

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Laurent VIERIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Livio SALVEMINI



REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal _____ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, li _____

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 26 febbraio 2018

In Aosta, il giorno ventisei (26) del mese di febbraio dell'anno duemiladiciotto con inizio alle ore otto, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Laurent VIERIN

e gli Assessori

Emily RINI - Vice-Presidente

Mauro BACCEGA

Luigi BERTSCHY

Jean-Pierre GUICHARDAZ

Aurelio MARGUERETTAZ

Alessandro NOGARA

Renzo TESTOLIN

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI _____

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **220** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI UTILI ALLA PREDISPOSIZIONE E AL MONITORAGGIO DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO IN VALLE D'AOSTA.

LA GIUNTA REGIONALE

visto il Decreto del Ministero della Sanità 15 ottobre 1996 recante “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie” che prevede l'adozione in tutte le strutture del SSN di “un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione [...]”;

considerato che l'obiettivo dell'umanizzazione dell'assistenza è altresì ribadito nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e confermato, nel 2014, quale obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'Ambito dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni - Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014;

considerato che anche negli anni 2015, 2016 ed infine 2017 la Conferenza Stato regioni (CSR) ha confermato l'umanizzazione tra gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale: l'ultimo Accordo è l'Accordo Conferenza Stato-Regioni - Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017;

visto il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014), che all'articolo 4, “Umanizzazione delle cure”, prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza;

considerato che nel medesimo Patto per la salute 2014-2016 si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale e un'altra in tema di cambiamento organizzativo;

rilevato inoltre come il sopra citato Patto per la salute 2014 - 2016 (Intesa Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 12 comma 7, ha previsto la realizzazione, da parte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), di un'efficace attività di monitoraggio delle criticità organizzative, economiche, di efficacia degli interventi clinici e di efficienza gestionale delle Aziende sanitarie e delle strutture di assistenza territoriale, al fine di migliorare la qualità, la quantità, la sicurezza, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza e l'equità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie del nostro Paese;

rilevato come già il Piano Regionale per la Salute e il Benessere (PR SBS) 2011-2013, approvato con legge regionale 25 ottobre 2010, n.34, avesse previsto, nella direttiva 5 di “Valorizzare le competenze dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere” lo sviluppo del processo di *empowerment*, inteso come rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il “controllo”, riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la “consapevolezza critica”, consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la “partecipazione”, attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi;

preso atto come, in coerenza con la direttiva 5 del PR SBS 2011-2013, negli ultimi anni, la Regione Autonoma Valle d'Aosta, attraverso la Struttura regionale competente del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali abbia contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero promosso e coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) attraverso la partecipazione, nel quadriennio 2011-2014, a due progetti di ricerca finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito

dei Programmi di Ricerca Corrente 2010 (RC 2010 Progetto denominato “Sperimentazione e trasferimento di modelli di *empowerment* organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari”) e 2012 (RC 2012 Progetto denominato “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”);

evidenziato come la valutazione partecipata della qualità concorra al consolidamento di un modello che favorisce la “trasparenza” delle organizzazioni sanitarie che, in questo modo, sono stimolate a “rendere conto” direttamente del proprio operato agli utenti e ciò in linea con i principi richiamati nella normativa nazionale degli ultimi anni relativa alla Pubblica Amministrazione e con quanto previsto a livello internazionale, specificamente nell’ambito sanitario, dalla “Tallinn Charter: Health Systems, Health and Wealth” che impegna gli Stati Membri a “promuovere la trasparenza e rendere conto della performance del sistema sanitario nel raggiungimento di risultati misurabili” anche attraverso la Direttiva 2011/24/EU, recepita in Italia con d.lgs. 4 marzo 2014, n. 38, che sancisce i diritti fondamentali dei pazienti, relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera, tra i quali l’informazione rispetto alla qualità dell’assistenza fornita;

considerato che, con delibera direttoriale n. 279 del 10/07/2015, l’AGENAS ha rilevato l’opportunità di estendere l’ambito di applicazione del sistema di valutazione partecipata dell’umanizzazione a tutte le strutture di ricovero per acuti del territorio nazionale, approvando il progetto di ricerca autofinanziata dal titolo “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” rimodulando, con successiva deliberazione direttoriale n. 43 del 5/02/2016, la tempistica delle attività e il finanziamento attribuito al progetto di ricerca;

