

PROGETTI 2000/2001

Contributi all'innovazione del nostro Ospedale



a cura
dell'Ufficio Sviluppo Organizzativo

Carta dei valori e degli impegni dell'Arcispedale S. Maria Nuova

Responsabile del progetto:
Barbara Curcio Rubertini

Gruppo di progetto:
Maria Ravelli, Debora Formisano, Prandi Marzia, Fratti M. Lodovica, Vittoria Sturlese (Ufficio Sviluppo Organizzativo), Buzzi Rita (Controllo di gestione), Sircana Luca, Marseglia Filomena (Direzione Medica di Presidio) Marina Iemmi (Servizio Infermieristico)

Descrizione e obiettivi del progetto

Uno dei primi mandati che la nuova Direzione dell'ASMN ha dato all'Ufficio Sviluppo Organizzativo è stato quello di avviare il percorso per costruire una carta dei valori e degli impegni aziendali, che diventasse uno strumento vivo e dinamico su cui fondare l'attività di progettazione e pianificazione annuale e i sistemi di valutazione interni. Altro mandato molto forte è stato che la costruzione della carta doveva prevedere il coinvolgimento attivo dei professionisti, e il confronto con i committenti e le associazioni di volontariato.

La carta dei valori e degli impegni inoltre è stata realizzata per:

- ✓ aggiornare la missione aziendale e fornire la base per costruire le missioni dipartimentali,
- ✓ rilanciare il Piano Aziendale di Miglioramento e Sviluppo sui valori e gli impegni dichiarati,
- ✓ capitalizzare le esperienze e l'alto livello di impegno e competenze maturate dall'Arcispedale nell'area dei sistemi qualità,
- ✓ innovare i processi di pianificazione e di sviluppo dell'Azienda.

Il percorso iniziato nell'aprile del 2000 ha visto varie fasi che sono riportate in modo analitico sul diagramma di Gant, i professionisti coinvolti sono stati circa 300.

I committenti sono stati individuati nella figura del Sindaco della nostra città e i sindaci della provincia, il Presidente della Provincia, gli ordini professionali e i principali attori sociali ed economici del territorio.

Inoltre è stata utilizzata l'ultima indagine di soddisfazione degli utenti, effettuata nel nostro ospedale a cura dell'EURISKO per fare un confronto tra i valori individuati come fondamentali dai professionisti e il giudizio espresso dai cittadini/utenti.

La carta dei valori e degli impegni diventa quindi il documento di riferimento per tutte le scelte aziendali e per l'aggiornamento dei piani specifici a breve-medio termine a livello dipartimentale. E' anche la base di partenza per predisporre il piano di verifiche interno sul rispetto degli impegni contenuti nella carta sia a livello dipartimentale che a livello aziendale e per predisporre il manuale della qualità dipartimentale.

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

Fasi/trimestri	2000			2001			
	2° trim.	3° trim.	4° trim.	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
• Mandato del collegio di direzione	■	■					
• La direzione incontra il personale	■	■					
• Costruzione della 1^ bozza della carta	■	■					
• Interviste a capi dipartimento, responsabili di UU.OO., responsabili infermieristici di dipartimento, responsabili dei servizi amministrativi e responsabili dei servizi tecnici	■	■					
• Seminario del collegio di direzione e respons. di U.O per discussione della 1^ bozza	■	■					
• Interviste e focus group a testimoni chiave		■	■				
• Seminario con i responsabili dei servizi amministrativi e tecnici sulla 1^ bozza		■	■				
• Giornata di lavoro con i dirigenti infermieristici e tecnici sulla 1^ bozza		■	■				
• Elaborazione ed integrazione dei contributi delle direzioni e dei testimoni chiave		■	■				
• Stesura e definizione finale della carta dei valori e degli impegni dell'ASMN			■	■			
• Interviste ai committenti esterni all'ASMN			■	■			
• Aggiornamento della Missione aziendale			■	■			
• Divulgazione e promozione della carta dei valori e degli impegni				■	■		
• Aggiornamento dei piani specifici a breve-medio termine per dipartimento (nel processo di budget)				■	■		
• Predisposizione di un piano di verifiche interno sul rispetto degli impegni					■	■	
• Predisposizione del manuale della qualità dipartimentale a partire dalla carta dei valori						■	■

Attori coinvolti:

Collegio di Direzione aziendale, Consigli di Dipartimento, Direzione Medica di Presidio ,SAIT, Controllo di Gestione.

