

UN METODO PER L'AUTOVALUTAZIONE NELLA UNITÀ OPERATIVA

Le ragioni e lo scopo

L'idea di produrre questo piccolo sussidio per il processo di 'autovalutazione e accreditamento' nasce per effetto della presenza di due spine irritative. Da una parte sta la segnalazione delle strutture e dei 'valutatori', che hanno partecipato rispettivamente alla sperimentazione delle visite di verifica e al percorso formativo per sviluppare la competenza a realizzarle, della necessità di individuare materiali e metodi per facilitare l'avvicinamento delle articolazioni operative delle organizzazioni sanitarie al modello di riferimento regionale.

Dall'altra la consapevolezza dell'importanza del coinvolgimento dei professionisti 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 (tecnicamente il 'cliente') e ad esso orienta tutta la gestione della organizzazione. Si pensi ad esempio alle modifiche introdotte nel 1995 nei manuali di accreditamento canadese e statunitense, ristrutturati intorno al concetto di centralità del percorso del paziente: leadership e gestione dei processi di supporto si configurano come requisiti organizzativi finalizzati alle attività erogative. Di recente, all'interno del servizio sanitario inglese è stato elaborato il concetto della 'clinical governance'¹ come espressione del contributo dei professionisti alla mission del sistema di fornire servizi sanitari di buona qualità.

La 'Carta di Riccione' elaborata nel 1996 da un gruppo di professionisti della nostra Regione e da molti altri condivisa ha bene espresso questo nuovo dovere etico, di camminare con l'organizzazione per contribuire a raggiungerne i fini. Questo impegno si è tradotto tra l'altro nell'inserimento nel documento regionale di riferimento per l'accreditamento istituzionale di criteri di buona pratica clinica da essi stessi suggeriti.

Il modello regionale è piuttosto articolato ed è compiutamente applicabile a strutture organizzative di media complessità.

Come possono le unità operative, le piccole articolazioni funzionali e coloro che vi operano accostarsi con semplicità a quanto il modello richiede?

Fra gli strumenti che possono essere di aiuto c'è anche questa piccola guida all'autovalutazione, attraverso la quale possono essere individuati e messi 'a regola' aspetti della vita della unità operativa, significativi ai fini della conformità al modello della intera organizzazione (il Dipartimento, la Casa di cura, il Distretto...) di cui questa fa parte.

L'operatività quotidiana infatti limita la disponibilità di tempo e può essere utile concentrarsi sugli aspetti essenziali della gestione in qualità della propria organizzazione.

La spinta definitiva alla compilazione di questa lista per l'autovalutazione e lo sviluppo della qualità nelle piccole organizzazioni orientate alla erogazione, è venuta al 3° Forum Europeo per la Qualità (Vienna 17 - 18 aprile 1998), dove è stata presentata una iniziativa simile già sperimentata con successo, con un pilota su 200 unità operative, nel 1997 in Finlandia.²

¹Langland Alan 'Building for the future' in Clinician in management, 1998 ; 7 : 17-19

²Tupu 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

Modalità di uso

Dalle 10 aree del sistema qualità proposto dal modello emiliano-romagnolo sono stati selezionati e descritti gli elementi a cui l'unità operativa deve dare evidenza per contribuire all'accreditamento della organizzazione più ampia di cui fa parte.

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

Si chiede ai professionisti sanitari e agli altri operatori eventualmente presenti all'interno della unità operativa (tutti) di valutarne il grado di realizzazione.

La sintesi dei risultati viene assunta dal responsabile della unità operativa per concordare e sviluppare, con colleghi, collaboratori e la direzione, iniziative di miglioramento organizzativo.

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

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

Le aree investigate riuniscono più criteri delle liste di verifica del modello regionale di riferimento, raggruppate secondo un criterio di affinità e nel rispetto della logica del modello stesso. Si valuta quindi una area di attività per la qualità, non l'evidenza al singolo criterio delle liste di verifica, riportato, per riferimento, in coda alle affermazioni della scheda di autovalutazione.

Punteggio³

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 ci sono le schede tecniche solo di una parte delle attrezzature).

4 Abbiamo realizzato completamente quanto richiesto

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

NS Non So

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

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.

Le domande

	0	1	2	3	4	N/S
Politica						
1 Il nostro gruppo di lavoro (Unità Operativa, Unità funzionale) ha definito e redatto il documento che esprime la sua missione, visione, gli obiettivi a lungo periodo - coerenti con le indicazioni della direzione sopraordinata . <i>Politiche 1.2.1; 1.2.3; 1.3.1.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione						
2 Abbiamo discusso, e messo per iscritto gli obiettivi annuali del nostro gruppo di lavoro, compresi quelli per la qualità, corredandoli degli indicatori che consentiranno di misurarne il grado di raggiungimento. <i>Pianificazione 2.5.1; 2.5.2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Disponiamo di un piano operativo (organizzativo) per ciascuna delle attività più significative che definisce le modalità erogative, le responsabilità, le risorse necessarie, le procedure inerenti, i tempi di realizzazione, gli indicatori specifici. <i>Pianificazione 2.2.1;2.5.1.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Abbiamo provveduto a redigere la descrizione dei nostri servizi principali tenendo conto delle esigenze dei nostri 'clienti' interni ed esterni e abbiamo indicato le modalità di valutazione (indicatori) degli standard a cui siamo impegnati. <i>Pianificazione 2.6.1; 2.6.2.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione						
5 Partecipiamo alle attività di definizione della Carta dei Servizi (in particolare la 1a e 3a parte), la conosciamo e collaboriamo al mantenimento egli impegni che abbiamo contribuito a definire. Abbiamo reso disponibili ai nostri utenti informazioni scritte relative alle modalità di prenotazione, accesso, assistenza, dimissione. <i>Comunicazione 3.1.2; 3.2.1; 3.2.2</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sono previste occasioni di discussione e la elaborazione di regole scritte (procedure) con i servizi che interfacciano con il nostro in modo da garantire al paziente un percorso assistenziale sicuro, tempestivo ed efficace. <i>Comunicazione3.3.1; Pianificazione 2.2.1.</i>	<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. <i>Comunicazione 3.4.6; Politiche 1.2.2; Miglioramento10.1.6.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strutture						
8 Abbiamo redatto indicazioni, che sono note a tutti, per attivare procedure di intervento per manutenzione delle strutture. <i>Strutture 4.5</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrezzature						
9 Sono state definite le responsabilità e le procedure per le proposte di acquisto e la gestione delle apparecchiature biomediche ed altre rilevanti attrezzature in dotazione. <i>Attrezzature 5.1.1 ; 5.4.1; Procedure 8.3.1.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Abbiamo a disposizione istruzioni scritte per l'uso, la manutenzione, i controlli di sicurezza delle apparecchiature biomediche od altre rilevanti. L'accuratezza e la precisione necessarie per le prestazioni sono documentate attraverso registrazioni sulla cartella allegata a ogni attrezzatura. <i>Attrezzature 5.3.1; 5.3.2; 5.3.5; Formazione 6.2.4.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione						

