

L'accreditamento istituzionale del Sistema trasfusionale un'esperienza che unisce l'Italia

Bologna
13 e 14 aprile 2015
Aula Magna Santa Lucia
via Castiglione 36



iniziativa promossa da



in collaborazione con



Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

TAVOLA ROTONDA

14 aprile 2015

IL CONFRONTO DEI MODELLI E DELLE ESPERIENZE REGIONALI DI ACCREDITAMENTO

Regione Emilia-Romagna

Relatore Antonella Bonci



Il modello e le procedure del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 1

La Giunta Regionale

- ridefinisce i requisiti in materia di autorizzazione e accreditamento con la DGR 327/04 (applicazione della LR 34/98)
- recepisce l'Accordo Stato Regioni del 2010 con DGR 819/2011 del 2012 con DGR 69/2013

autorizzazione

- rilasciata dal Sindaco del Comune competente per territorio
- deve essere posseduta prima di dare avvio all'attività
- autorizzazione e accreditamento in capo alla stessa persona giuridica

accreditamento

requisiti ulteriori a quelli previsti dall'autorizzazione:

- requisiti generali di sistema (leggono l'organizzazione)
- requisiti specifici (leggono la qualità dei processi professionali)
i requisiti degli Accordi Stato Regioni appartengono a questa tipologia
- concesso dalla DGSPS con una Determinazione, validità quadriennale

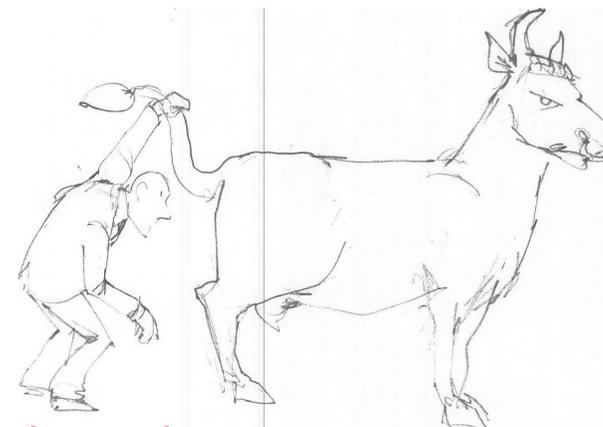
Il modello e le procedure del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 2

I SIMT rappresentano il cardine del Sistema Sangue regionale e ad essi sono normativamente attribuite responsabilità nei confronti delle UdR del territorio di afferenza

SIMT ed UdR si autovalutano sui requisiti generali e specifici di accreditamento, attraverso apposite check list

i requisiti sono selezionati dall'ASSR sulla base della domanda che evidenzia le caratteristiche della struttura

alcuni requisiti autorizzativi, poiché contenuti nell'Accordo Stato Regioni, vengono rivalutati in verifica di accreditamento



valutatori



Il modello e le procedure del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 3

Accordo Stato Regioni luglio 2012

- **attività di formazione realizzata e certificata da CRS e Servizi trasfusionali e rivolta al proprio personale e al personale associativo**
- **istituzione dell'Albo del personale qualificato con Delibera regionale**
- **sviluppo di data base informatizzati per monitorare la clinical competence individuale**

in corso di verifica sono riscontrate le evidenze e le ricadute di tali attività



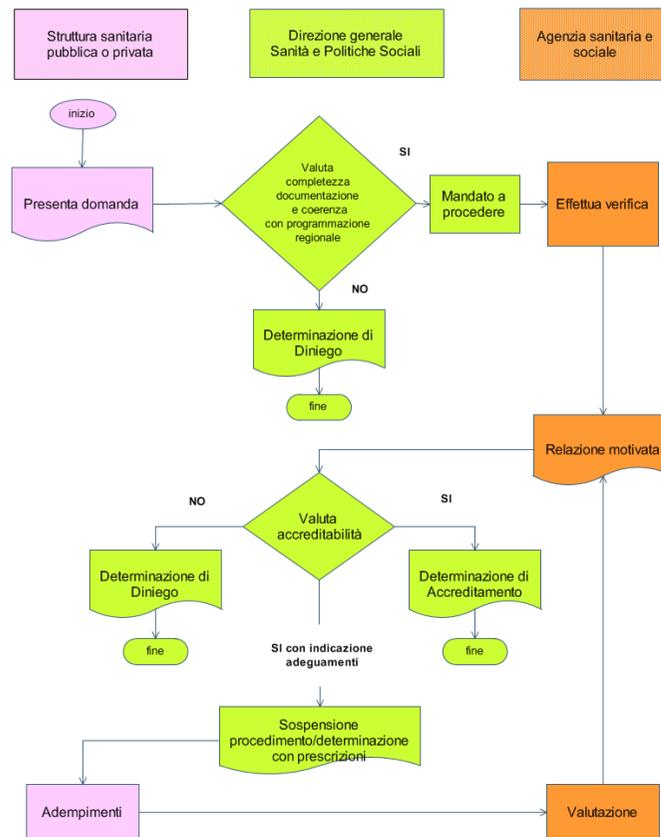
Il modello e le procedure del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 4

il percorso di preparazione e di accompagnamento all'accreditamento:

- **incontri periodici di coordinamento fra ASSR, CRS e Servizio Presidi Ospedalieri della DGSPS**
- **presentazione del modello agli operatori del Sistema Sangue a partire dal 2011/2012**
- **continuo confronto e condivisione dei requisiti specifici con i valutatori nazionali e regionali**
- **predisposizione di “linee guida” per i valutatori**

