

Un metodo per l'autovalutazione nella unità operativa

Le ragioni e lo scopo

Nell'avvio del processo di accreditamento si sono dimostrati di aiuto strumenti che consentono alle articolazioni operative delle strutture sanitarie di avvicinarsi gradualmente al modello di riferimento regionale.

Nell'approccio della Regione Emilia-Romagna, per quanto riguarda le strutture ospedaliere è il Dipartimento a costituire il punto focale della verifica di accreditamento: le strutture complesse che lo compongono sono tuttavia impegnate a portare il proprio contributo in termini di leadership, gestione dei processi di erogazione dei servizi e verifica dei risultati.

Da ciò l'importanza del coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari al fine di ottenere un successo 'vero' dallo sforzo intrapreso: portare l'intera organizzazione ad erogare i propri servizi con efficacia, efficienza, qualità e sicurezza costanti e controllate, in un clima di attenzione alla soddisfazione dell'utilizzatore finale e del cliente interno.

In molte parti del mondo si va diffondendo un 'movimento' fra gli operatori sanitari che sottolinea la centralità del destinatario del servizio e ad esso orienta tutte le attività. Si pensi ad esempio alle modifiche introdotte nei manuali di accreditamento canadese e statunitense, ristrutturati intorno al concetto di percorso del paziente; alla introduzione del concetto di 'clinical governance' come espressione della qualità dei servizi sanitari agita dai professionisti e all'attenzione data di recente al tema del 'risk management'.

Questi ultimi due temi sono ripresi nel nostro Piano Sanitario Regionale come ambiti di sviluppo.

Il modello regionale di accreditamento è coerente con le nuove tendenze ma richiede anche che siano gestiti numerosi altri aspetti.

Lo spazio di adeguamento non è piccolo: occorre agire in diverse direzioni.

Fra gli strumenti che possono essere di aiuto c'è anche questa piccola check list essenziale di autovalutazione, attraverso la quale possono essere individuati aspetti della vita dell'organizzazione significativi ai fini della conformità ai punti principali del modello di accreditamento. L'operatività quotidiana limita la disponibilità di tempo e può essere utile concentrarsi inizialmente su pochi fondamentali aspetti.

La spinta alla compilazione di una lista sintetica per l'autovalutazione e lo sviluppo della qualità venne da una iniziativa simile già sperimentata con successo in 200 unità operative sul riferimento ISO 9001, nel 1997 in Finlandia.¹

Da quando abbiamo tradotto l'idea, la "nostra" lista, nostra perché tarata sul modello di accreditamento della Regione Emilia Romagna, è stata usata per la formazione, nelle esercitazioni o nei gruppi di lavoro, sul campo, per sommari 'esami di coscienza' organizzativi.

Dall'esperienza di utilizzo è nata una 'seconda edizione', che tiene conto delle modifiche effettuate di recente sui requisiti generali per l'accreditamento.

Modalità d'uso

Dalle 10 aree del sistema qualità proposto dal modello emiliano-romagnolo sono stati selezionati e descritti gli elementi a cui deve essere data evidenza per contribuire all'adeguamento

¹Tupu Holma, The Association of Finnish Local and Regional Authorities : 'A Method for self-assessment and quality management in a Work Unit' 3° Forum Europeo per la Qualità, Vienna 17 - 18 aprile 1998

della organizzazione. Nella descrizione si è tenuta presente la natura 'professionale' della organizzazione e sono stati inseriti richiami alla 'Carta di Riccione'² e agli elementi chiave della 'clinical governance'.

Si chiede ai professionisti sanitari e agli altri operatori che fanno eventualmente parte dell'organizzazione di valutarne il grado di realizzazione attraverso l'esame di gruppo o individuale. La sintesi dei risultati è assunta dal responsabile per concordare e sviluppare, con colleghi, collaboratori e la direzione aziendale, iniziative di miglioramento organizzativo.

Rispondere onestamente! Molti zeri non significano che nella propria unità operativa non si sta facendo nulla ma, spesso, che quel che si fa è poco strutturato!