considerato che, con propria deliberazione n. 592 del 15 maggio 2017, è stata recepita la convenzione tra l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e la Regione autonoma Valle d’Aosta inerente al progetto di Ricerca Autofinanziata 2015 dal titolo “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”;

evidenziato come il progetto di Ricerca Autofinanziata 2015, dal titolo “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” abbia avuto, con il Referente Civico Regionale individuato mediante avviso pubblico e valutazione dei requisiti proposti da AGENAS per tale figura, con la costituzione dell’équipe locale e con la costituzione di una Cabina di Regia regionale composta dal Referente Civico Regionale, il Referente Regionale e un dirigente medico della Direzione medica di Presidio, i soggetti che hanno realizzato nel 2017 le attività di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero con un numero di posti letto superiore a 80 (criterio regionale), presenti in Valle d’Aosta, utilizzando gli strumenti (*checklist*) e i metodi predisposti da AGENAS e dall’Agenzia di valutazione civica nazionale CittadinanzAttiva;

considerato che la *checklist* predisposta da AGENAS e utilizzata per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero da parte dell’équipe locale è articolata in 4 Aree e in relative Sub Aree e che ciascuna di queste Sub Aree è articolata in criteri e *items* soggetti a punteggio e che la sommatoria dei singoli punteggi degli *items* afferenti a ciascuna Sub Area componga un punteggio totale per Area rappresentativo della valutazione locale ricevuta;

considerato che le Aree che hanno composto la *checklist* del Progetto di Ricerca Autofinanziata 2015 dal titolo “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” sono le seguenti:

- Area 1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
- Area 2 Accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura
- Area 3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
- Area 4 Cura della relazione con il paziente/cittadino;

valutati i punteggi ottenuti dalle singole Aree anche in considerazione dei punteggi assimilabili ottenuti nella precedente edizione del Programma di Ricerca Corrente 2012 (RC 2012 Progetto denominato “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”) seppure con una *checklist* in parte non conforme a quella in uso nel 2017;

evidenziato come tra gli elementi qualificanti del Progetto di ricerca Autofinanziata 2015 “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” vi è la predisposizione e il monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie di un Piano di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero e come questo Piano intenda costituirsi come Piano per la promozione del miglioramento continuo dell’umanizzazione;

ritenuto utile, secondo quanto riferito dalla dirigente della Struttura programmazione socio sanitaria del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali, che è anche Referente Regionale del Progetto Agenas, recepire - in quanto *format* comune a tutte le Aziende sanitarie del territorio nazionale - il documento di indirizzo predisposto dall’AGENAS per la predisposizione e il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d’Aosta, secondo quanto espresso anche dalla Referente Civica Regionale e dall’*équipe* locale che ha preso parte al Progetto “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”;

precisato che il Piano di Miglioramento dell’umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d’Aosta che l’Azienda USL della valle d’Aosta approverà con proprio atto, nel 2018, dovrà essere concordato con l’*équipe* locale che ha partecipato alla rilevazione e individuerà, per le criticità emerse, le opportune Azioni di Miglioramento da portare a compimento nell’arco di tempo concordato;

precisato inoltre che le Azioni di Miglioramento del Piano omonimo dovranno orientarsi principalmente agli *items* che hanno ottenuto dalla valutazione partecipata punteggi nella *checklist* inferiori a 6/10 e che la priorità di intervento dovrà tenere in debita considerazione i criteri di rilevanza e di fattibilità;

precisato infine che per ogni Azione di Miglioramento, l’Azienda USL dovrà indicare nel Piano omonimo - in accordo con l’*équipe* locale e utilizzando le schede di cui al documento di indirizzo allegato - se il tempo di realizzazione è classificato a “breve” (fino a 6 mesi), a “medio” (da 6 mesi a 1 anno) o a “lungo” termine (da 1 a 3 anni) e se le medesime Azioni di Miglioramento potranno essere effettuate “a costo zero” per l’Azienda oppure a costi indicabili “bassi” o “alti” per l’Azienda stessa;

ritenuto opportuno che il Piano di Miglioramento sia valutato e condiviso anche dal Collegio di Direzione dell’Azienda, in quanto la condivisione rafforza il conseguimento dei risultati prefissati;

stabilito che il Piano e le Azioni di Miglioramento a rilevanza aziendale potranno essere inserite negli obiettivi operativi gestionali del Direttore generale dell’Azienda USL della Valle d’Aosta e di programmazione per i prossimi anni ai fini della predisposizione dei conseguenti atti della Giunta regionale di cui all’art. 7, comma 1, della legge regionale 5/2000;