Audit Clinico

Responsabili del progetto:

Luca Sircana - Direzione Sanitaria
Barbara Curcio Rubertini - Ufficio Sviluppo Organizzativo
Rita Iori - Biblioteca Scientifica

Si tratta di un progetto di sviluppo della attività corrente di Auditing Clinico a livello dei Dipartimenti dell'ASMN che coinvolge i sette Dipartimenti Clinici, i due di Diagnostica e la Farmacia .

Oltre alla promozione della cultura e del metodo dell'audit clinico come garanzia di qualità tecnica e professionale offerta dalle équipes, (requisito richiesto anche dal Programma Regionale di Accredimento) questo progetto si caratterizza come la prima linea d'azione per lo sviluppo delle strategie di Governo Clinico nel nostro ospedale

Gli obiettivi specifici che sono stati identificati e la cui attuazione si sviluppa su due anni sono:

- ✓ Condurre un Audit sperimentale, in almeno due Dipartimenti dell'ASMN, finalizzato a concordare metodologie da estendere a tutti i Dipartimenti.
- ✓ Avviare attività correnti di Auditing in tutti i Dipartimenti.
- ✓ Sviluppare la cultura della "Medicina basata su prove di efficacia" (Evidence-Based Medicine, EBM) tra i professionisti del nostro ospedale.
- ✓ Dotare le équipes di strumenti e competenze per consentire la ricerca su banche-dati biomediche di revisioni sistematiche (ad esempio la Cochrane Library).
- ✓ Costituire, anche nel nostro ospedale, una "Clinical Effective Unit" , una task force di medici referenti dipartimentali per la qualità clinica, che supporti la Direzione sanitaria e le Direzioni Dipartimentali, sull'esempio di molte esperienze internazionali, nello sviluppo e mantenimento di programmi di garanzia dell'efficacia clinica e dell'appropriatezza delle cure.

Dobbiamo comunque considerare che gli strumenti e le capacità utili per il Governo Clinico, che dovremo sviluppare nel nostro Ospedale, riguardano sia l'Audit, ma anche:

- ✓ L'organizzazione e la diffusione dell'informazione scientifica e clinica (Information Management).
- ✓ Lo sviluppo e l'utilizzo di Linee-Guida di buona pratica professionale.
- ✓ La gestione del Rischio Clinico (Risk-management).
- ✓ La valutazione degli esiti dell'assistenza (Outcomes Measurement).
- ✓ La Formazione Continua dei medici (Continuing Medical Education).

Il progetto sull'Audit Clinico, quindi, non rappresenta che l'inizio di un programma molto articolato che vede tutto il Santa Maria Nuova considerevolmente impegnato, nei prossimi anni, a confrontare con standard internazionali i propri livelli Qualità Clinica oltre a quelli, della Qualità dell'Organizzazione e della Soddisfazione dei Cittadini e utenti. Anche la Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico del nostro Ospedale è impegnata nel progettare un analogo percorso di revisione delle pratiche assistenziali in termini di evidenze di efficacia e le due iniziative troveranno, nel corso del prossimo anno, diversi momenti di sinergia.

Sono attualmente coinvolti nelle fasi del progetto già attivate:

· Audit clinico in Cardiologia (programma sperimentale di revisione fra pari)

Coordinatore: Umberto Guiducci - Responsabile Dipartimento Area Critica - ASMN

Supporto metodologico: Enrico Violi Cardiologia

Partecipanti: I primari e un medico per ognuna delle delle varie U.O. Cardiologiche della provincia

· Audit clinico in Chirurgia (programma sperimentale di revisione fra pari)

Coordinatore: Giuliano Bedogni - Responsabile Dipartimento Chirurgico I - ASMN

Supporto metodologico: Rita Conigliaro - Endoscopia Digestiva

Partecipanti: I primari e un medico per ognuna delle delle varie UO chirurgiche

Consulenza e progettazione delle schede di revisione delle cartelle, costruzione del data-base e supporto statistico per l'elaborazione dei dati dei due audit: Debora Formisano, Statistica - Ufficio Sviluppo Organizzativo.

