



INDICE

1 Introduzione	3
2 Contesto di riferimento	3
3 Norme di riferimento	4
4 Contenuti.....	4
• PO Policlinico Casula.....	5
• PO San Giovanni di Dio.....	6
5 Metodologia	8
6 Conclusioni	10



Introduzione

Il processo di accreditamento contribuisce al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso la creazione di situazioni organizzative che facilitano l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei definiti dagli strumenti professionali tipici (procedure, linee guida, protocolli, ecc.), gestiti come sistema, e alla realizzazione del mandato organizzativo.

L'accREDITAMENTO richiede la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti. La finalità dell'AccREDITAMENTO è quella di assicurare la sicurezza e standard di qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti accreditati (pubblici e privati) con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali; garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate; regolare i sistemi di ingresso e di uscita dal sistema dell'offerta delle cure; garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria.

In tale direzione si sviluppa l'attività specifica della AOU Cagliari.

La Regione Sardegna ha posto alla Direzione Generale Aziendale l'obiettivo della produzione e invio di una relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare (Delibera aziendale di approvazione entro il 30/09/2023). Nella relazione deve essere specificato l'elenco dei reparti, il numero di posti letto e per i servizi/ambulatori/laboratori il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali. La predisposizione delle procedure di accreditamento, nonché il controllo del mantenimento della conformità ai requisiti strutturali e organizzativi previsti dalle norme sull'accREDITAMENTO, è un compito che l'Atto Aziendale pone a carico della SC Governo Clinico, Appropriatezza e AccREDITAMENTO.

Contesto di riferimento

Il Policlinico Casula sconta un ritardo nell'accREDITAMENTO e nell'adeguamento alla normativa regionale che deriva dall'essere stato istituito principalmente come struttura universitaria (anno 1999) sulla quale solo successivamente è confluita l'attività assistenziale svolta presso il PO San Giovanni di Dio (anno 2007). Le varie disposizioni legislative succedutesi sull'accREDITAMENTO non hanno trovato riscontro immediato nella conformità del Policlinico, vuoi per la mancanza di personale dedicato, vuoi per una sottovalutazione della problematica e infine per l'ostacolo alla praticabilità della procedura dovuto al disallineamento tra i progetti, la loro realizzazione e le normative di sicurezza. I problemi sono stati ostativi al rilascio dei principali certificati essenziali per l'accREDITAMENTO. Una certa confusione normativa, concomitante ad una carenza di guida del processo, non ha giovato alla messa in campo della procedura, che è stata procrastinata più o meno consapevolmente sino ai tempi più recenti. Con il trasferimento massivo di importanti reparti del San Giovanni al Policlinico Casula (2017), l'esigenza dell'accREDITAMENTO si è posta con più vigore, sino a farla diventare una delle competenze principali della neonata struttura di Governo Clinico. Consapevole dei ritardi comunque comuni alla gran parte delle strutture pubbliche, l'Assessorato alla Sanità della Regione Sardegna ha proposto in questi anni, come obiettivo alla Direzione Generale, vari traguardi di accREDITAMENTO. La struttura del Governo Clinico ha operato per l'acquisizione di diversi accREDITAMENTI, sia di strutture assistenziali preesistenti che di nuove strutture trasferite dal PO San



Giovanni, predisponendo in particolare le richieste di accreditamento di tutte le strutture del blocco Q (obiettivo del Direttore Generale anno 2022), più agevolmente accreditabili perché tale corpo di fabbrica è conforme alla normativa urbanistica e di sicurezza.

Norme di riferimento

L'accREDITAMENTO sanitario è il provvedimento con il quale viene riconosciuto, alle strutture sanitarie già in possesso di un'autorizzazione, lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In base al D.lgs. 502/92 tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, operanti per il SSN debbono essere accreditate in base alle procedure definite dalla regione e secondo i requisiti fissati dal Ministero della Salute e, nello specifico, dal D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" (requisiti minimi).