accertato che le eventuali Azioni di Miglioramento “a rilevanza regionale” non costituiranno oggetto di monitoraggio verso l’attività aziendale, ma rappresenteranno degli utili suggerimenti alla programmazione sanitaria regionale da parte delle rappresentanze civiche che hanno realizzato la valutazione del grado di umanizzazione secondo gli strumenti (*checklist*) e i metodi predisposti da AGENAS e dall’Agenzia di valutazione civica nazionale CittadinanzAttiva;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1853 in data 28.12.2017 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2018/2020 e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla dirigente della Struttura programmazione socio sanitaria dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Luigi Bertschy;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare il documento di indirizzo per l'individuazione dei criteri utili alla predisposizione e al monitoraggio del Piano di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d'Aosta, di cui all'Allegato, parte integrante della presente deliberazione, recependo i contenuti di quanto predisposto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) in quanto ritenuti di utilità dalla Referente Regionale, dalla Referente Civica Regionale e dall'équipe locale che ha preso parte al Progetto "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero";
2. di dare mandato all'Azienda USL della Valle d'Aosta di adottare, con proprio atto, il Piano di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d'Aosta, condiviso anche con il Collegio di Direzione, recependo i criteri di cui all'Allegato, parte integrante della presente deliberazione;
3. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta, nell'adottare il Piano di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d'Aosta, fornisca evidenza, attraverso la sottoscrizione dello stesso, dell'avvenuta discussione e condivisione sia da parte dell'équipe locale che ha partecipato alla rilevazione nelle due strutture U. Parini e Beauregard nel 2017 utilizzando i metodi e gli strumenti previsti dal Progetto AGENAS "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", sia da parte del Collegio di Direzione;
4. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta provveda alla pubblicazione sul proprio sito internet del Piano di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in Valle d'Aosta, unitamente a una sintesi delle finalità dello stesso anche a seguito dei punteggi ottenuti per ciascuna Area del Progetto AGENAS "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" nella rilevazione 2017;
5. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta garantisca la copertura degli eventuali costi aggiuntivi di cui al precedente punto 2) nell'ambito del trasferimento ordinario annuale, non determinando, quindi, ulteriori oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
6. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul sito internet della Regione Autonoma Valle d'Aosta www.regione.vda.it;
7. di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

§



Assessorat de la Santé, du Bien-être et des Politiques sociales;
Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO
PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI
UTILI ALLA PREDISPOSIZIONE E AL MONITORAGGIO
DEL
PIANO DI MIGLIORAMENTO DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE
DELLE STRUTTURE DI RICOVERO IN VALLE D'AOSTA**

Anno 2018

PREMESSA

La predisposizione e il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero è uno degli elementi qualificanti del progetto AGENAS di Ricerca Autofinanziata 2015 “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” e costituisce un ulteriore passo verso la definizione di un Sistema Nazionale di Valutazione periodica dell’Umanizzazione delle strutture ospedaliere.

Dopo aver definito, sperimentato e implementato - in collaborazione con tutte le Regioni/Province Autonome (PA), i professionisti sanitari e le associazioni di tutela e volontariato - i metodi e gli strumenti della valutazione partecipata è stata avvertita la necessità di individuare e condividere alcuni elementi metodologici comuni che possano guidare ciascuna Regione, le Aziende sanitarie e gli stabilimenti di cura nella realizzazione di Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione, costruiti sulla base dei risultati della valutazione partecipata.

La definizione da parte di AGENAS di un documento di indirizzo sui Piani di Miglioramento, di cui il presente documento recepisce i contenuti, e delle Linee Guida per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione partecipata, sono due dei tasselli necessari per completare la definizione del modello della valutazione partecipata e delle fasi in cui si articola il ciclo di miglioramento continuo del grado di umanizzazione. Tale ciclo, improntato sulla falsariga della “*Ruota di Deming*”, prevede l’implementazione periodica di quattro fasi.

Un **ciclo completo** comprende:

1. una prima **valutazione partecipata** del grado di umanizzazione e quindi la raccolta dei dati (tramite la *checklist* e le visite alle strutture sanitarie) e la loro diffusione pubblica;
2. la pianificazione delle Azioni di Miglioramento con la predisposizione dei **Piani di Miglioramento**;
3. la realizzazione e il **monitoraggio** dei Piani di Miglioramento;
4. la **verifica** del superamento delle criticità, oggetto dai Piani di Miglioramento, con cui si conclude il primo ciclo; tale fase può coincidere con una nuova valutazione partecipata del grado di umanizzazione che, raccogliendo gli eventuali miglioramenti raggiunti (item “critici” diventati positivi), avvia un nuovo ciclo.