Scopo della autovalutazione è mostrare possibili aree di sviluppo nel caso l'organizzazione decida di orientarsi ad una più sistematica gestione della qualità.

Le aree investigate riuniscono nelle domande più requisiti delle liste di verifica del modello regionale di riferimento, raggruppate per affinità e nel rispetto della logica del modello stesso. Si valuta quindi sommariamente un'area di attività per la qualità, non l'evidenza a tutto quanto richiesto nelle liste di verifica

Punteggio²

0 - A tutt'oggi l'argomento non è stato preso in considerazione...

1 - Ci stiamo pensando: la decisione di impegnarci sull'argomento è già stata presa.

Deve essere scelta questa risposta quando l'argomento è stato discusso specificamente in riunione o esistono decisioni e progetti scritti sul come affrontarlo.

2 - Ci stiamo lavorando...

Deve essere scelta questa risposta quando esiste un progetto in fase di sviluppo, di sperimentazione. Se esistono prassi consolidate parzialmente documentate va scelta questa risposta.

3 - Abbiamo realizzato quanto richiesto ma solo in parte.

La risposta descrive il caso in cui solo una parte del criterio è realizzata (ad esempio esistono le procedure per l'acquisto ma non per la manutenzione delle attrezzature) o quando la realizzazione non è completa (ad esempio è descritto lo standard solo per alcuni prodotti).

4 - Abbiamo realizzato completamente quanto richiesto

Si usa questa risposta solo quando....anche la documentazione relativa è in ordine!

NS - Non so

E' la risposta da scegliere quando non si sa nulla circa l'argomento. Non si deve scegliere questa risposta quando si è solo un po' incerti sul come l'argomento sia stato affrontato o organizzato nella propria unità operativa.

² La carta di Riccione è un documento elaborato da un gruppo di professionisti impegnati nell'anno 1996-98 nella individuazione di requisiti per l'accreditamento "professionali". Esso esprime alcuni principi di riferimento per la buona pratica, principio di efficacia, principio di parsimonia....

³ Il sistema di punteggio è stato ripreso dalla esperienza Finlandese.

Le domande

	0	1	2	3	4	N/ S
Politica						
1	Il nostro gruppo di lavoro (Dipartimento, Unità operativa, Unità funzionale) ha redatto il documento che esprime: <ul style="list-style-type: none"> - la sua visione, - gli obiettivi a lungo periodo, - gli obiettivi specifici 					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Politica 1.1; 1.2</i>					
Pianificazione						
2	Disponiamo di un piano annuale delle attività (macroattività) che definisce: <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni principali (catalogo delle prestazioni), - gli obiettivi annuali del nostro gruppo di lavoro, - le responsabilità, - le risorse necessarie, - le procedure applicabili, - gli indicatori di processo (volumi, costi, qualità), - i piani organizzativi (turni, articolazioni del lavoro, luoghi...) 					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Abbiamo provveduto a redigere la descrizione dei nostri servizi almeno per macroattività (standard di prodotto) indicando le modalità di valutazione (indicatori) degli standard a cui siamo impegnati.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pianificazione 2.1; 2.3; 2.3a; 2.3b; 2.3c; 2.3d; 2.3e; Procedure 8.2; 8.3; 8.5; 8.6; Verifica dei risultati 9.2.a; 9.2.c</i>					
	Media dell'area <input type="checkbox"/>					