La Regione Sardegna recepisce il Dpr 14.1.97 con le seguenti Delibere: Requisiti minimi autorizzativi DGR 47_42 e Requisiti minimi autorizzativi DGR 47_43.

Con la delibera Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 sono assegnati gli "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023". Nello specifico tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale della Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari vi è: "Produzione di una relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare" e giungere alla relativa deliberazione.

- D.lgs. 502/92
- Dpr 14.01.97
- D.G.R. n. 47/42 e n. 47/43 del 30.12.2010
- DGR n. 23/22 del 9.5.2017
- DGR n. 34/5 del 12.7.2017
- DGR n. 47/20 del 25.09.2018

Contenuti

La presente relazione viene supportata dal "Progetto di Accredimento 2023/2024" articolato in diversi processi, costituenti altrettanti pacchetti di lavoro, secondo i principi di Project Management.

Il "Progetto" è un insieme organizzato, coerente ed integrato di attività, realizzato simultaneamente e/o successivamente, con l'obiettivo di definire lo svolgimento e le responsabilità di tutte le attività inerenti il conseguimento dell'Accreditamento istituzionale delle Strutture assistenziali della Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, con la formulazione di un cronoprogramma che uniformi la tempistica all'esigenza di completare l'accREDITAMENTO delle attività dei reparti ospedalieri il cui Accredimento è scaduto o non ancora acquisito.



Di seguito le Strutture Assistenziali (Reparti) oggetto del Progetto di Accreditamento 2023/2024.

PO Policlinico Casula

1. SC Chirurgia Generale Polispécialistica (già in corso)
2. SC Chirurgia Plastica (già in corso)
3. SC Chirurgia Colonproctologica
4. SC Ortopedia e Traumatologia (già in corso)
5. SSD Chirurgia Vascolare
6. Blocco Operatorio
7. SSD Diabetologia e Malattie Metaboliche (già in corso)
8. SC Neurologia (scadenza ottobre 2023)
9. SC Radiologia (già in corso)
10. SC Farmacia (già in corso)
11. SC Medicina Nucleare (già in corso)
12. SC Medicina Generale e d'Urgenza (scadenza ottobre 2023)

Sono state già predisposte e inoltrate agli Uffici competenti dell'Assessorato nel corso dell'anno 2023, le domande di Accreditamento Istituzionale delle seguenti Strutture/Reparti di cui si è in attesa di audit da parte degli Uffici competenti regionali:

PO Policlinico Casula

1. Laboratorio Analisi (prot.n. 2752 del 21.02.23)
2. SC Otorinolaringoiatria (prot.n. PG 3693 del 13.03.2023)
3. SC Anestesia e Rianimazione (prot. N. 3695 del 13.03.2023)
4. SC Odontostomatologia (prot.n. 11058 del 08.08.2023)

Oltre alle suddette, sono in attesa di audit da parte degli Uffici competenti regionali le domande di Accreditamento, presentate negli anni precedenti al 2023, delle seguenti Strutture:

PO Policlinico Casula

1. SSD Diagnostica e Chirurgia Endoscopica



2. SC Medicina Interna
3. SC Oncologia Medica
4. SSD Endocrinologia
5. SSD Emostasi e Trombosi
6. SC Cardiologia e Angiologia – Utic
7. SC Pronto Soccorso – OBI
8. SC Ostetricia e Ginecologia
9. SC Terapia Intensiva Neonatale
10. SSD Emergenze Ostetrico Ginecologiche
11. SSD Analgesia Ostetrico Ginecologica
12. Programma Centro integrato di procreazione medicalmente assistita e diagnosi ostetrico-ginecologica

PO San Giovanni di Dio

Un ragionamento a parte è necessario per quanto attiene le procedure di Accreditamento delle Strutture Assistenziali operanti presso il PO San Giovanni di Dio.