SCOPO E ARTICOLAZIONE DEL DOCUMENTO

Lo scopo del presente documento è quello di fornire all’Azienda USL della Valle d’Aosta un format comune a tutte le realtà nazionali per completare - all’indomani della prima raccolta dei dati sul grado di umanizzazione e della loro presentazione pubblica – tutte le fasi del primo ciclo.

Il documento illustra alcuni elementi metodologici comuni sui quali si è raccolto l’interesse dei Referenti Regionali e dei Referenti Civici Regionali di tutte le regioni italiane partecipanti al Progetto nel corso dell’incontro formativo nazionale, realizzato a Roma da AGENAS il 29 e 30 settembre 2016.

Il documento di indirizzo si articola in **due sezioni**:

1. Predisposizione dei Piani di Miglioramento
2. Realizzazione e Monitoraggio dei Piani di Miglioramento

Nella sezione 1 (Predisposizione dei Piani di Miglioramento), sono proposti alcuni indirizzi relativi:

- agli attori da coinvolgere,
- alle fasi del processo di predisposizione,
- ai criteri in base ai quali poter classificare le Azioni di Miglioramento

Nella sezione 2 (Realizzazione e Monitoraggio dei Piani di Miglioramento) sono proposte alcune indicazioni relative:

- alla realizzazione e al monitoraggio dei Piani di Miglioramento,
- agli attori da coinvolgere,
- alla possibile tempistica di realizzazione
- alle modalità di attuazione.

Il documento si conclude con alcuni elementi indicati dai Referenti Regionali e dai Referenti Civici Regionali delle regioni partecipanti al Progetto considerati da tutti come rilevanti per la piena realizzazione dei Piani di Miglioramento e per la promozione del miglioramento continuo del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.

SEZIONE 1. PREDISPOSIZIONE dei PIANI di MIGLIORAMENTO

Quali attori coinvolgere nei Piani di Miglioramento

La Direzione aziendale, in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, convoca l'équipe locale (componente aziendale della DMP, Referente Civico Regionale ed équipe civica) che hanno svolto la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nella struttura, al fine di concordare e redigere il Piano di Miglioramento.

È auspicabile che nella definizione del Piano di Miglioramento siano coinvolti anche i Direttori e gli operatori dei Servizi/Strutture valutate e oggetto d'intervento, in quanto la **condivisione** rafforza il conseguimento di risultato.

È possibile includere anche i Responsabili dei settori amministrativi da coinvolgere eventualmente per la realizzazione dei Piani di Miglioramento.

Allo stesso modo, si raccomanda di coinvolgere – anche solo attraverso la comunicazione delle attività che si stanno realizzando - gli altri rappresentanti civici che intrattengono rapporti con l'Azienda Usl della Valle d'Aosta (ad es. Comitati Consultivi Misti, Associazioni/Organizzazione civiche con le quali l'Azienda – ad esempio attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP - intrattiene formali rapporti di collaborazione).

Fasi del processo

Il processo per la redazione e l'adozione del Piano di Miglioramento (PdM) si articola nelle quattro fasi descritte di seguito.

1. Selezione degli item critici e individuazione degli item da inserire nel PdM.

L'équipe locale (componente aziendale della DMP, Referente Civico Regionale ed équipe civica) si riunisce e, in base ai risultati emersi dalla valutazione partecipata, individua tutti gli item ritenuti critici secondo un criterio oggettivo, quale il punteggio ottenuto nella *checklist* (ad esempio, item di valore inferiore a 6/10). Predisporre quindi un **elenco** in cui sono riportati solo gli item sui quali esiste un comune accordo rispetto alla necessità, alla possibilità o all'opportunità di realizzare delle specifiche Azioni di Miglioramento.

Nella fase 1 l'équipe locale analizza i risultati della rilevazione ed estrapola dalla *checklist* tutti gli item che si sono rilevati critici seguendo anche l'elenco già fornito a ciascuna Regione da AGENAS a seguito dei punteggi ottenuti dopo la valutazione partecipata. L'équipe locale, quindi, prende in considerazione uno per uno tutti gli item critici e decide su quali sia necessario/possibile/opportuno definire una azione di miglioramento (escludendo ad esempio criticità per le quali si è già trovata una soluzione attualmente soddisfacente o che risultano critici ma in realtà non sono considerati rilevanti per le caratteristiche attuali del contesto).