Le visite di verifica del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 1

Ruoli e attività nel processo di verifica per l'Accreditamento delle strutture sanitarie
Regione Emilia-Romagna



in particolare per queste verifiche

- lettera DGSPS come mandato “unico” per l’ASSR
- verifica all’UdR programmata contemporaneamente o a distanza di qualche giorno dalla visita al SIMT
- presenza di una parte degli stessi valutatori in entrambe le visite
- presenza del Responsabile e del RQ dell’UdR alla visita del SIMT e viceversa
- anticipo orario di inizio delle visite per vedere l’attività di Raccolta
- verificate tutte le sedi per cui è stata presentata domanda di accreditamento
- intenso lavoro con le strutture per risolvere le criticità rilevate in visita, prima della emanazione della Determina di Accreditamento



Le visite di verifica del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 2

la Funzione Accreditamento gestisce il rapporto con i valutatori per

- formazione e mantenimento della competenze
- confronto e condivisione dei requisiti specifici e critici nell'interpretazione
- definizione e condivisione di altri criteri ed elementi importanti da tenere sotto controllo nelle verifiche
- tutoraggio "di ulteriori valutatori"
- gli aspetti organizzativi delle verifiche (convocazione, ...)
- costituisce e nomina il Team:
 - valutando complessità della struttura e durata della visita
 - stabilendo il numero complessivo
 - garantendo il numero più elevato possibile di valutatori nazionali

l'attività è supportata da un sito web di condivisione "Vipa"

che gestisce

- la normativa generale e quella di specifico riferimento
- la documentazione inerente la singola visita
- gli scambi di informazioni fra valutatori



*Le visite di verifica del percorso di autorizzazione all'esercizio e di
accreditamento istituzionale della Regione - 3*

“grading” e gestione delle non conformità

4 gradi di adesione al requisito: SI si no NO, dal pieno possesso
all'assenza dello stesso

i Requisiti Specifici possono essere valutati NON APPLICABILI
(NA) in particolari contesti

i Requisiti Generali debbono essere sempre tutti applicati

le Non Conformità (NO no) generano, in funzione della gravità

- prescrizioni a cui adempiere

oppure

- sospensione del procedimento fino alla loro risoluzione

I risultati del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 1

Le strutture verificate

N. ST in esercizio (e presentato domanda)	N. ST accreditati a pieno titolo	N. ST accreditati con prescrizioni	N. ST non accreditati *	N. ST non ancora accreditati **
13 con 37 AO	7 con 15 AO	6 con 16 AO	/	/

N. UdR in esercizio (e presentato domanda)	N. UdR accreditati a pieno titolo	N. UdR accreditati con prescrizioni	N. UdR non accreditati *	N. UdR non ancora accreditati **
7 con 182 AO	3 con 29 AO	4 con 121 AO	/	/

tutte le strutture che hanno presentato domanda di accreditamento sono state visitate,
per un totale di 239 sedi



I risultati del percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale della Regione - 2

Le risorse utilizzate:

22 valutatori dell'Emilia- Romagna

7 nazionali (di cui 1 di San Marino)

15 regionali

ogni valutatore ha partecipato a più visite,
per un totale di

118 convocazioni

di cui 58 di valutatori nazionali

3 collaboratori Funzione

Accreditamento ASSR

ogni visita di accreditamento è gestita
da un referente

38 incontri

25 coordinamento ASSR CRS DGSPS

6 confronto aggiornamento con valutatori

7 presentazione percorso Strutture Sistema Sangue

41 giornate di visita sul campo

giornate piene,
con orari dalle 7.30-8 di mattina
per vedere l'attività di raccolta

40 giornate presso l'ASSR

per esame documentazione,
preparazione visita e per stesura
verbale

a cui va aggiunto il tempo

“fuori servizio/a casa”

*dei valutatori per leggere la
documentazione e prepararsi*

Sintesi dei punti di forza e di debolezza, proposte di miglioramento - 1

considerazioni generali

l'accREDITAMENTO è un percorso, un processo (variano la maturità delle strutture, dei valutatori, del sistema,)

le strutture visitate non sono tutte uguali

- per alcune è stato un primo inizio (UdR)
- i SIMT erano già accreditati

occasione di crescita per tutti gli attori

- per le strutture
- per i valutatori
- per tutto il sistema (ASSR, DGSPS, CRS)

Sistema dinamico!



Sintesi dei punti di forza e di debolezza, proposte di miglioramento - 2

punti di forza

- consolidamento rapporti fra pubblico ed associazioni
- regolarizzazione delle autorizzazioni
- riprogrammazione e razionalizzazione delle sedi territoriali (SIMT e UdR), per garantire la sicurezza dei processi e del donatore e un più appropriato utilizzo delle risorse
- condivisione del percorso fra ASSR, CRS, DGSPS
- motivazione e disponibilità dei valutatori
- buone pratiche per ulteriori spunti di lavoro

punti di debolezza

- modalità di valutazione non tutte uniformi
- tempi ridotti per le strutture
- difficoltà organizzative dei valutatori (turni, sostituzioni, ...)
- convalide, indicazioni arrivate a percorso iniziato

proposte di miglioramento

- condivisione buone pratiche sviluppate dalle strutture
- prosecuzione della funzione di supporto alle strutture da parte di tutti i soggetti istituzionali

sorveglianza biennale

siamo ripartiti da dove abbiamo iniziato

CESENA !!!!!