Per ciascun reparto è possibile assolvere alla maggior parte della documentazione utile al conseguimento dell'Accreditamento:

1. Scheda "Requisiti Generali autorizzativi strutture sanitarie e sociosanitarie";
2. Scheda "Requisiti Generali ulteriori di accreditamento strutture sanitarie e sociosanitarie";
3. Scheda "Requisiti dei processi assistenziali" Livello assistenza: Ricovero ospedaliero;
4. Scheda "Requisiti dei processi assistenziali" Livello assistenza: Specialistica Ambulatoriale;
5. Documento di Valutazione dei Rischi – Struttura Specifica SC Dermatologia
6. Relazione sull'organizzazione e Attività della Unità Operativa a firma della Direttrice di Struttura
7. Scheda "Allegato 2 - Risorse Umane Dirigenti"
8. Scheda "Allegato 2 - Risorse Umane Comparto"
9. Scheda "Allegato 3 – Attrezzature, apparecchiature ed elettromedicali"
10. Scheda "Allegato 4 – Strutture Ospedaliere"
11. Dichiarazione sostitutiva del Direttore Generale relativa ai titoli professionali
12. Delibera di aggiudicazione appalto Lavanolo
13. Delibera di aggiudicazione appalto Pulizie
14. Delibera di aggiudicazione appalto Rifiuti



15. Delibera di aggiudicazione appalto Manutenzione
16. Delibera di aggiudicazione appalto CUP Ticket
17. Planimetrie aggiornate PO SGD.

È producibile tutta la documentazione utile a richiedere l'accreditamento istituzionale ad eccezione della certificazione antincendio e della certificazione di agibilità; il conseguimento di tali certificazioni richiede condizioni strutturali non coerenti con la data di realizzazione dell'ospedale (prima metà dell'800). L'adeguamento della struttura alle norme attuali richiederebbe un impegno finanziario affrontabile solo in una dimensione sovra aziendale e dopo la precisazione della destinazione finale della struttura (come previsto al punto 6.5 Programmazione degli investimenti per la qualificazione degli ospedali del documento "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" approvato dal Consiglio Regionale in data 25 ottobre 2017). Ulteriore complessità nella gestione di eventuali interventi di adeguamento normativo è aggiunta dal necessario coinvolgimento della Soprintendenza Archeologia, belle arti e paesaggio per la città metropolitana di Cagliari e le province di Oristano e Sud Sardegna in quanto il Presidio è riconosciuto quale edificio storico.

Questa Azienda ravvisa la possibilità di una compilazione di tutta la documentazione che permette di presentarsi al confronto con gli Auditor regionali; le opzioni di inserimento di annotazioni in merito all'assenza e/o al non possesso di specifici requisiti potrebbe non precludere, sotto molteplici aspetti, il rilascio di un accreditamento sotto condizione. Tali condizioni, chiaramente non rientranti nel campo delle possibilità AOU, sarebbero quelle da valutarsi con i componenti del nucleo di valutazione regionale che, in più circostanze, hanno dimostrato comprensione delle problematiche e valutato ipotesi di soluzioni inattese.

Nel dettaglio le caratteristiche essenziali delle Strutture/Reparti oggetto delle previste future procedure di Accreditamento anni 2023/2024.

PO Policlinico Casula

SC Chirurgia Plastica

- Posti letto: 5 (4 Ordinari e 1 Day Surgery (DS))
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 586

SC Chirurgia Colonproctologica

- Posti letto: 14 (13 Ordinari e 1 DS)
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 2.091

SC Ortopedia e Traumatologia

- Posti letto: 24 (23 Ordinari e 1 DS)
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 4.147

SC Chirurgia Vascolare

- Posti letto: 8 (6 Ordinari e 2 DS)
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 1.659



Blocco Operatorio

- Sale Operatorie: n. 6
 - Interventi chirurgici anno 2022: n. 13.648

SSD Diabetologia e Malattie Metaboliche

- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 33.545

SC Neurologia

- Posti letto: 24 (21 Ordinari e 3 Day Hospital (DH))
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 6.810