AD ESEMPIO: In base ai risultati della valutazione, 30 item risultano critici. Di questi 30 item, l'équipe ritiene opportuno definire Azioni di Miglioramento solo su 21. Nove item, infatti, sono relativi alla "Fruizione individuale di televisione nelle stanze di degenza" (65.1, 65.2, 65.3), alle "Stanze di degenza con sistema di climatizzazione" (66.1, 66.2, 66.3) e alle "Stanze di degenza con non più di 2 posti letto" (67.1, 67.2, 67.3) e nella struttura è in già in corso una ristrutturazione edilizia che, al termine dei lavori, restituirà ambienti conformi a quanto previsto dagli item (stanze con climatizzazione, due posti letto e fruizione individuale di TV). L'équipe locale, quindi, esclude queste criticità dall'elenco di quelle sulle quali ritiene necessario definire ed intraprendere Azioni di Miglioramento.

2. Definizione delle Azioni di Miglioramento (AdM).

Per ciascuno degli item presenti nell'elenco di cui sopra, si definiscono le Azioni di Miglioramento (AdM) che possono essere dei tre tipi, di seguito elencati:

- 2.1 AdM **dirette**: si tratta di azioni puntuali che, una volta realizzate, eliminano direttamente la criticità rilevata (AD ESEMPIO: *a fronte della criticità "mancanza nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria [item n. 61.6]"*, l'AdM diretta potrebbe essere *"Collocazione nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della direzione sanitaria"*);
- 2.2 AdM **indirette**: sono quelle azioni che solo insieme ad altre concorrono alla risoluzione delle criticità di norma più complesse (AD ESEMPIO: *a fronte della criticità "mancanza di uno o più moduli di consenso informato multilingue [item n. 32.1]"*, le AdM indirette che insieme potranno permettere il superamento della criticità, potrebbero essere: *"Revisione della procedura aziendale che regola l'acquisizione del consenso; traduzione multilingue di questa fase del processo; diffusione e condivisione a livello aziendale delle nuove modalità operative; pubblicazione sul portale aziendale."*);
- 2.3 AdM **generali**: si tratta di quelle azioni volte ad intervenire non tanto su un item specifico ma ad affrontare la problematica più ampia ad esso connessa (AD ESEMPIO: *a fronte della criticità "Assenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso al CUP" [item n. 50.1]"*, le AdM generali che potranno risolvere la più ampia problematica potrebbero essere *"Richiesta di collaborazione con l'Unione Italiana Ciechi (UIC) con individuazione di un loro referente che partecipi ad uno studio sulle migliori soluzioni da intraprendere per l'eliminazione delle barriere sensoriali, sulla base del quale definire un piano di abbattimento delle barriere sensoriali"*).

Le Azioni di Miglioramento saranno classificate sulla base di alcuni **criteri**, di seguito elencati, e meglio specificati al paragrafo successivo, che sono:

- a) **Costi** necessari a realizzare le Azioni di Miglioramento (costo zero / costi bassi o alti “in carico” all’Azienda / azioni che presuppongono investimenti a livello regionale)
- b) **Rilevanza** della criticità riscontrata (regionale, aziendale, bassa o alta)
- c) **Tempo** necessario previsto per realizzare le Azioni di Miglioramento (breve, medio o lungo termine)

L’équipe locale seleziona le Azioni di Miglioramento che ritiene siano da avviare in via prioritaria e che quindi definiranno, nel loro complesso, il **Piano di Miglioramento**, a valenza annuale/biennale da proporre alla Direzione aziendale.

Nella fase 2 si definiscono le Azioni di Miglioramento secondo i criteri proposti e all’équipe locale viene riconosciuta la libertà “politica” di scegliere se proporre alla Direzione aziendale tutte le AdM o una selezione.

