

Messaggio con priorità alta.
Gli allegati possono contenere virus dannosi per il computer. Gli allegati potrebbero non essere visualizzati in modo corretto.

Direzione Generale ASL Oristano

Da: Alessandro Campana [alessandro.campana@kia-srl.com] **Inviato:** mar 20/03/2012 23.15
A: Direzione Generale ASL Oristano; Mariano Meloni; meloni.mariano@gmail.it
Cc: Carreras Antonella; 'Virgilio Ritzu'
Oggetto: Invio documentazione tecnica progetto formativo professionale
Allegati: Distrigov Optigov ASL Oristano 20 03.pdf(205KB)

Roma, 20 Marzo 2012

DATA	20552
TECNOLOGIA	TECNOLOGIA
PROG. GEN.	DG - DA - DS
DATA	22 MAR. 2012
ARRIVO	21 MAR. 2012
DATA	
ARRIVO	
DATA	
ARRIVO	
DATA	
ARRIVO	
DATA	
ARRIVO	
DATA	
ARRIVO	
DATA	
ARRIVO	

Alla Cortese attenzione
Dott. Mariano Meloni
Direttore Generale
ASL Oristano
Via Carducci, 35
ORISTANO

Egregio Dottor Meloni,

facendo seguito al nostro recente incontro, invio, in allegato alla presente, copia dell'offerta tecnica per la realizzazione di un programma formativo - professionale relativo all'utilizzo delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV per la rilevazione del livello di adozione degli strumenti di Clinical Governance in alcune selezionate unità operative della ASL di Oristano.

L'intervento descritto nel documento allegato, costituisce la continuazione ed il completamento dell'intervento formativo - professionale realizzato, nel corso del 2011, presso la Azienda da lei diretta ed inerente sempre l'area della Clinical Governance.

Nel porgerle i miei più distinti saluti, le ricordo di non esitare a contattarmi per eventuali approfondimenti in merito al materiale inviato.

Alessandro Campana

CRS - Conoscenza Ricerca Sviluppo srl

Via Giovanni Nicotera, 29 - 00195 - Roma

Tel: +39 06 88812285

Mobile: +39 335 5279328

Mail: alessandro.campana@crs-srl.com

Web site : www.crs-srl.com



**Gli strumenti della Clinical Governance.
Valutazione della situazione aziendale e
programmazione di interventi di miglioramento,
attraverso l'applicazione
delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV**

Offerta tecnica per lo sviluppo di un programma formativo –
professionale nella Asl di Oristano

Marzo 2012
CRS Conoscenza Ricerca Sviluppo

Documento predisposto per la Direzione della ASL di Oristano

1. Elementi di contesto: i principali risultati dell'intervento progettuale realizzato nel 2011

A seguito del primo intervento di formazione professionale realizzato nella ASL di Oristano nel 2011, che ha visto il coinvolgimento di una parte rilevante delle Unità operative dell'Azienda, la Direzione Generale ha espresso la volontà di estendere alle strutture che non sono state coinvolte nell'attività di formazione svolta nell'area della Clinical Governance, attraverso l'adozione delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Il risultato dell'intervento formativo del 2011, si è concretizzato nella definizione di una serie di interventi di miglioramento che si possono riassumere nelle seguenti aree:

- **revisione del funzionamento dell'organizzazione aziendale**, con particolare riferimento per la revisione dell'attuale sistema di attribuzione e definizione delle funzioni/ruoli organizzativi in capo alle direzioni di dipartimento e alle direzioni di distretto e delle attività di coordinamento tra dette funzioni/ruoli e quelle della tecnostruttura (risk management; qualità; analisi epidemiologica, programmazione e controllo; formazione). Inoltre, è stata indicata come rilevante l'attivazione di meccanismi organizzativi di coordinamento tra i servizi omologhi operanti a livello territoriale (es. consultorio, ADI, Neuropsichiatria, Medicina di Base, etc.);
- **attivazione delle funzioni di staff della tecnostruttura della ASL di Oristano e pianificazione delle azioni prioritarie**, con particolare riferimento, nel breve periodo, per le seguenti funzioni:
 - o sistemi informativi,
 - o qualità,
 - o Risk Management,
 - o epidemiologia.