Maria Scurti, medico specializzando di Igiene e sanità Pubblica presso lo Sviluppo Organizzativo, partecipa ad alcune fasi di rilevazione dei dati clinici in chirurgia e al coordinamento dei due audit con il programma regionale di Accredimento

· **Sviluppare la Cultura della Evidence Base Medicine edell'Audit Clinico tra i professionisti (seminari di informazione/facilitazione)**

Animatori/facilitatori:

Enrico Violi Dipartimento Area Critica - Cardiologia C. Monti
 Michele Zini Dipartimento Medico I - U.O. Endocrinologia
 Romano Sassatelli Dipartimento Chirurgico I - U.O. Endoscopia
 Alfonso Iorio Dipartimento Patologia Clinica - UO Laboratorio Analisi chimico-Cliniche
 Rita Iori Responsabile Biblioteca

· **Percorso di formazione/intervento rivolto ai referenti dipartimentali per la qualità clinica (creiamo una Clinical Effective Unit nel nostro ospedale)**

Coordinatori: Mirco Pinotti - Direzione Medica di Presidio e Barbara Curcio-Rubertini - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Partecipanti alla "Clinical Effectiveness Unit":

Michele Zini - Dipartimento Medico I
 Donata Guidetti - Dipartimento Medico II
 Romano Sassatelli - Dipartimento Chirurgico I
 (Ancora da identificare) - Dipartimento Chirurgico II
 Ada Donadio - Dipartimento Materno - Infantile
 Stefano De Pietri - Dipartimento Emergenza-Urgenza
 Massimo Pantaleoni - Dipartimento Area Critica
 Alfonso Iorio - Dipartimento Patologia Clinica
 Bruna Battistel - Dipartimento Diagnostica per Immagini
 Nilla Viani- Farmacia
 Rita Iori - Biblioteca

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

Fasi	3 trim 2000	4 trim 2000	1 trim 2001	2 trim 2001	3 trim 2001	4 trim 2001	1 trim 2002	2 trim 2002
• Audit Clinico in Cardiologia				A regime				
Progettazione								
Revisione tra pari delle cartelle								
Presentazione dei risultati								
Azioni di miglioramento								
• Audit clinico in Chirurgia					A regime	A regime	A regime	A regime
Progettazione								
Revisione tra pari delle cartelle								
Presentazione dei risultati								
Azioni di miglioramento								
• Informazione/facilitazione su EBM e Audit								
• Clinical Effective Unit								
Progettazione di una task-force aziendale								
Formazione ref.ti dipartimentali per la qualità clinica								
Tutoring di progetti sul campo condotti dai referenti								
Revisioni di qualità clinica,tra pari , in tutti i Dipartimenti							A regime	A regime
Consulenza alla Clinical Effective Unit e ai singoli Dip.ti								

N.B. Al primo Progress - 30 settembre 2000:
 Lo stato di avanzamento corrisponde a quanto previsto dal piano di progetto

Qualità della formazione dipartimentale

Responsabile del progetto:

Marzia Prandi - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Gruppo di progetto (Responsabili Dipartimentali della Formazione, Referenti Medici e Animatori di Formazione Infermieristici e Tecnici di Unità Operativa):

Descrizione e obiettivi del progetto

Il processo di sviluppo della funzione formazione che ha caratterizzato questi ultimi anni, mantiene la propria continuità

NOMINATIVO	Qualifica professionale	Dipartimento
ALBERTINI GIUSEPPE	Medico	Area Medica 1
DAVOLI MARIA LUISA	Medico	Area Medica 2
ROSSI CESOLARI ROBERTO	Medico	Area Chirurgica 1
BIANCHIN GIOVANNI	Medico	Area Chirurgica 2
DAVOLI SANDRA	Resp. Inferm. Dipart.	Area Chirurgica 2
BONACINI GIOVANNI	Medico	Mat - infantile
GUBERTI MONICA	Resp. Inferm. Dipart.	Mat - infantile
SAVIA MARIANGELA	Medico	Area Critica
RINALDI DANTINA	Resp. Inferm. Dipart.	Area Critica
LODI LORENZO	Medico	Emerg. - Urgenza
VERSARI ANNIBALE	Medico	Diag. per immagini
MESSORI PIETRO	Resp. Tecnico. Dipart.	Diag. per immagini
CROCI GIANFRANCO	Medico	Patologia clinica
GRAZIOLI GIUSEPPE	Resp. Tecnico. Dipart.	Patologia clinica
PICCAGLI VANDO	Perito	Tecnol. scientifico
MAGNANI MASSIMO	Perito	Att. tecniche
VIANI NILLA	Farmacista	Direzione Medica di Presidio
PANELLA DAVIDE	Medico	Direzione Medica di Presidio
BIANCHINI ORIELLA	Operat. Prof.le Dirig.	Servizio Infermieristico
BERTINELLI ALESSANDRO	Resp. Amministrativo	Serv. Amministrativi
COCCOLINI MARINA	Collaboratore Amministrativo	Serv. Amministrativi
ARTIOLI GIOVANNA	Coordinatrice Diplomi Universitari	Servizio Infermieristico
GUATELLI GIOVANNI	Ingegnere	Serv. Prevenzione e Protezione

attraverso questo progetto. E' una continuità che riconosce una forte sollecitazione nella Carta dei Valori Aziendale, poichè la formazione riveste un ruolo fondamentale fra gli impegni volti a favorire lo sviluppo delle competenze e delle potenzialità degli operatori.