AD ESEMPIO (segue da precedente Esempio): su ciascuna delle 21 criticità selezionate l’équipe definisce le Azioni di Miglioramento da intraprendere, classificandole secondo i criteri proposti (costo/ rilevanza/ tempo). A questo punto l’équipe, conoscendo le caratteristiche del contesto locale, può valutare che sia più opportuno proporre in via prioritaria alla Direzione Aziendale poche azioni (ad esempio 10) realizzabili in 12 mesi, sulle quali ritiene più fattibile che l’organizzazione possa garantire il proprio impegno. Oppure l’équipe, conoscendo le caratteristiche del contesto locale, può valutare che sia più opportuno presentare alla Direzione Aziendale tutte le 21 azioni, chiedendo alla Direzione Aziendale che si possa impegnare in un piano biennale o triennale (ad esempio 12 azioni il primo anno e 9 il secondo, oppure, 7 azioni per ciascuno dei 3 anni)

3. **Redazione e approvazione del Piano di Miglioramento.**

La Direzione aziendale (Generale, Sanitaria, Amministrativa), unitamente alla Direzione Medica di Presidio e d’intesa con il Collegio di Direzione, dopo averne condiviso i contenuti con l’équipe locale, approva formalmente il **Piano di Miglioramento** e assegna le responsabilità per l’avvio della sua implementazione.

Il Piano di Miglioramento così approvato e l’elenco degli item oggetto di Azioni di Miglioramento, saranno poi trasmessi alla Cabina di Regia (Referente Regionale, Referente Civico Regionale e dirigente medico della DMP assegnato all’équipe locale) che avrà il compito di coordinare a livello regionale la predisposizione del PdM.

4. **Comunicazione** del Piano di Miglioramento alla Comunità locale.

Saranno quindi concordate differenti modalità, utili alla diffusione pubblica del Piano di Miglioramento come, ad esempio, incontri pubblici, pubblicazione su stampa locale, conferenza dei servizi.

Il Piano di Miglioramento sarà comunque pubblicato sul sito istituzionale dell’Azienda USL della Valle d’Aosta e, se ritenuto opportuno dalle stesse, delle Associazioni civiche presenti a livello regionale con le quali l’Azienda USL – ad esempio attraverso l’Ufficio Relazioni con il Pubblico - intrattiene formali rapporti di collaborazione.

Criteri in base ai quali classificare le Azioni di Miglioramento

Ciascuna Azione di Miglioramento (collegata al rispettivo item) potrà essere classificata

secondo i seguenti tre criteri: costo, rilevanza e tempo.

A. Costo

Sono da distinguere le:

- a) Azioni a “costo 0” (che non comportano l’impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti);
- b) Azioni “che comportano costi” per l’Azienda: occorrerà in questo caso specificare se si tratta di costi bassi - ovvero rientranti nel budget aziendale - oppure alti - ovvero che presuppongono investimenti a medio - lungo termine in carico all’Azienda.

B. Rilevanza del problema che l’Azione di Miglioramento vuole affrontare.

Occorrerà distinguere fra:

- a) “Azioni a rilevanza regionale”
- b) “Azioni a rilevanza aziendale” e, nell’ambito di queste ultime, fra Azioni:
 - i. a “bassa” rilevanza
 - ii. a “alta” rilevanza.

Le Azioni a “rilevanza regionale” dovranno esser indicate separatamente, in quanto esse non costituiscono oggetto di monitoraggio, ma rappresentano proposte/suggerimenti da inserire nei documenti di Programmazione sanitaria regionale - se sostenibili sotto il profilo finanziario - concordandone la priorità attraverso forme di programmazione partecipata.

Potrebbero rientrare fra dette Azioni, ad esempio, quelle che presuppongono adeguamenti straordinari del sistema informativo regionale, oppure quelle che richiedono investimenti strutturali/edilizi che necessitano di uno specifico finanziamento a livello regionale.

Nell’ambito delle Azioni a “rilevanza aziendale” occorrerà invece evidenziare gli elementi - strettamente legati al contesto locale - sulla base dei quali la criticità è riconosciuta essere più o meno rilevante (“alta” vs. “bassa” rilevanza).

Di seguito si suggeriscono alcuni di questi elementi quali, ad esempio, l’urgenza o meno dell’azione di miglioramento, la probabilità di un effetto negativo o danno potenziale in caso di mancato superamento della criticità, il livello di condivisione delle criticità da parte dell’équipe locale con particolare riferimento alla componente civica, la dimensione quantitativa della criticità (numero e tipologia di pazienti coinvolti direttamente o indirettamente nella criticità), ecc.

C) Tempo

Il tempo necessario a conseguire l’Azione di miglioramento andrà indicato come un tempo a:

- a) “Breve termine”: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione minore/uguale a sei mesi;
- b) “Medio termine”: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a sei mesi e minore/uguale a dodici mesi
- c) “Lungo termine”: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a dodici mesi ma inferiore a 36 mesi.