Per ognuno di questi ambiti della tecnostruttura, così come per quelli già attivati, è stata, inoltre, indicata la necessità di predisporre un Piano di azione di breve-medio termine, con esplicitazione delle priorità di intervento, risorse necessarie (economiche e professionali) correlate ad ogni priorità, e relativi tempi di attuazione;

- **attivazione degli strumenti della programmazione e monitoraggio delle attività clinico assistenziali**, in particolare, le attività già svolte attualmente dovranno tendere a privilegiare:
 - o la correlazione degli obiettivi annuali attribuiti alle strutture operative alle previsioni della direzione strategica (con particolare riferimento al Piano di Programmazione triennale) e considerare le variabili che caratterizzano ogni singola struttura, sia dal punto di vista gestionale (es. costi, impiego di risorse affidate), sia dal punto di vista clinico assistenziale (case mix, appropriatezza, efficacia clinica),
 - o l'attribuzione degli obiettivi annuali entro la fine del mese di gennaio in riferimento all'anno in corso,
 - o le definizioni e relativa articolazione temporale di incontri di avanzamento, con referenti sia gestionali che clinici, per la valutazione dei risultati conseguiti.

Infine, dovrà essere attivato un sistema di reporting quanto più possibile articolato e dettagliato, con caratteristiche di tempestività e facilità di diffusione;

- **attivazione di un gruppo di lavoro aziendale per la Clinical Governance**, che svolga operativamente le seguenti funzioni:
 - o condivisione dei piani di sviluppo delle funzioni di staff (vedi intervento precedente),

- definizione delle priorità nell'attivazione dei diversi strumenti/progetti della Clinical Governance nelle strutture operative (es. valutazione di opportunità e sostenibilità),
 - supporto alla definizione dei fabbisogni formativi per la corretta adozione degli strumenti di Clinical Governance,
 - gestione di strumenti di comunicazione della Clinical Governance di rapida attivazione (es. abbonamenti a riviste, seminari, comunicazione interna e ed esterna);
- **analisi dei bisogni a livello territoriale**, in termini di conduzione di uno studio finalizzato alla valutazione epidemiologica e demografica dei bacini di utenza dei singoli distretti, con particolare riferimento a:
 - composizione della popolazione e comparazione dei principali indici (a livello di ASL/regionale/nazionale),
 - analisi della mortalità per causa e mortalità evitabile,
 - valutazione del livello di penetrazione dei servizi rispetto alle esigenze per: assistenza agli anziani, materno infantile, neuropsichiatria infantile, malattie cronico - degenerative, disabilità, ADI, residenzialità, PUA,
 - valutazione appropriatezza organizzativa su ADI e RSA,
 - valutazione dell'attività dei medici convenzionati,
 - valutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG su Ricoveri, prestazioni ambulatoriali e farmaceutica;
- **revisione degli strumenti di lavoro per la gestione delle attività assistenziali**, attraverso la richiesta ai servizi assistenziali territoriali (assistenza agli anziani, materno infantile, neuropsichiatria infantile, malattie cronico - degenerative, ADI, residenzialità, PUA, cure primarie), con il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, della direzione di distretto e della funzione qualità, di costituire, nel breve termine, dei gruppi di lavoro inter distrettuali finalizzati a:
 - rendere omogenei i servizi assistenziali erogati nei singoli distretti,
 - definire e codificare modalità di lavoro omogenee sia da un punto di vista organizzativo (razionalizzazione ed efficientamento), sia da un punto di vista clinico assistenziale (metodi EBP fino all'eventuale adozione di percorsi/protocolli condivisi),
 - definire metodi e tecniche di controllo della qualità dell'assistenza e del servizio al cittadino/paziente,
 - effettuare un monitoraggio periodico delle attività svolte con frequenza almeno trimestrale, al fine di individuare nel continuo i miglioramenti da apportare alla gestione dei servizi;
- **audit sui percorsi assistenziali codificati e consolidati**; tale attività deve prevedere:
 - la definizione di indicatori di processo e di esito relativi ai singoli percorsi,
 - l'acquisizione, con metodi Evidence Based, dei valori di riferimento o degli standard interni/esterni
 - la realizzazione dell'istruttoria dell'audit (raccolta evidenze, calcolo indicatori, costruzione percorsi di discussione) sulla casistica registrata nei distretti,
 - la discussione tra pari (responsabili dei servizi, personale assistenziale, direttori di distretto, rappresentanti dei MMG, medici ospedalieri di riferimento) volta a commentare gli scostamenti rispetto agli standard e le azioni finalizzate a migliorare il servizio reso;
- **percorsi ospedale territorio per la continuità assistenziale**, in tale ambito è stata individuata una funzione specifica in capo alla direzione sanitaria, alle funzioni di staff, ai responsabili di distretto, ai responsabili dei servizi assistenziali territoriali ed ai medici specialisti ospedalieri, che dovranno, congiuntamente, definire e monitorare i percorsi assistenziali che più caratterizzano la continuità assistenziale ospedale territorio. Ciò con particolare riferimento ad un campione delle principali patologie cronico - degenerative (in termini di

