

Accreditamento: visita sperimentale

17 e 18 gennaio 2001 si è svolta la visita sperimentale di accreditamento presso il Dipartimento di Patologia Clinica.

E' nell'ambito del percorso aziendale di autorizzazione/accreditamento che si inserisce la visita sperimentale di accreditamento del dipartimento di patologia clinica.

La nostra azienda da anni sta definendo e costruendo il proprio sistema qualità, attraverso un lavoro continuo con gli operatori, iniziato prima della emanazione delle direttive nazionali e regionali.

L'anno 1999 ha visto impegnati i servizi di supporto per garantire processi adeguati alle unità operative come previsto dai requisiti regionali.

Nel 2000 invece si è costruita la rete dei referenti aziendali dell'autorizzazione/accreditamento, che ha cominciato a lavorare, in continuità con le norme di buona qualità, sulla costruzione del sistema qualità dipartimentale.

A livello regionale infatti è previsto che l'oggetto della verifica sia il dipartimento con particolare riferimento agli aspetti di gestione trasversali e al coordinamento tra le diverse interfacce.

Le unità operative sono anch'esse verificate sia sui requisiti specifici sia su alcuni punti dei requisiti generali che supportano i processi gestionali e organizzativi. La commissione regionale, formata da professionisti di altre strutture sanitarie sia della nostra che di altre Regioni, è stata nella nostra struttura per 2 giornate.

Il primo giorno (mercoledì 17 c.m.) ha verificato l'adeguatezza dei requisiti generali sia a livello di direzione generale che dipartimentale, compre-

si alcuni servizi di supporto (tecnologie biomediche, servizio acquisti, attività tecniche e servizio prevenzione e protezione). Nella giornata successiva ha verificato tutte le unità operative del dipartimento.

La visita ha avuto carattere sperimentale e quindi ha rivestito una doppia valenza: da un lato l'azienda ha potuto capire a quale punto del percorso di accreditamento è posizionata rispetto ai vari livelli di responsabilità (aziendale, dipartimentale e di Unità Operativa) dall'altro l'Agenzia Sanitaria Regionale ha voluto verificare il percorso per "tarare" sia lo strumento di verifica sia i tempi e le modalità della verifica stessa.

Perché si è deciso di iniziare il percorso

Sostanzialmente è stata la presenza

rativi più cruciali, valutare e correggere i punti deboli (eventi sentinella, azioni correttive, ecc.), fare ordine fra le procedure delle varie U.O. mediante proficui confronti, eliminare le duplicazioni inutili e utilizzare al meglio le risorse.

Il progetto dipartimentale di accreditamento è stato portato avanti da un gruppo di lavoro costituito dai RAQ (responsabili di assicurazione qualità) della varie U.O. e dal RAQ dipartimentale, con incontri congiunti nelle fasi decisionali con i Responsabili di U.O. È stato un progetto dipartimentale presentato in budget.

Quali sono stati i tempi e le modalità utilizzati?

In una prima fase ci si è occupati della definizione dell'organizzazione e del relativo organigramma del dipartimento, delle funzioni svolte dalle varie figure professionali e dell'individuazione delle interconnessioni coi servizi di supporto.

Successivamente, seguendo la check-list regionale nei requisiti sia di Autorizzazione che di Accreditamento, si è cercato di valutare i punti forti ed i punti deboli del nostro Dipartimento, delle singole U.O. e per quanto ci coinvolgeva, dei servizi trasversali e di supporto.

Abbiamo cercato quanto c'era di già "fatto", per dividerci poi i compiti secondo esperienze già acquisite, maggiori ricadute in

alcune U.O., complessità e interazioni. Abbiamo poi completato le parti carenti o comunque con maggiori debolezze, utilizzando sempre, dove è stato possibile, il concetto della trasversalità dipartimentale.

Quali considerazioni?

È stato un percorso molto utile ed un momento molto unificante, fonte di positivo confronto e di stimolo tra le diverse U.O. del dipartimento.

Quanto si è prodotto è stato possibile solo col contributo di tutti, sono state valorizzate molte figure professionali che hanno portato un contributo



dell'Anatomia Patologica (certificata ISO 9000 nel giugno '97) a stimolare l'interesse delle altre unità operative verso il sistema di accreditamento regionale, questo sia per valorizzare l'esperienza di professionisti che già avevano in parte sperimentato il modello di costruzione del sistema qualità, ma anche per stimolare le altre unità operative afferenti al dipartimento.