Vi sono altri stimoli che sollecitano la revisione ed il miglioramento:

✓ il progressivo decentramento delle responsabilità relative alla formazione ai dipartimenti,

✓ la necessità di revisionare la procedura della formazione secondo i requisiti di autorizzazione e di accreditamento,

✓ l'appuntamento ormai prossimo con i criteri di "pesatura" della formazione quale componente del processo di

valutazione del personale e quindi di definizione dei crediti formativi,

✓ la scelta di informatizzare i dati della formazione secondo criteri di integrazione fra i servizi coinvolti e di efficienza dei flussi.

L'elemento prioritario su cui fare leva per promuovere un rinnovamento che per certi aspetti è innovativo, per altri di rilancio, è la rete aziendale per la formazione. E' appunto la "Rete" il destinatario del progetto di formazione/intervento che nel biennio 2000-2001 ha l'obiettivo di sviluppare la consapevolezza del ruolo dei responsabili e dei referenti e di individuare le procedure per la pianificazione e la gestione della formazione nei dipartimenti.

Il progetto nel suo insieme racchiude quindi differenti livelli di intervento:

✓ integrazione fra servizi coinvolti sul tema comune "formazione del personale",

✓ formazione/intervento sulla Rete aziendale della formazione,

✓ adozione e utilizzo di strumenti informatici che rispondono ai bisogni di documentazione relativi al Piano di formazione e alle richieste di certificazione degli operatori.

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

FASI	2000						2001												
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FORMAZIONE/INTERVENTO RELATIVA A:																			
• RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE DIP..				■	■	■													
• VERIFICA DELLE CRITICITA' DI PIANIFICAZIONE E GESTIONE DIPARTIMENTALE DEL PIANO 2000						■													
• RUOLO DEL REFERENTE DI FORMAZIONE E ANIMATORE DI FORMAZIONE A LIVELLO DIPARTIMENTALE							■												
• APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA RELATIVA ALLA REALIZZAZIONE DELLE INIZIATIVE REALIZZATE								■	■	■	■	■	■	■					
• DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE DI VALUTAZIONE DELLE INIZIATIVE DI FORMAZIONE												■	■	■					
• APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE ALLA GESTIONE E VALUTAZIONE DELLE INIZIATIVE DI FORMAZIONE												■	■	■	■	■	■	■	■
• VERIFICA DELLA VALUTAZIONE DELLE INIZIATIVE E ANALISI DEI BISOGNI DI FORMAZIONE ANNO 2002																		■	■
• ANALISI DEL RUOLO DEI RESPONSABILI DIPARTIMENTALI DELLA FORMAZIONE (QUESTIONARIO DELLE ASPETTATIVE)																		■	■
ADOZIONE E UTILIZZO DI STRUMENTI INFORMATICI:																			
• FREQUENZA PRESSO ALTRE REALTA' PER CONOSCERE GLI APPLICATIVI INFORMATICI AL SISTEMA INFORMATIVO DELLA FORMAZIONE	■	■	■	■															
• SCELTA PROGRAMMA INFORMATICO PER GESTIONE DATI FORMAZIONE				■	■	■	■	■											
• APPLICAZIONE PROGRAMMA INFORMATICO										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Attori

Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Direzione Medica di Presidio, Servizio Assistenza Infermieristico e Tecnica, Dipartimenti e U.O., Servizio Gestione del Personale, Servizio Sviluppo Risorse Umane, Servizio di Informatica

coinvolti:

Arianna Line

Responsabile del progetto:

Lidia Scalabrini - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Gruppo di progetto: professionisti che hanno dato l'adesione per far parte del gruppo sperimentale in attesa dei referenti medici ed infermieristici di ogni Dipartimento

Nominativo	Unità Operativa
Sergio Bronzoni	Servizio di Informatica
Catia Colli	Poliambulatori
Stefano Dallaturca	Servizio di Informatica
Sandra Davoli	Dip. Area Chirurgica 2 [^]
Monica Guberti	Dip. Materno Infantile
Rita Iori	Biblioteca
Alfonso Iorio	Laboratorio Analisi Chimico Cliniche
Orienna Malvoni	Degenza Breve
Paolo Marconi	Centrale Operativa
Massimo Pantaleoni	Degenza Cardiologica
Vando Piccagli	Servizio Fisica Sanitaria
Mirco Pinotti	Direzione Medica di Presidio
Maria Ravelli	Ufficio Sviluppo Organizzativo
Guglielmo Rossi	U.O. Malattie Infettive
Barbara Curcio Rubertini	Ufficio Sviluppo Organizzativo
Luigi Serra	U.O. Anatomia Patologica
Michele Zini	U.O. di Endocrinologia
Paolo Zini	U.O. di Radioterapia Oncologica