volumi e attività) trattate dalla Asl e che prevedono tipologie di intervento quali la gestione di dimissioni protette, verso l'assistenza domiciliare o la riabilitazione;

- **migliorare la pratica dell' Evidence Based Nursing**, attraverso i seguenti interventi :
 - o organizzazione di sessioni di formazione di base sulla EBN (strumenti e metodi), al fine di integrare e valorizzare le competenze presenti in Azienda,
 - o organizzazione di sessioni di formazione a livello di Dipartimento/UUOO sulle pratiche maggiormente significative/critiche ovvero sulla formazione in ingresso del personale infermieristico;
- **progettazione ed implementazione di PDTA e del relativo sistema di Clinical Audit**, in particolare, i dipartimenti, con la collaborazione delle UUOO assistenziali, dovranno avviare la formalizzazione di PDTA impiegando metodi e strumenti definiti nell'ambito del sistema di Qualità aziendale, facendo anche riferimento alle esperienze ad oggi già svolte nell'ambito dell'azienda. Più specificamente, i percorsi dovranno essere condivisi con gli altri servizi ospedalieri (es. diagnostica, PS, anestesia) e con gli eventuali servizi assistenziali territoriali coinvolti. Inoltre, dovranno essere definiti indicatori di processo e di esito corredati dai relativi standard di riferimento;
- **cartella clinica e controllo di qualità della compilazione**; in tale contesto, si ritiene che la direzione sanitaria, in collaborazione con i referenti di dipartimento, debba avviare un progetto per la definizione di uno schema unico aziendale di cartella clinica (con le necessarie opzioni di personalizzazione) a partire dal lavoro già svolto in alcune UUOO (es. testata, diario clinico, foglio unico di terapia, diario infermieristico, consenso). Sarà, inoltre, opportuno definire, parallelamente, una procedura per la verifica della qualità della cartella clinica e le modalità di monitoraggio da seguire (es. attraverso checklist applicate su campioni, a cura delle direzioni sanitarie di presidio);
- **rapporti con il paziente**, con interventi mirati ad uniformare l'approccio all'informazione ed alla gestione del paziente e loro familiari, attraverso la produzione di opuscoli informativi da fornire ai pazienti prossimi alla degenza con riferimento sia alle diverse patologie che ai diversi trattamenti (in tale ambito, sono presenti in azienda diverse esperienze che possono essere estese a livello di tutte le strutture). Sarà, inoltre, utile avviare un sistema per la gestione tempestiva delle richieste, esigenze o reclami dei pazienti e dei loro familiari, nonché stabilizzare l'attività di rilevazione della customer satisfaction e, soprattutto, dell'analisi dei risultati;
- **rafforzamento della programmazione dell'attività formativa**, attraverso la razionalizzazione delle modalità di programmazione della formazione e l'adozione di strumenti finalizzati:
 - o alla rilevazione dei fabbisogni,
 - o alla pianificazione dei percorsi formativi triennali,
 - o a monitorare l'efficacia degli interventi.

Infine, la pianificazione delle attività formative dovrà porre maggiore attenzione ai piani di carriera personali ed ai relativi fabbisogni dei singoli operatori, in coerenza con gli obiettivi aziendali.