Era ed è infatti convinzione ormai diffusa che attraverso l'impianto del sistema qualità è possibile governare meglio processi gestionali complessi, tenere sotto controllo i flussi ope-



Visita di verifica al S. Maria Nuova di Reggio
Emilia, Dipartimento di Patologia Clinica
17 - 18 gennaio 2001
Attribuzione dei pesi ai 10 capitoli del modello
dell'accreditamento



PUNTEGGIO COMPLESSIVO DI ADEGUATEZZA DELLA STRUTTURA
AL MODELLO DI ACCREDITAMENTO

83.06%

PUNTEGGI DEI SINGOLI CAPITOLI RISPETTO AI PESI SPECIFICI

• POLITICA	92.50% (10)
• PIANIFICAZIONE	86.99% (12)
• COMUNICAZIONE	96.94% (9)
• STRUTTURA	90.03% (8)
• ATTREZZATURE	88.83% (8)
• FORMAZIONE	85.48% (9)
• SISTEMA INFORMATIVO	82.73% (11)
• PROCEDURE	92.24% (10)
• VERIFICA DEI RISULTATI	63.48% (12)
• MIGLIORAMENTO	60.94% (11)

oltre ad ogni aspettativa, mostrando i risultati degli sforzi fatti da questa Azienda nel coinvolgere, motivare, preparare le persone. Sono emerse competenze gestionali ed organizzative e professionalità che costituiscono una risorsa notevole nel Dipartimento. Alcune riflessioni:

· occorre impegnarsi per evitare doppioni, ripetitività, ridondanze.

· occorre evitare la frammentazione e la parcellizzazione delle procedure, non è interesse di nessun livello di responsabilità avere documentazioni eccessive, diversificate secondo la provenienza, di conseguenza note ai pochi che le hanno elaborate, fonte di confusione per gli utilizzatori, per i servizi di supporto ecc. E' invece molto più utile avere meno procedure possibili, trasparenti sia per gli utilizzatori che per i servizi esterni, definendo a priori a quali livelli si collocano.

E' sicuramente più utile anche per l'azienda che almeno le procedure gestionali siano in massima parte a livello aziendale, quindi non dipartimentali e tanto meno di U.O., per lasciare alle U.O. le procedure operative specifiche e al dipartimento le procedure trasversali del Dipartimento.

Occorre valorizzare il ruolo del RAQ di U.O., e del RAQ dipartimentale, che attraverso il controllo dei processi e le eventuali non conformità costituiscono lo stimolo al miglioramento continuo.

Sempre in questa ottica è importante motivare bene tutte le persone coinvolte nel processo di accreditamento secondo nuovi ruoli e azioni da intraprendere.

Esito della verifica

L'incontro finale con la commissione è stato positivo perché ha consentito un confronto diretto sulle criticità riscontrate su alcuni punti del sistema qualità aziendale/dipartimentale e di unità operativa. La fotografia che ne è scaturita è una fotografia positiva che mette in evidenza una struttura attenta ai bisogni del cittadino-utente, con una buona organizzazione interna supportata dalla documentazione dei processi decisionali, gestionali e operativi. E' stata evidenziato come punto positivo e visibile la partecipazione degli operatori ai processi di lavoro interni. Le criticità segnalate, in termini di miglioramento chiarificazione dei percorsi, riguardano alcuni aspetti della pianificazione, della verifica dei risultati e dei progetti di miglioramento.

La riflessione delle unità operative ha confermato le criticità riscontrate ed è stata da tutti ribadita l'importanza della verifica come momento di confronto,

di riflessione e di "spinta" a fare meglio. Ovviamente l'impegno non è finito, ma è l'inizio del processo di miglioramento su tutto il sistema qualità. Riteniamo pertanto di esprimere viva soddisfazione per il contenuto e l'esito della visita, consapevoli comunque che il nostro impegno non è finito, anzi che il processo di miglioramento del sistema qualità è un percorso che non finisce mai, ma questo è scontato essendo un processo tendente all'eccellenza.

di Maria Brini

Direttore Dipartimento Patologia Clinica

Evandro Nigrisoli

Dirigente Medico U.O. Anatomia Patologica

Mirco Pinotti

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio

Maria Ravelli

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Conclusioni

Si propone l'accreditamento del Dipartimento di Patologia Clinica, come descritto nell'allegato Rapporto di verifica, con le seguenti prescrizioni da realizzare a livello dipartimentale e di Unità Operativa entro i termini di un anno:

- sviluppo di un sistema di pianificazione organizzativa
- sviluppo di un modello organico di valutazione
- sviluppo/accelerazione del modello per l'accreditamento della Unità Operativa "Centro Trasfusionale" almeno ai livelli di adeguatezza delle altre Unità operative.