Descrizione e obiettivi del progetto

Il progetto prevede la realizzazione di una rete interna di un sistema di comunicazione aziendale che sfrutta i canali e le modalità di internet e che permette l'accesso ad informazioni di tipo privato, per noi di tipo aziendale.

Obiettivo della rete intranet è quindi quello di mettere a disposizione in modo chiaro e con facilità di consultazione ogni tipo di informazione aziendale.

I vantaggi della rete intranet sono:

- ✓ un incremento della disponibilità e della fruibilità, con conseguente migliore utilizzo delle informazioni,
- ✓ la possibilità di una maggiore condivisione delle informazioni,
- ✓ risparmio di tempo nelle comunicazioni,
- ✓ la messa in comune delle conoscenze e il moltiplicarsi del valore per tutti,
- ✓ la semplificazione del lavoro.

Sulla intranet troverete ad esempio la modulistica, i protocolli, le linee guida, le circolari, le direttive e altro materiale ritenuto importante dalle singole unità operative.

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

FASI	2000												2001											
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
FORMAZIONE SU FRONT PAGE	■																							
COSTITUZIONE DEL COMITATO DI REDAZIONE SPERIMENTALE	■																							
INCONTRI PERIODICI (ogni 3 Settimane) DEL COMITATO DI REDAZIONE PER LA PROGETTAZIONE, COSTRUZIONE DELLA PAGINA INTRANET. DEFINIZIONE DI UNO STANDAR COMUNE.		■	■	■	■	■																		
COSTITUZIONE DEFINITIVA DEL COMITATO DI REDAZIONE con REFERENTI DIPARTIMENTALI						■																		
FORMAZIONE DEL COMITATO DI REDAZIONE ALL'INSERIMENTO DI DOCUMENTI SU INTRANET							■																	
FORMAZIONE AI REFERENTI INTRANET DI U.O. ALL'INSERIMENTO DI DOCUMENTI SU INTRANET								■	■															
INCONTRI PERIODICI (una volta al mese) DEL COMITATO DI REDAZIONE PER LA REVISIONE, AGGIORNAMENTO DELLA PAGINA INTRANET									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
APERTURA DELLA PAGINA INTRANET A TUTTA L'AZIENDA										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					

Attori coinvolti: tutte le Unità Organizzative ai diversi livelli dell'Ospedale.

Utilizzo strategico dei reclami

Responsabile del progetto:

Fratti M. Lodovica - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Gruppo di progetto: professionisti che hanno dato l'adesione per far parte del gruppo sperimentale in attesa dei referenti medici ed infermieristici di ogni Dipartimento

Patrizia Anghinolfi, Tecnico di Laboratorio, Dipartimento Patologia Clinica, UO Laboratorio Analisi Chimico Cliniche

Marisa Ferrari, Biologa, Dipartimento Patologia Clinica, UO Anatomia Istologia Patologica

Elena Fontana, Caposala, Dipartimento Area Chirurgica 1^, UO Endoscopia Digestiva

M. Paola Lince, Caposala, Dipartimento Area Medica 1^, UO Medicina 1^

G. Paolo Rossi, Dirigente Medico, Dipartimento Patologia Clinica, UO Immunoematologia e Trasfusionale

Luca Scarano Infermiere Professionale, Dipartimento Patologia Clinica, UO Immunoematologia e Trasfusionale

Descrizione e obiettivi del progetto

Il sistema di gestione aziendale dei reclami è attivo dal '97 e il monitoraggio ha consentito un'elaborazione dei dati con una prima analisi quali-quantitativa dell'andamento dei tre anni. La valutazione complessiva del sistema pone in evidenza:

✓ **punti di forza** costituiti dal raggiungimento di due obiettivi prefissati: garantire una risposta ad ogni reclamo pervenuto, monitorare qualitativamente e quantitativamente la gestione dei reclami e restituire report periodici alla Direzione Aziendale, al Comitato Consultivo Misto e al Tribunale del Malato. Inoltre, la collaborazione dimostrata dagli operatori e dai Responsabili dei servizi interessati alla gestione delle singoli situazioni di reclamo evidenzia la consapevolezza diffusa di operare nel comune interesse di favorire una chiarificazione che faciliti un rapporto di fiducia con gli operatori e l'azienda nel suo insieme.