In riferimento agli interventi ora richiamati, la Direzione Aziendale ha deciso di avviare, in via prioritaria, un numero selezionato di progetti di miglioramento che saranno sviluppati e portati a termine nel corso del 2012, peraltro con parziale inserimento degli stessi negli obiettivi di budget dell'attuale esercizio.

2. L'intervento del 2012 : l'estensione a tutte le unità operative della ASL di Oristano

La situazione attuale, descritta nel paragrafo precedente, ha spinto la Direzione della ASL di Oristano ad estendere l'intervento formativo, realizzato nel corso del 2011, a tutte le unità operative che non hanno partecipato all'adozione dello strumento di rilevazione sulla Clinical Governance.

Si tratta, in particolare, delle seguenti strutture :

- Oncologia del Presidio ospedaliero di Oristano,
- Oncoematologia del Presidio ospedaliero di Oristano,
- le tre Unità operative di Radiologia dei tre presidi ospedalieri,
- i tre servizi di laboratorio attive nei tre presidi ospedalieri,
- il Dipartimento di Emergenza/Urgenza e le sue articolazioni territoriali,
- Rianimazione del Presidio ospedaliero di Oristano,
- Nefrologia/Dialisi del Presidio Ospedaliero di Oristano,
- Trasfusionale, attivo nel Presidio Ospedaliero di Oristano,
- Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero di Oristano,
- il Dipartimento di Prevenzione,
- l'Unità di Igiene Pubblica,
- lo SPRESA,
- Medicina Legale,
- il Servizio Farmaceutico.

L'estensione dell'attività formativa avverrà, come per il precedente intervento, con il supporto dello strumento DISTRIGOV (per le unità operative territoriali) e dello strumento OPTOGOV (per le unità operative di tipo ospedaliero), entrambe metodologie di proprietà di CRS Conoscenza Ricerca Sviluppo.

3. Metodologie e strumenti utilizzati per la valutazione del livello di utilizzo degli strumenti di Clinical Governance

Le metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV saranno applicate in base all'approccio seguente:

- analizzare le aree della Clinical Governance sulla base di un approccio strutturato e sistematico (basato su un questionario con domande a risposte "chiuse") e su un sistema di ponderazione necessario per meglio valutare il livello di adozione degli strumenti di Clinical Governance,
- valutare gli elementi prima richiamati con un punteggio globale (valore massimo=100), formato dai risultati parziali opportunamente considerati e ponderati,
- fornire ai responsabili delle unità operative, oggetto di questo secondo intervento formativo, suggerimenti ed indicazioni finalizzate ad avviare azioni concrete di miglioramento degli aspetti risultati più critici,
- aggiornare la base dati sviluppata durante il precedente intervento, con le risultanze delle analisi e delle attività formative che saranno condotte nelle strutture indicate nel precedente paragrafo 2. Ciò allo scopo di effettuare eventuali elaborazioni ed approfondimenti comparati, nonché rafforzare i piani di miglioramento già individuati e/o in via di attuazione nel corso del 2012.

L'intervento sarà articolato secondo le seguenti modalità:

1. costituzione di un gruppo misto di lavoro composto da esperti medici ed analisti gestionali, già formati, nel corso delle attività svolte nell'anno 2011, all'utilizzo delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV;
2. acquisizione, da parte del gruppo misto di lavoro, per il tramite di interviste ai referenti individuati nel paragrafo 2, di un set di informazioni predefinite, impiegando le schede di rilevazione che compongono il questionario, effettuando, nel contempo, riscontri documentali oggettivi;
3. rielaborazione delle informazioni e produzione di sintesi delle valutazioni;
4. produzione dei seguenti strumenti di analisi:
 - a) punteggi (score card) di valutazione del livello di adozione degli strumenti di Clinical Governance,
 - b) piano degli interventi di miglioramento per singola unità operativa oggetto di analisi e valutazione della coerenza di tali interventi con quelli già individuati nel corso del progetto di formazione del 2011.