		0	1	2	3	4	N/ S
Comunicazione							
4	Monitoriamo il mantenimento degli impegni che ci riguardano, contenuti nella Carta dei Servizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Abbiamo reso disponibili ai nostri utenti informazioni scritte relative alle modalità di prenotazione, accesso, assistenza, dimissione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Abbiamo definito regole scritte (procedure) e occasioni di discussione in comune con i servizi delle stesse strutture o esterni che interfacciano con il nostro, in modo da garantire al paziente un percorso assistenziale sicuro, tempestivo ed efficace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sono previste occasioni di incontro interne al nostro gruppo operativo per verificare il raggiungimento degli obiettivi, analizzare le criticità, favorire lo scambio di informazioni, sviluppare proposte di miglioramento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Politiche 1.2; Pianificazione 2.2; Comunicazione 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; Procedure 8.1; 8.6; Verifica dei risultati 9.2.a; 9.2.b; 9.2.c; 9.3; 9.4; Miglioramento 10.2; 10.3; 10.5</i>						
		Media dell'area <input type="checkbox"/>					
Strutture							
8	Abbiamo redatto indicazioni per attivare procedure di intervento per manutenzione delle strutture, in modo tale da possedere le caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Strutture 4.1; 4.2; Procedure 8.6</i>						
Attrezzature							
9	Sono state definite le responsabilità all'interno delle U.O. per la gestione delle attrezzature e lo stato della loro manutenzione è documentato attraverso registrazioni sulla cartella allegata a ogni attrezzatura .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Attrezzature 5.2; 5.3</i>						

	0	1	2	3	4	N/ S
Formazione						
10 Sviluppiamo, discutendolo, il piano annuale di formazione/aggiornamento del gruppo comprensivo delle modalità di verifica della realizzazione del piano e della efficacia degli interventi	<input type="checkbox"/>					
11 Abbiamo un piano di addestramento per favorire l'apprendimento dei compiti specifici affidati nel nostro gruppo di lavoro alle persone nuove assunte o trasferite.	<input type="checkbox"/>					
<i>Formazione 6.1; 6.2; 6.3; 6.5; 6.6; 6.7; 6.8</i>						
						Media dell'area <input type="checkbox"/>
Sistema Informativo						
12 I documenti che supportano il nostro lavoro (es: Piano annuale di attività, piano di aggiornamento, procedure, istruzioni di lavoro, modulistica, cartelle cliniche e altra documentazione sanitaria...) sono conservati in maniera ordinata e aggiornata e sono disponibili facilmente alla consultazione	<input type="checkbox"/>					
13 Nel nostro gruppo è stata affidata la responsabilità di pianificare e gestire il nostro sistema informativo (o la parte di competenza del S.I. aziendale): - raccogliamo e analizziamo dati di buona qualità sul nostro lavoro - usiamo tali dati nell'attività di valutazione e per la pianificazione delle attività. I dati descrivono i risultati delle attività, compresi gli eventi avversi: - in termini di outcome, - in riferimento agli standard attesi.	<input type="checkbox"/>					
<i>Sistema Informativo 7.1; 7.2; 7.3; Procedure 8.6; Verifica dei risultati 9.2.b; 9.2.c</i>						
						Media dell'area <input type="checkbox"/>
Procedure						
14 Possediamo regole scritte (procedure/istruzioni) che si basano sulla buona pratica clinica e sull'utilizzo di appropriate linee guida, almeno in relazione: - alla sicurezza del paziente - per la realizzazione del servizio - per il consenso informato e altri meccanismi di tutela (reclami, gestione amministrativa...).	<input type="checkbox"/>					
<i>Procedure 8.1; 8.2; 8.3; 8.5</i>						

0 1 2 3 4 N/
S

Verifica dei risultati

15 Conduciamo sistematicamente la valutazione di obiettivi, processi di erogazione, risultati e nel valutare i nostri risultati teniamo in particolare conto gli incidenti e i reclami dei pazienti al fine di individuare azioni correttive immediate o obiettivi di miglioramento..

Verifica dei risultati 9.2.a; 9.2.b;9.2.c;9.3; 9.4; Miglioramento 10.2

Miglioramento

16 Nel nostro gruppo di lavoro sono continuamente in atto

- uno o più progetti di ricerca di miglioramento integrati con il programma per la qualità della intera organizzazione.
- iniziative di confronto delle nostre modalità operative e dei nostri risultati (benchmarking) con altri gruppi di lavoro interni od esterni alla nostra organizzazione o con dati di letteratura.

Politiche 1.2; Verifica dei risultati 9.3; Miglioramento 10.2; 10.3; 10.4; 10.5