✓ **criticità**, invece, che riguardano: l'andamento dei tempi di risposta, emerge la difficoltà di mantenere con regolarità il limite massimo di risposta entro i 30 giorni previsti dalle indicazioni normative e dalla procedura aziendale, la non disponibilità di dati di una struttura analoga alla nostra per un confronto reale sull'andamento, l'inadeguatezza del sistema informativo che non consente opportuni e tempestivi report alla Direzione aziendale ed alle Direzioni Dipartimentali per l'individuazione di azioni di miglioramento, la necessità di una qualificazione dell'Uff. Informazioni/Relazioni con il Pubblico e di una idonea sistemazione logistica per migliorare l'accoglienza degli utenti.

I punti della Carta dei Valori e degli Impegni cui fa riferimento il sistema ospedaliero per i reclami sono: promuovere una cultura dell'ascolto interno ed esterno ponendo attenzione alle persone ed alla responsabilità, rispettare i diritti e i bisogni dei cittadini/utenti, garantire la trasparenza e sviluppare un sistema di comunicazione aziendale, promuovere la cooperazione per la cura della qualità delle relazioni interne ed esterne.

Per quanto riguarda lo sviluppo del sistema gli **obiettivi** che s'intendono perseguire con il progetto "utilizzo strategico dei reclami" sono:

- ✓ la riorganizzazione del sistema informativo per permettere, nei piani di miglioramento dipartimentali, l'utilizzo strategico dei reclami,
- ✓ la revisione della procedura di gestione dei reclami finalizzata ad abbreviare i tempi ed alla conformità dei requisiti per la documentazione, secondo il programma di accreditamento regionale
- ✓ la qualificazione e lo sviluppo del servizio offerto dall'Uff. Informazioni/Relazioni con il Pubblico
- ✓ il coordinamento con il progetto interaziendale di facilitazione all'accesso ai servizi sanitari (sportello telefonico/ telematico d'accoglienza, attivazione flussi informativi con i medici di medicina generale, riorganizzazione percorsi dell'accesso).

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

Fasi/trimestri	2000			2001			
	2° trim.	3° trim.	4° trim.	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
• Stesura progetto interaziendale di facilitazione dell'accesso							
• progettazione sistema informativo reclami in base alle esigenze espresse dalla Direzione							
• ricerca programma informatico di supporto							
• procedura di validazione del programma e procedura d'acquisto							
• partecipazione ai lavori del gruppo per la progettazione della ristrutturazione dell'atrio							
• ricerca adesioni e formazione gruppo di progetto "utilizzo strategico dei reclami"							
• selezione ed acquisizione di unità di personale per gestione dati sistema reclami e per ampliamento fasce orarie di apertura dell'Uff. Informazioni							
• Partecipazione a gruppo di progetto regionale per uniformare classificazione reclami e rendere confrontabili i report delle aziende sanitarie							
• tutoring per inserimento nuove unità di personale all'Uff. Informazioni e all'URP e qualificazione complessiva operatori							
• revisione procedura reclami e sua estensione a livello dipartimentale							

Attori coinvolti: Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio, Direzione Amministrativa, Segreteria Generale, Direzione Servizio Assistenza Infermieristica e Tecnica, Dipartimenti, Servizio Informatica, Dipartimento Logistico-Alberghiero, Comitato Misto Consultivo, Tribunale del Malato, Ufficio di staff Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia.

Volontari in Ospedale

Responsabili del progetto:

Annarita Guglielmi Ufficio Sviluppo Organizzativo - Armando Boiardi Coordinatore Comitato Consultivo Misto.

Gruppo di progetto: professionisti del Santa Maria Nuova che hanno dato l'adesione

Descrizione e obiettivi del progetto

Progetto di coinvolgimento di Associazioni di Volontariato ed Autotutela nell'identificazione di aree di collaborazione, con l'équipe Dipartimentali e di Unità Operativa, per offrire servizi di supporto agli utenti dell'Arcispedale S. Maria Nuova. L'obiettivo di tale progetto è rendere sistematico e durevole la collaborazione con il volontariato all'interno del S. Maria, tenendo conto sia dell'organizzazione del lavoro che della logistica ospedaliera. Per la realizzazione devono essere definiti: tempi, progetti, strategie, in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto.

