni, alla fruibilità delle informazioni garantite attraverso ogni mezzo di ascolto e comunicazione, reso semplice e facilmente comprensibile nel rispetto dei principi dell’*Health Literacy*.

Il Criterio generale n. 8 **“Umanizzazione”**, sul quale l’Azienda è stata valutata, ha mobilitato all’interno dei team assistenziali “saperi e competenze” portando all’attenzione dei valutatori regionali progetti e pratiche di cura entrate a far parte da tempo della cultura assistenziale dell’Azienda.

Il progetto **“Equità senza differenze”** ha visto la realizzazione di un Piano di Azioni che pone attenzione all’utente, ai processi di lavoro, all’innovazione e sviluppo e alla sostenibilità economico-

finanziaria. La partecipazione al progetto AgeNaS (Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali), le azioni di sviluppo regionali e la conseguente creazione di un gruppo di lavoro locale ha permesso la **mappatura delle prassi di umanizzazione** svolte in Azienda, la rilevazione dei risultati e dell’impatto sul benessere dei pazienti, dei professionisti e ambientale, in termini di esiti di salute, clima organizzativo e sinergie realizzate fra attori interni e attori esterni all’organizzazione (volontariato e/o CCM).

La mappatura delle **prassi rivolte al benessere dei dipendenti** e le stesse indagini di clima organizzativo hanno permesso una puntuale analisi sulle azioni svolte in Azienda per il governo e la **gestione delle diversità** finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali (*Diversity Management*), proponendo azioni positive di Lavoro Agile e conciliazione “Tempo di vita e tempo di lavoro”, con attenzione anche alla violenza di genere e contro gli operatori.

Nel percorso di umanizzazione delle cure, particolare interesse è stato rivolto al **dolore e al suo sollievo**, con percorsi di informazione agli utenti e agli operatori sanitari e creazione di una rete di operatori.

L’Azienda ha presentato ai valutatori regionali i lavori e le iniziative svolte in questi anni sull’attenzione alla **Salute e Medicina di genere**.

Inoltre è stato possibile presentare il rinnovato riconoscimento con **Tre Bollini Rosa** fornito dalla Fondazione ONDA (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di genere), per l’attenzione alla salute delle donne. Sono state anche esposte alcune delle consolidate modalità organizzative per l’accesso e la dimissione: **accesso per persone con Sensibilità chimica multipla, Mediazione interculturale e lingua italiana dei segni, Stanza del Silenzio e dei Culti**.

Infine, per realizzare progetti e offrire servizi sanitari e sociali che mettano i pazienti nelle condizioni di appropriarsi della loro salute e dei loro bisogni assistenziali, secondo un concetto di *patient empowerment*, le **azioni Formative inerenti gli aspetti Relazionali**, rivolte agli Operatori, hanno riguardato: la professione infermieristica ed il biotestamento; le disposizioni anticipate di trattamento o biotestamento; la *Medical Humanitie*; il *counseling* per infermieri che operano nell’area della cronicità e la gestione delle risorse umane per il benessere organizzativo e qualità delle cure.