I prospetti, elaborati in questo intervento di formazione, saranno strutturati per rappresentare i punteggi ottenuti a livello della Asl di Oristano, e permetteranno di ottenere le seguenti indicazioni:

- ❖ punteggi ottenuti a livello di Azienda: la prima parte del documento finale inerente il progetto formativo riporterà le medie dei punteggi ottenuti a livello di tutta la ASL di Oristano, integrando i risultati ottenuti in questo progetto formativo con quelli già elaborati nel corso dell'intervento realizzato nel corso del 2011. I punteggi così riportati offriranno una panoramica esaustiva del livello di introduzione degli strumenti della governance clinica nella ASL nel suo complesso, e saranno accompagnati da commenti qualitativi scaturiti dalle interviste, nonché dalla lettura critica della documentazione raccolta.
- ❖ Punteggi ottenuti a livello di singolo Distretto, per area della governance clinica; in linea con quanto descritto nel precedente intervento, in questa sezione dei prospetti finali saranno aggiornati i punteggi ottenuti dai Distretti per singola area, accompagnati da commenti di tipo qualitativo. A chiusura dell'analisi, per singolo Distretto, i risultati saranno integrati in un "cruscotto" che riporta i principali punti di forza riscontrati, i punti di criticità e le proposte di miglioramento a questi correlati.

- ❖ Riepilogo finale e Piani di miglioramento; il documento finale di progetto riporterà una sintesi dei punti di forza e di criticità riscontrati nelle unità operative oggetto dell'intervento, introducendo, poi, la sezione specificatamente dedicata ai "Piani di miglioramento".

Questi saranno strutturati in riferimento a quanto rilevato nel corso dell'intervento formativo descritto in questa proposta e di quello già realizzato nel corso del 2011, allo scopo di evitare duplicazioni e di individuare, con maggiore chiarezza ed enfasi, le priorità di intervento e rafforzando, laddove già in essere, le linee di azioni attivate.

4. Obiettivi e modalità di utilizzo dei risultati derivanti dall'adozione delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV

Gli obiettivi dell'intervento formativo - professionale sono i seguenti:

- ❖ rilevare l'attuale situazione in termini di adozione di strumenti di Clinical Governance nelle singole unità operative della Asl di Oristano, indicate nel precedente paragrafo 2, attraverso l'applicazione delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV, a completamento delle attività formative poste in essere dall'Azienda nel corso del 2011;
- ❖ realizzare un programma di formazione residenziale e sul campo con tutti i soggetti aziendali coinvolti dalla attività formativa, volto ad approfondire le tematiche inerenti le aree della Clinical Governance e i relativi strumenti;
- ❖ utilizzare le metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV come strumenti per elaborare, in condivisione con i professionisti coinvolti nel progetto formativo, i piani di intervento volti all'adozione degli strumenti di Clinical Governance, secondo priorità da stabilire in base alla singola funzione ed U.O. esaminata ed agli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, anche in riferimento a quanto già indicato nel corso del precedente intervento formativo realizzato sulla stessa materia della Clinical Governance nel corso del 2012.

Attraverso l'adozione delle suddette metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV ed il conseguimento dei risultati sopra richiamati, l'Azienda potrà, inoltre, utilizzare:

- ❖ i "punteggi" rilevati come base per il completamento della banca dati a sua disposizione per effettuare analisi comparate, sia a livello interno, sia con le altre realtà sanitarie regionali e/o di altre regioni nelle quali CRS ha già effettuato o sta effettuando interventi volti all'adozione della metodologia;
- ❖ i "punteggi" rilevati come strumento utile per condurre comparazioni con le migliori pratiche attuate in altri contesti aziendali/regionali;
- ❖ i "punteggi" rilevati come uno degli strumenti a supporto della Direzione Strategica per la prosecuzione dell'implementazione dei Piani di Miglioramento in tema di Clinical Governance;
- ❖ il piano degli interventi di miglioramento come strumento di indirizzo e di completamento delle attività di programmazione operativa e di sviluppo e fissazione del budget aziendale.

5. Contenuti e destinatari del progetto formativo - professionale

Contenuti formativi

Gli argomenti trattati nell'ambito dell'intervento formativo - professionale comprendono approfondimenti su aspetti clinici e gestionali delle prestazioni sanitarie, ovvero sugli strumenti e sulle tecniche finalizzate all'introduzione della Clinical Governance. In particolare saranno trattati (e contestualizzati ai singoli centri di responsabilità aziendali, compresa la relativa valutazione del livello di adozione) i seguenti argomenti, relativi alle aree della Clinical Governance individuate nell'ambito delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Di seguito si riporta l'elenco delle aree in cui si articola la rilevazione, la definizione di ogni area e gli elementi oggetto di valutazione.