SC Medicina Generale e d'Urgenza

- Posti letto: 45 Ordinari
- Attività ambulatoriale per esterni anno 2022: n. 2

SC Radiologia

- Prestazioni per esterni anno 2022: n. 14.316

SC Farmacia

- Anno 2022
- ✓ File F - valore farmaci consegnati: € 33.950.254,55; pazienti in trattamento: n. 7.404
- ✓ Valore beni sanitari consegnati/consumati: € 24.763.101,17

SC Medicina Nucleare

- Prestazioni per esterni anno 2022: n. 1.440

Metodologia

L'incipit delle attività di accreditamento avviene a cura della struttura Governo Clinico, Appropriatelyzza e Accreditamento (GCAA), che opera la calendarizzazione delle richieste sia per i nuovi accreditamenti che per i rinnovi. Sono i professionisti della struttura GCAA che si preoccupano del reperimento della documentazione a disposizione in archivio che di quella da ottenere dai diversi responsabili, con particolare riferimento alla relazione clinica con tutti gli allegati di attività e di evidenza dei processi di qualità. In questa fase è spesso necessaria un'interazione da parte della struttura GCAA con la struttura oggetto di richiesta di accreditamento per la corretta rappresentazione dell'attività nonché, frequentemente, per la composizione di elementi di attività, principalmente procedure protocolli, che si riscontrano spesso carenti nei reparti. Altre strutture detentrici di informazioni che vanno inserite sono il servizio tecnico, le professioni sanitarie, il risk management, il RSPP con i quali è a volte necessario ridefinire specifiche attività aventi ad oggetto la struttura in questione.

L'esito della procedura interna è la composizione di una domanda, redatta secondo il format regionale, che, assieme alla predisposizione degli allegati di specifica competenza del Direttore Generale, viene inoltrata alla segreteria della direzione dove viene completata con la firma del Direttore Generale per essere quindi



inviata in Regione. Questa azione viene registrata nel database della Struttura GCAA, generando delle tempistiche sulla base delle quali si opererà la nuova programmazione di accreditamenti per l'anno successivo.

Il lavoro di programmazione è composto dalla contemporanea esecuzione delle fasi di Accreditamento istituzionale per ogni singola Struttura presa in considerazione. Per la procedura di accreditamento di ogni Struttura sono previste diverse attività (pacchetti di lavoro) ognuna delle quali risulta in capo ad un responsabile.

Ai fini di una chiara e definita progettazione del programma sono stato utilizzati gli strumenti di management più attuali.

Si è utilizzato lo strumento della WBS (Work breakdown structure) che identifica in modo sintetico ed efficace le fasi del programma ed i pacchetti di lavoro (ALLEGATO 1) ed è stata presa in considerazione (ALLEGATO 2) la Organization Breakdown Structure (OBS Struttura Analitica dell'Organizzazione) che consente la definizione puntuale delle responsabilità di lavoro e permette di realizzare un sistema coerente di deleghe nella gestione del progetto stesso.

L'OBS è posizionata logicamente e temporalmente dopo la WBS come passo successivo di assegnazione, di ciascuna fase e attività di cui si compone il programma, ad un responsabile che ne garantisca la realizzazione nei modi e nei tempi previsti. Viene stabilito così un organigramma di progetto (scomposizione gerarchica dei compiti e delle responsabilità) che permette di definire i ruoli all'interno dei soggetti coinvolti. Obiettivo della OBS è di ufficializzare le persone impegnate nella gestione del programma, facilitare il lavoro di coordinamento e monitoraggio, responsabilizzare gli 'attori' del progetto, migliorare la comunicazione fra le parti in campo e impostare la matrice di responsabilità di programma.