Nell’allegato 1 e 2 del presente documento si fornisce un modello di “Tabella sinottica” in cui poter collocare le Azioni di Miglioramento classificate secondo i criteri illustrati.

Per ciascun *item* ritenuto “critico” dovrà esser compilata la Tabella.

A titolo meramente esemplificativo sono state riportate, nell’allegato 1, due Azioni di Miglioramento a rilevanza aziendale “bassa” e “alta”.

Per ciascuna Azione di miglioramento dovranno essere indicati:

COSTI di realizzazione:

ZERO: non comportano l'impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti
BASSO: comportano l'impiego di risorse ulteriori rientranti nel budget aziendale
ALTO: presuppongono investimenti aziendali a medio-lungo termine

TEMPISTICA di realizzazione:

BT = Breve termine ≤ 6 mesi
MT = Medio termine > 6 mesi e ≤ 12 mesi
LT = Lungo termine > 12 mesi e ≤ 36 mesi

EVENTUALI OSSERVAZIONI E COMMENTI: in questo campo sarà utile indicare ulteriori commenti e in base a quali criteri l'équipe ha ritenuto l'Azione di Miglioramento di alta o bassa rilevanza.

Per gli **ITEM a rilevanza regionale** dovrà esser compilata la relativa Tabella (Allegato 2).
A titolo meramente esemplificativo è stata riportata l'Azione di Miglioramento relativa a uno specifico Item.

SEZIONE 2. REALIZZAZIONE e MONITORAGGIO del PIANO di MIGLIORAMENTO

Successivamente alla predisposizione e all'adozione del Piano di Miglioramento, si avvierà la fase di realizzazione e monitoraggio delle Azioni di Miglioramento previste dal Piano.

Il monitoraggio è un'attività di verifica periodica dello stato di attuazione delle AdM, da realizzare con cadenza mensile/trimestrale, ad opera dell'équipe locale che ha lavorato alla definizione del PdM.

Se ritenuto più funzionale, il monitoraggio potrà essere svolto anche soltanto da una parte dell'équipe locale, purché sia assicurata la presenza di un rappresentante dei professionisti sanitari e di un rappresentante dei cittadini.

L'équipe locale potrà riunirsi periodicamente e verificare lo stato di avanzamento del Piano di Miglioramento, dando comunicazione degli esiti del monitoraggio alla Direzione Aziendale, alla Direzione Medica di Presidio e alla Cabina di Regia regionale.

Ai fini della verifica periodica potrà essere utile definire, per ciascuna Azione di Miglioramento presente nel Piano, una **scheda di monitoraggio** della quale nell'Allegato 3 si fornisce un fac-simile.

A titolo meramente esemplificativo è stata riportata nell'Allegato 3 un'Azione di Miglioramento per la quale vengono indicati:

- l'item sul quale si è rilevata la criticità (specificando a quale area, sotto-area e criterio della *checklist* umanizzazione appartiene);
- la descrizione dell'Azione di Miglioramento e come è classificata nel Piano di Miglioramento (rilevanza, costo per l'Azienda e tempo necessario alla sua realizzazione);
- il responsabile dell'Azione designato dalla Direzione Aziendale attraverso la Direzione Medica di Presidio;
- lo stato di attuazione dell'Azione di Miglioramento (non avviata, avviata, parzialmente realizzata, conclusa);
- eventuali note;
- la periodicità del monitoraggio (mensile/trimestrale);
- il giorno in cui è stato effettuato il monitoraggio;
- il nome e il ruolo di chi ha realizzato la verifica.

PIANI di MIGLIORAMENTO e PROMOZIONE del MIGLIORAMENTO CONTINUO del GRADO di UMANIZZAZIONE

In occasione dell'incontro formativo nazionale organizzato nel 2016 da AGENAS, i Referenti Regionali e i Referenti Civici Regionali interessati dal progetto di Ricerca Autofinanziata 2015 "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" hanno indicato alcuni elementi ritenuti rilevanti per la piena realizzazione dei Piani di Miglioramento e per la promozione del miglioramento continuo del grado di umanizzazione. Alcuni di questi elementi sono stati già integrati da AGENAS nel documento predisposto per le Regioni come, ad esempio, il coinvolgimento nella definizione dei PdM sia di altri professionisti della struttura di ricovero, sia di altre Associazioni che non abbiano partecipato alla fase di rilevazione, o la realizzazione di un evento di comunicazione pubblica sui PdM.