Il Progetto è costituito da varie fasi:

- ✓ Costituzione di un gruppo di progetto dedicato che, indicativamente, si riunirà una volta al mese.
- ✓ Attività di benchmarking (visita già realizzata ad Ancona presso l'Associazione Patronesse dell'Ospedale Salesi; visite programmate ad altri ospedali in Italia e all'estero).
- ✓ Revisione ed ampliamento dei Protocolli sull'Accoglienza da parte di gruppi di lavoro misti di operatori e volontari, prevedendo al loro interno una parte specifica relativa alle funzioni che svolgono le Associazioni di Volontariato.
- ✓ Integrazione del piano di ristrutturazione dell'Atrio del S. Maria Nuova, identificazione di locali adibiti al servizio dei volontari (per esempio: accoglienza, informazione, accompagnamento, riunioni ecc.).
- ✓ Produzione di un accordo di collaborazione sottoscritto dalla Direzione Generale dell'ASMN e dalle Associazioni di Volontariato ed Autotutela.
- ✓ Pianificazione e realizzazione di una indagine per identificare aree prioritarie di collaborazione.
- ✓ Miglioramento della segnaletica e della informazione per l'accesso dei cittadini immigrati.
- ✓ Realizzazione di una Guida alle Associazioni di Volontariato in Ospedale.

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

AZIONI	2000						2001														
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	4	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Costituzione di un gruppo di progetto dedicato. (Prima riunione)																					
Attività di benchmarking.																					
Revisione ed ampliamento dei Protocolli sull'Accoglienza.																					
Integrazione del piano di ristrutturazione dell'Atrio del S. Maria Nuova, identificazione di locali adibiti al servizio dei volontari.																					
Produzione di un accordo di collaborazione della Direzione Strategica dell'ASMN e le Associazioni.																					
Indagine per identificare aree prioritarie di collaborazione, pianificazione e realizzazione.																					
Segnaletica/Informazione per l'accesso dei cittadini immigrati.																					
Guida alle Associazioni di Volontariato in Ospedale.																					

Altri attori coinvolti:

servizi, gruppi di operatori che lavorano in maniera integrata, associazioni di volontariato della Provincia di Reggio Emilia.

Valutatori interni per l'accreditamento

Responsabile del progetto:

Maria Ravelli - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Gruppo di progetto:

in fase di costruzione

Descrizione e obiettivi del progetto

Il progetto, ancora in fase di definizione prevede l'adeguamento di tutti i Dipartimenti e le Unità Operative sia ai requisiti richiesti per l'autorizzazione della struttura sia per la definizione del sistema qualità aziendale come previsto dall'Accreditamento Regionale. Obiettivo dell'accreditamento è infatti quello di dare garanzia "interna" ed "esterna" di buona organizzazione, sicurezza della struttura e dei processi che vi si svolgono, con l'impegno di verificare costantemente l'esistenza degli elementi che ne costituiscono il sistema.

Nell'anno in corso e nel 2001 si lavorerà pertanto in funzione dell'adeguamento di tutta la struttura ai requisiti dell'autorizzazione che rappresenta il livello di base prima di poter richiedere l'accreditamento. Il cammino, intrapreso dalla nostra azienda con le norme di buona qualità e con la formazione dei servizi di supporto, crea delle buone condizioni di partenza.

Altro obiettivo che si intende perseguire nel periodo 2000-2001, in parallelo con quanto sopra descritto, è la definizione di un sistema di verifiche a livello aziendale e dipartimentale sul modello di accreditamento regionale.

E' in quest'ottica che si prevede di definire percorsi di consulenza e formazione che coinvolgono tutte le èquipe, al fine di garantire omogeneità all'interno dell'ospedale, processi partecipati dai professionisti e la creazione di un pool di valutatori interni per prepararsi alle visite esterne di accreditamento.

Fasi e stima dei tempi di realizzazione

Fasi	2000			2001												
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Autovalutazione sui requisiti dell'autorizzazione																
Consulenza e formazione																
Valutazione da parte della direzione aziendale sui requisiti dell'autorizzazione																
Definizione del piano delle azioni di miglioramento per ogni dipartimento																
Gestione autonoma dei dipartimenti dei programmi di autovalutazione periodica sui requisiti di accreditamento																

Attori coinvolti:

Direzione Medica di Presidio, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico, Dipartimenti e U.O.

Progetti in fase di avvio:

Progettare il futuro del nostro Ospedale

Due programmi in fase di avvio

Il seminario organizzato al Castello di Sarzano il 14 e 15 giugno scorso è stato un modo che il Collegio di Direzione dell'ASMN ha scelto per avviare una politica grazie alla quale si ricominci, nel nostro ospedale, a "trovare il tempo" per il lavoro creativo, per pensare al futuro e non trascurarlo, spinti dalle pressioni contingenti.