Nel dettaglio sono state individuate 5 fasi di programma ognuna con un Responsabile di esecuzione:

1. fase 1. Richiesta alla Direzione della Struttura Assistenziale di compilazione/redazione della documentazione di competenza per Accreditamento e come pacchetti di lavoro: Predisposizione richiesta, Fornitura modulistica, Indicazioni sulla compilazione, Consulenza su stesura, Raccolta Documentazione ed Eventuale revisione. La responsabilità di questa fase di lavoro è in capo alla Direzione della SC Governo Clinico e Appropriatezza.
2. fase 2: Richiesta alla Direzione della Struttura Assistenziale di compilazione della documentazione relativa alla Dotazione Organica, l'elenco delle Attrezzature e i Volumi di attività. Sono stati individuati i seguenti pacchetti di lavoro: Predisposizione della richiesta, Compilazione/redazione della documentazione di competenza della Direzione della Struttura Assistenziale, Revisione dei documenti forniti ed Eventuale richiesta integrazione ai Servizi competenti: SC Amministrazione del Personale, SC Professioni Sanitarie, SC Servizio Tecnico, SC Controllo di Gestione. La responsabilità di questa fase di lavoro è in capo alla Direzione della SC Governo Clinico e Appropriatezza.
3. fase 3: Contemporaneamente è avviata con Richiesta della documentazione di competenza redatta a cura di: Direzione Servizio Tecnico, RSP, Risk Manager con le seguenti pacchetti di lavoro: Predisposizione della richiesta, Compilazione/redazione della documentazione di competenza del Servizio Tecnico, Compilazione/redazione documentazione di competenza del RSP, Compilazione/redazione documentazione di competenza del Risk Manager. La responsabilità di questa fase di lavoro è in capo alla Direzione della SC Governo Clinico e Appropriatezza.



4. fase 4: una volta in possesso di tutta la documentazione necessaria, si è previsto di procedere con la composizione della documentazione nel formato della domanda ed invio alla Direzione Generale. La responsabilità di questa fase di lavoro è in capo alla Direzione della SC Governo Clinico e Appropriatelyzza.
5. fase 5: inoltro della Domanda in RAS con assegnazione di Protocollo e invio. La responsabilità di questa fase di lavoro è in capo al Responsabile Segreteria della Direzione Generale.

Elemento indispensabile nella conduzione ed elaborazione del programma è l'individuazione della Matrice delle Attività/Responsabilità che è stata ottenuta dalla sintesi di WBS e OBS (Allegato 3).

La matrice delle Attività/Responsabilità consente di designare ruoli, responsabilità e livelli di autorità all'interno di un team di progetto per ciascun componente della struttura di suddivisione del lavoro (WBS). Il formato a matrice permette di mostrare tutte le attività associate a una persona e tutte le persone associate a una sola attività secondo un ruolo ben definito di Responsabile: colui che svolge ed assegna le attività; Coinvolto: coloro ai quali è chiesto aiuto per l'esecuzione delle attività; Informato: coloro che sono tenuti aggiornati sui progressi e con chi esiste solo una comunicazione a senso unico. Ciò garantisce che vi sia una sola persona responsabile per ogni attività per evitare confusione.

Ogni procedura ha seguito le fasi descritte nella WBS (Work breakdown structure) che identifica in modo sintetico ed efficace le fasi del programma ed i pacchetti di lavoro.

Conclusioni

Nell'ambito delle attività istituzionale dell'Azienda il processo di Accreditamento è seguito puntualmente quale strumento di garanzia per assicurare la sicurezza e standard di qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti accreditati; garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate; regolare i sistemi di ingresso e di uscita dal sistema dell'offerta delle cure; garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria.