Altri elementi vengono di seguito sinteticamente riportati, alcuni dei quali accolti nell'azione istituzionale della Regione Autonoma Valle d'Aosta verso l'Azienda USL come l'inserire sia la valutazione partecipata del grado di umanizzazione, sia la realizzazione dei PdM negli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'Aziende USL .

Altri potranno diventare parte dell'azione futura e riguardano:

- Prevedere nella negoziazione aziendale di budget (e conseguente valutazione) le Azioni di Miglioramento dell'Umanizzazione al fine di coinvolgere i dirigenti e gli operatori, sanitari ed amministrativi, promuovendone la consapevolezza, la motivazione e la responsabilità del processo continuo di miglioramento del grado di umanizzazione.
- Includere il risultato conseguito sulle AdM nelle singole strutture operative e dai singoli operatori nella valutazione della performance organizzativa ed individuale.
- Realizzare nel corso del monitoraggio dei PdM una mappatura delle Buone Pratiche relative all'umanizzazione che possano essere diffuse per favorirne la conoscenza e promuoverne il trasferimento.
- Interconnettere i dati sulla valutazione partecipata con quelli provenienti dalle indagini sulla qualità percepita (dalle rilevazioni sulla soddisfazione del paziente a quelle sull'esperienza del paziente), o dai reclami, o da altri "flussi informativi" ritenuti utili ai fini del miglioramento del grado di umanizzazione;
- Porre attenzione e promuovere il benessere organizzativo aziendale;
- Implementare l'insegnamento dell'Umanizzazione e delle Politiche di Empowerment nei corsi di Laurea di Medicina e delle Professioni Sanitarie.

Allegato 1

Tabella sinottica Azioni di Miglioramento – “Azioni di Miglioramento a Rilevanza aziendale”
(fac simile)

		RILEVANZA AZIENDALE	
		BASSA	ALTA
ITEM		<i>ITEM 16: applicazione modello assistenziale delle “terapie intensive aperte” tramite estensione dell’orario di accesso ai visitatori</i>	
AZIONE DI MIGLIORAMENTO		L’Azione di miglioramento consiste nel lavorare dal punto di vista organizzativo per estendere la fascia oraria che attualmente è tra le 5 e le 8 ore	
COSTO AZIENDA	ZERO		
	BASSO	X	
	ALTO		
TEMPO	BREVE	X	
	MEDIO		
	LUNGO		
Eventuali Commenti/Osservazioni			

		RILEVANZA AZIENDALE	
		BASSA	ALTA
ITEM			<i>ITEM 9: orario di visita della struttura sanitaria</i>
AZIONE DI MIGLIORAMENTO			<p>L'Azione di miglioramento consiste nell'introdurre in tutta la struttura il modello cosiddetto "Ospedale aperto". A tal fine si dovranno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formare gli operatori 2. Aumentare il numero di reparti pilota in cui introdurre la sperimentazione 3. Valutare i risultati e le possibilità di espansione a tutta la struttura
COSTO AZIENDA	ZERO		
	BASSO		X
	ALTO		
TEMPO	BREVE		
	MEDIO		X
	LUNGO		
Eventuali Commenti/Osservazioni			

Allegato 2

Tabella sinottica Azioni di Miglioramento - “Azioni di Miglioramento a rilevanza regionale” (fac simile)

	RILEVANZA REGIONALE	
	BASSA	ALTA
ITEM		<i>ITEM N. 103.2 Possibilità di consultare on line la Cartella clinica ed effettuare il download</i>
AZIONE DI MIGLIORAMENTO		Avvio del processo di informatizzazione a livello regionale
Eventuali Commenti/Osservazioni		

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento (fac simile)

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n.	61.6 Presenza nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria			
AREA	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.2 Logistica e Segnaletica			
CRITERIO	2.2.1 Orientamento e segnaletica			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Collocazione nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	Dott. Pinco – Ufficio Tecnico Dott.ssa Pallino – URP e Comunicazione			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (> 6 mesi e ≤ 12 mesi) <input type="checkbox"/>	LUNGO TERMINE (> 12 mesi e ≤ 36 mesi) <input type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA .	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA .	CONCLUSA .
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				

PERIODICITÀ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO	gg/mm/aaaa		
VALUTATORI	Dott. Tizio – Ufficio XX Aziendale Dott. Caio – Associazione “XYZ”		