Trovare il tempo per lo sviluppo delle nuove idee, per favorire la ricerca e la sperimentazione è, infatti, un impegno di fondamentale importanza che viene richiesto di agire a tutta la dirigenza della nostra azienda, se vogliamo garantire al S. Maria di continuare ad essere un ospedale di successo, che offre servizi di qualità eccellente, radicato nella città e al passo con le nuove esigenze dei suoi utenti e con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie.

Un ospedale che crede in sé stesso, consapevole che è possibile influire sul futuro e un management che sia in grado di contribuire e di portare un sostegno concreto a una cultura aziendale che valorizzi l'attitudine ad aggiornarsi, a cambiare, a sviluppare e a promuovere le idee.

Il percorso che abbiamo avviato per riscoprire e scegliere consapevolmente insieme i nostri valori, ciò che deve essere fatto e come va fatto, è la premessa per affidare alla responsabilità individuale di tutti gli operatori - e a quella delle singole équipe - di individuare e mettere in pratica le azioni che, in base alla propria esperienza e competenza, si ritengono più adeguate per rispondere ai bisogni e alla domanda dei nostri utenti.

Questi gli impegni a breve termine per l'avvio della progettazione:

Innovazione e sviluppo

L'obiettivo principale è promuovere la pratica dell'innovazione come asse portante della pianificazione dello sviluppo dipartimentale.

CHI	CHE COSA	ENTRO	COME
Ogni Consiglio di Dipartimento	Formula 3 proposte di innovazione di prodotto/servizio: <ul style="list-style-type: none"> • Una in ambito prevalentemente professionale • Una in ambito prevalentemente tecnologico • Una in ambito prevalentemente organizzativo 	Autunno 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgendo in maniera allargata i professionisti medici, infermieri, sanitari, tecnici e amministrativi • Utilizzando come supporto i servizi trasversali e di staff • Anche su programmi di collaborazione interdipartimentali e/o interaziendali
Il Collegio di Direzione	Esamina le proposte e seleziona le priorità	Dicembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> • In maniera coerente con la la "Carta dei Valori e degli Impegni" • Aggiornamento dei piani aziendali e dipartimentali di investimento (strutture/ tecnologie/ formazione) e di sviluppo organizzativo
Direzione Generale	<ul style="list-style-type: none"> • Progetta un Programma poliennale di azioni di sostegno all'innovazione e allo sviluppo dell'ASMN 	Dicembre 2000	Da discutere nel Collegio di Direzione e varare già a partire dal 2001. Dovrà comprendere: <ul style="list-style-type: none"> • una rete stabile di collaborazione con autorevoli centri ospedalieri italiani e esteri • l'istituzione e il funzionamento di un Comitato Scientifico per lo sviluppo e l'innovazione al S. Maria Dovrà favorire una politica di finanziamento e sostegno alla innovazione e allo sviluppo che coinvolga la comunità locale

Valutazione per la valorizzazione dei Professionisti

Sul versante della innovazione delle politiche di gestione del personale, l'obiettivo che si vuole perseguire è quello di costruire un sistema di valutazione interna permanente all'ASMN, che sia di supporto al miglioramento e all'innovazione organizzativa dell'ospedale e ai percorsi di sviluppo manageriale e professionale degli operatori.

CHI	CHE COSA	ENTRO	COME
Collegio di Direzione	Definisce la composizione di un gruppo di lavoro	Metà luglio 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Team composto da due sottogruppi: area dirigenza e area comparto • I sottogruppi sono interdipartimentali, interprofessionali, interdisciplinari, vedono rappresentati diversi ruoli organizzativi e coinvolgono i servizi di supporto e di staff
Direzione Generale	<ul style="list-style-type: none"> • Organizza un seminario di progettazione e di facilitazione del team • Lavora con le OO.SS per concordare le regole di applicazione del sistema di valutazione 	Da settembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Il gruppo di lavoro e la Direzione Generale studiano il percorso per arrivare al prototipo del sistema di valutazione individuale all'ASMN
Gruppo di lavoro	Formula una proposta di scheda di valutazione per i diversi livelli di responsabilità	Novembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Si maturano criteri e standard per ciascun valore presente nella "Carta dei valori e degli impegni" dell'ASMN • Nell'ambito di un percorso di formazione/intervento che si svolge col supporto di esperti
Il Collegio di Direzione	Promozione del progetto, esame delle proposte e scelta degli ambiti di sperimentazione	Dicembre 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione e sostegno del percorso esteso a tutta l'azienda