Ogni anno è redatto dalla SC Governo Clinico, Appropriatelyzza e Accreditamento un Programma specifico di attività in base alle scadenze/rinnovi necessari. Da anni si segue una metodologia secondo le linee di indirizzo del Project Management quale garanzia di qualità nello svolgimento di tutte le attività inerenti il conseguimento dell'Accreditamento istituzionale delle Strutture assistenziali della Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

Il lavoro svolto puntualmente ha una funzione/responsabilità limitata rispetto all'effettivo conseguimento della determinazione Regionale di Accreditamento istituzionale delle attività. La programmazione del sopralluogo per l'Audit finalizzato alla verifica della effettiva presenza dei requisiti dichiarati nella relativa domanda è infatti totalmente di iniziativa del Servizio Accreditamento dell'Assessorato Regionale della Sanità così come la successiva determinazione di Accreditamento istituzionale. Viceversa, la predisposizione della domanda, nelle sue diverse fasi, assolve non solo all'impegno della richiesta dell'accreditamento istituzionale ma anche all'obiettivo di mantenere attivo, nelle strutture da accreditare, un controllo delle modalità di erogazione dell'assistenza orientato a perseguire la qualità.



Programma di accreditamento delle strutture del PO Casula - AOU di Cagliari

Progetto di accreditamento delle strutture del P.O. Casula

Work breakdown structure (WBS) Fasi progetto e pacchetti di lavoro

Allegato 1





Programma di accreditamento delle strutture del PO Casula - AOU di Cagliari

Progetto di accreditamento delle strutture del P.O. Casula

Organizational breakdown structure (OBS) Allegato 2

Identifica i ruoli responsabili delle fasi del progetto e i pacchetti di lavoro





Programma di accreditamento delle strutture del PO Casula - AOU di Cagliari

Matrice delle Attività/Responsabilità (matrice ottenuta dalla sintesi di WBS e OBS)

ALLEGATO 3

Matrice attività/responsabilità (R Responsabile; C Coinvolto; I Informato)

1.1 Verifica delle condizioni di vigenza o assenza dell'accREDITAMENTO : Inizio Procedura	Direzione GCAA	Dirigente Medico GCAA	Direzione Struttura Assistenziale	Direzione Servizi di Back Office Coinvolti	Direzione Generale	Segreteria Direzione Generale
1.1.a Verifica database e redazione calendario delle richieste di accREDITAMENTO	R	C	I	I	A	I
1.1.b Predisposizione modulistica	I	R	I	I	I	I
1.1.c Indicazioni su compilazione e consulenza su stesura	I	R	I	I	I	I
1.1.d Raccolta documentazione disponibile	I	R	I	I	I	I
1.1.5 Eventuale revisione	C	R	I	I	I	I
1.2 Richiesta ai responsabili della documentazione necessaria						
1.2.a Richiesta al Direttore di struttura (organico, attrezzature, relazione)	R	C	C	I	I	I
1.2.b Richiesta ad altri servizi (Personale, Prof.Sanitarie, Serv. Tecnico, Controllo Gestione)	R	C	I	C	I	I
1.2.c Compilazione documenti	I	C	R	R	I	I
1.2.d Raccolta documenti completati	I	R	C	C	I	I
1.3 Controllo e verifiche						
1.3.a Revisione e controllo della documentazione	R	C	I	I	I	I
1.3.b Eventuale integrazione documentale	I	C	R	R	I	I
1.3.c Recognizione delle principali evidenze strutturali e organizzative delle strutture	I	R	C	I	I	I
1.4 Predisposizione domanda						
I						
1.4.a Composizione della domanda nel formato richiesto	I	R	I	I	I	I
1.4.b Predisposizione dei documenti a firma del Direttore Generale	I	R	I	I	I	C
1.4.c Firma e inoltro della domanda alla Segreteria del Direttore Generale	R	C	I	I	I	C
1.4.d Conservazione dei documenti trattenuti in originale	C	R	I	I	I	I
1.5 Inoltro della domanda di accREDITAMENTO alla Regione Sardegna						
1.5.a Compilazione documentazione di competenza del D.G.	I	I	I	I	C	R
1.5.1 Protocollo e invio	I	C	I	I	I	R
1.5.c Aggiornamento database	C	R	I	I	I	I