Aree della Clinical Governance

Analisi dei Bisogni	L'efficacia dell'azienda, in correlazione con le singole unità operative individuate, nell'attivare modalità di analisi e misurazione dei bisogni di salute del territorio di riferimento, attraverso il coinvolgimento strutturato di tutti i portatori di interesse, finalizzati alla programmazione e all'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari.
Evidence based practice/medicine	L'assistenza sanitaria basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del professionista sanitario con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente.
Accountability	I sistemi di individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici (medici, infermieri ed operatori sanitari).
Audit Assistenziale	La revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza.
Misurazione delle Performance	La capacità dell'azienda e delle strutture operative di monitorare sistematicamente i risultati della pratica assistenziale in termini di efficacia (es. tasso di sopravvivenza dei pazienti in determinate condizioni), appropriatezza (giusta collocazione dell'assistenza nel tempo e nello spazio), efficienza (impiego delle risorse), qualità (es. soddisfazione del paziente) e tempi (es. tempi di chiusura delle cartelle cliniche).
Valutazione e Miglioramento delle attività assistenziali	L'utilizzo sistematico dei sistemi di misurazione delle performance per valutare e programmare il miglioramento delle pratiche assistenziali sia da parte dell'organizzazione che del singolo professionista.

Sistemi di qualità	La gestione formalizzata della qualità, il grado di diffusione ed utilizzazione dei manuali di qualità, l'adozione di procedure per il miglioramento continuo della qualità.
Risk Management - Livello di singola unità operativa analizzata	Le tecniche e i metodi per la gestione del rischio, l'analisi della sinistrosità pregressa, l'individuazione dei rischi, le modalità di responsabilizzazione dei professionisti sanitari.
Coinvolgimento e Customer Satisfaction delle Persone Assistite	I percorsi e le modalità di confronto e dialogo, costanti e strutturati, per la partecipazione effettiva della persona e/o del suo "caregiver" alle decisioni cliniche assunte nell'ambito delle strutture operative assistenziali.
Continuità assistenziale – Livello Azienda	Il sistema integrato di accompagnamento del malato nelle sue diverse fasi del bisogno. È un progetto organico di "care", cioè presa in cura e presa in carico della persona che deve essere personalizzato nonché affrontato in maniera multidisciplinare e integrata tra professionisti socio-sanitari dell'ospedale e del territorio.
Continuità assistenziale – Livello distrettuale	L'attivazione di strumenti integrati finalizzati all'accompagnamento dell'assistito nelle sue diverse fasi del bisogno, alla realizzazione di un progetto organico di "care", cioè presa in cura e presa in carico della persona lungo tutto il percorso assistenziale messo in atto dai diversi soggetti coinvolti (mmg/pls, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, professionisti dell'assistenza socio-sanitaria, familiari).
Integrazione socio-sanitaria	Il processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersettorialità degli interventi.

Destinatari dell'intervento formativo - professionale.

I destinatari dell'intervento formativo - professionale sono individuati nelle seguenti professionalità della Asl di Oristano:

- responsabili delle Unità Operative indicate nel precedente paragrafo 2,
- coordinatori infermieristici di ciascuna delle Unità Operative di cui al precedente paragrafo 2,
- coordinatori tecnico-professionali di altre professioni sanitarie (fisioterapisti, tecnici di laboratorio, ortottisti, tecnici di radiologia medica ecc.) operanti nelle Unità operative di cui al precedente paragrafo 2.

Ciascun centro di responsabilità potrà optare per la partecipazione di uno o due professionisti in aggiunta al responsabile di struttura operativa.

6. Fasi e articolazione dell'intervento formativo - professionale

L'intervento formativo - professionale è articolato in tre fasi, ognuna con obiettivi specifici e destinatari differenziati.

Fase 1 – Giornate di formazione-professionale sul campo per l'acquisizione dei dati e delle informazioni ed analisi dei riscontri documentali finalizzate alla comprensione ed utilizzo degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato.