<p>11 Sviluppiamo, discutendolo, il piano annuale di formazione/aggiornamento del gruppo.. E' stata assegnata la responsabilità della compilazione, della verifica della realizzazione del piano, della efficacia degli interventi. <i>Formazione 6.2.1; 6.2.1; 6.2.3; 6.2.6.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>12 Sono previste, all'interno del nostro gruppo di lavoro, occasioni di incontro per condividere le competenze/conoscenze/informazioni acquisite. Abbiamo accesso a libri e riviste inerenti la nostra attività. <i>Formazione 6.2.7; 6.2.8.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>13 Abbiamo un piano di addestramento per favorire l'apprendimento dei compiti specifici affidati al nostro gruppo di lavoro alle persone nuove, assunte o trasferite. <i>Formazione 6.1.3.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>Sistema Informativo</p>	
<p>14 I documenti che supportano il nostro lavoro (es: Missione, pianificazione, piano di aggiornamento, procedure, istruzioni di lavoro, modulistica, cartelle cliniche e altra documentazione sanitaria...) sono conservati in maniera ordinata e aggiornata. Sappiamo identificare e rintracciare i documenti necessari. <i>Sistema Informativo 7.1.1; 7.1.2; 7.1.3. Procedure 8.1.3.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>15 Nel nostro gruppo è stata affidata la responsabilità di pianificare e gestire il nostro sistema informativo. Raccogliamo dati di buona qualità sul nostro lavoro, li analizziamo - anche con metodi statistici - e li usiamo per la pianificazione e lo sviluppo della attività di valutazione. <i>Sistema Informativo 7.2.1; 7.2.2; 7.2.3; 7.2.7.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>16 I dati descrivono i nostri utenti - interni ed esterni - e i feed back che abbiamo acquisito in relazione alla loro soddisfazione. <i>Verifica dei risultati 9.2.1.</i> I dati descrivono i volumi, la produttività, i costi, le caratteristiche qualitative del nostro servizio. <i>Verifica dei risultati 9.1.3</i> I dati descrivono i risultati del servizio fornito (es. diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza...) in termini di outcome o in riferimento allo standard atteso. <i>Verifica dei risultati 9.1.3</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>Procedure</p>	
<p>17 Possediamo regole scritte (procedure) per lo svolgimento delle principali attività amministrative (ammissione, dimissione, reclami...), di supporto all'assistenza (pulizie, sanificazione,.....), per la compilazione della documentazione clinica, per la sicurezza. <i>Procedure 8.1.1 ;8.1.2; 8.4.1; 8.4.2; 8.4.3; 8.4.4.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>18 Abbiamo elaborato procedure per la realizzazione del servizio nelle situazioni di maggiore frequenza e criticità, che si basano sulla pratica ispirata alle prove di evidenza e sull'utilizzo di appropriate linee guida, e per il consenso informato. <i>Procedure 8.2.1; 8.2.2.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>Verifica dei risultati</p>	
<p>19 Conduciamo sistematicamente la valutazione dei nostri risultati - tenendo in particolare conto gli incidenti e i reclami dei pazienti -, analizziamo i dati raccolti al fine di individuare azioni correttive immediate o obiettivi di miglioramento.. <i>Verifica dei risultati 9.1.2;9.1.4; 9.1.5; 9.2.2; Miglioramento 10.1.6.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>20 Nel nostro gruppo di lavoro sono assegnate le responsabilità per la attivazione delle verifiche, la illustrazione e la documentazione dei risultati. <i>Verifica dei risultati 9.1.1.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Miglioramento

<p>21 Nel nostro gruppo di lavoro c'è continuamente in atto in maniera integrata con il programma per la qualità della intera organizzazione, uno o più progetti di ricerca , di miglioramento o partecipiamo ad iniziative di confronto delle nostre modalità operative e dei nostri risultati (benchmarking) con altri gruppi di lavoro interni od esterni alla nostra organizzazione. <i>Politiche 1.2.3; Miglioramento 10.1.3; 10.1.1.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>22 E' affidata la responsabilità per l'attivazione di iniziative per il miglioramento, la verifica della loro realizzazione e dell'inserimento nella pratica clinica dei risultati acquisiti. <i>Miglioramento 10.1.5; 10.1.7.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>