La formazione erogata prevederà momenti di discussione ed approfondimento sull'utilizzo degli strumenti della Clinical Governance nella Asl di Oristano, e saranno, contestualmente, applicate le metodologie di assessment DISTRIGOV ed OPTIGOV, quale strumento di rilevazione strutturata delle informazioni e come supporto dello sviluppo delle attività didattiche successive.

Fase 2 – Elaborazione delle informazioni rilevate

La Fase 2 è propedeutica e di preparazione allo svolgimento delle attività previste nella Fase 3 (Feed-back), ed è finalizzata all'elaborazione dei dati acquisiti durante la formazione sul campo attraverso l'utilizzo delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Inoltre, in un documento separato, sarà predisposta una prima bozza dei Piani di Miglioramento per Unità operativa oggetto del presente progetto formativo, contenente i suggerimenti di intervento per singola area della Clinical Governance. La Fase 2, quindi, prevede un'attività formativo-professionale finalizzata all'elaborazione dei dati acquisiti ed alla valutazione dei livelli di implementazione degli strumenti di Clinical Governance attraverso l'adozione delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Fase 3 – Giornate formative di feed-back sulle attività realizzate

L'avvio della Fase 3 sarà preceduta da due incontri ristretti con la Direzione Strategica, al fine di:

- restituire i risultati e condividere gli esiti del programma formativo-professionale;
- condividere le proposte relative ai Piani di miglioramento inerenti l'adozione degli strumenti di Clinical Governance, in allineamento con quanto già deciso a seguito del precedente intervento formativo realizzato nel corso del 2011 e dei relativi piani di miglioramento da attivare o già attivati nel corso del presente esercizio.

Saranno, quindi, organizzati specifici moduli formativi con le risorse professionali coinvolte nel progetto al fine di:

- 1) presentare il risultato dell'assessment realizzato attraverso l'adozione delle metodologie di Clinical Governance di proprietà di CRS,
- 2) presentare ed approfondire l'elaborazione di Piani di Miglioramento per singola unità operativa oggetto del presente intervento.

Al termine del progetto potrà essere organizzata una sessione allargata (anche al personale che ha partecipato al primo progetto formativo – professionale) di valutazione dei risultati, unitamente ad una prima analisi e monitoraggio dei progetti di miglioramento già avviati e rivenienti dalle attività realizzate nel corso del 2011.

7. Gruppo di lavoro CRS Conoscenza Ricerca Sviluppo

Il progetto formativo - professionale vedrà impegnati, in qualità di docenti, alcuni esperti della società CRS, con le seguenti caratteristiche e competenze :

- medici di direzione sanitaria, esperti in temi correlati alla Clinical Governance,
- aziendalisti sanitari, esperti nei temi della Clinical Governance, dell'organizzazione e del controllo a livello di ASL.

Tali esperti saranno coordinati dal Prof. Alessandro Campana, socio amministratore di CRS, e dal Dott. Virgilio Ritzu, Associato di CRS, nonché coautore delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Il coordinamento scientifico del progetto formativo - professionale sarà assunto dal Prof. Walter Ricciardi, Direttore Scientifico di CRS nonché Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, coadiuvato dal Dott. Antonio De Belvis, medico con competenze specifiche nel settore della Clinical Governance e che interverrà nelle attività di formazione sul campo.

8. Durata e costi del progetto formativo - professionale

L'intervento formativo - professionale si svilupperà in cinque settimane di lavoro dall'avvio delle attività progettuali e formative.

Le attività di formazione articolate secondo quanto descritto nella presente proposta saranno realizzate dagli esperti di CRS e prevedono dei corrispettivi pari ad euro 14.500 (euro quattordicimilacinquecento) al netto dell'IVA di legge, qualora applicabile, e comprensivi dei costi di trasferta.

I corrispettivi sopra indicati saranno fatturati in base alle seguenti modalità:

- Euro 7.000 (euro settemila) più IVA, qualora applicabile, alla firma del contratto,
- Euro 7.500 (euro settemilacinquecento) più IVA, qualora applicabile, al termine del contratto ed alla consegna dell'elaborato finale relativo alle attività formative realizzate.