

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 agosto 2007, n. 636.

Attuazione Piano di Rientro ex deliberazione Giunta regionale n. 149/07 (intervento 1.1.4). “Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio” e “Requisiti ulteriori, parte generale per l’accreditamento istituzionale nella Regione Lazio”.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell’Assessore alla Sanità,

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 *“Nuovo Statuto della Regione Lazio”*;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”* e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, concernente: *“Approvazione dell’atto d’indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”* ed in particolare l’art.1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n.296 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"* e, in particolare l'art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l'accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell'Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell'art.1, comma 180, della L. n.311/04;

PRECISATO in proposito che, così come previsto dallo stesso art.1, comma 796, lett. b), il predetto accordo deve essere comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n.28 *"Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)"* e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

VISTE le proprie deliberazioni:

- n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: *"Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004"*;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *"Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*;

RILEVATO che gli obiettivi discendenti dal succitato Piano di Rientro e dalle disposizioni statali vincolano la Regione Lazio all'adozione di idonee misure tali da consentire il raggiungimento del rapporto di 4,5 posti letto per mille abitanti (3,5 p.l. per acuti e 1 p.l. per riabilitazione o lungodegenza) e un tasso di ospedalizzazione pari a n.180 ricoveri annui per mille abitanti;

TENUTO CONTO che gli obiettivi di cui trattasi trovano la propria naturale collocazione all'interno di un percorso, già da tempo intrapreso dalla la Regione Lazio, volto alla progressiva riconversione dei posti letto per acuti e lungodegenza post acuzie in eccesso, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti concernenti l'introduzione ed il potenziamento di diversificate tipologie assistenziali, anche di tipo innovativo, in alternativa al ricovero ospedaliero;

RICHIAMATI, a tal riguardo, i seguenti provvedimenti:

- DGR n.2499 del 6 giugno 1997 *“Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle Residenze Sanitarie Assistenziali, Leggi regionali 4193, 55/93 e regolamento regionale 06.09.1994, n.1”*, così come aggiornata ed integrata dai successivi provvedimenti n.1988 del 21 dicembre 2001 e n.432 del 25 marzo 2005, con la quale è stato, tra l'altro, definito il fabbisogno regionale di massima di posti residenza in RSA, da soddisfarsi per una quota pari al 2,5% della popolazione residenti nel Lazio attraverso la “riconversione di letti ospedalieri pubblici, delle case di cura per lungodegenti ed altre strutture di ricovero, nonché la riconversione parziale delle case di riposo gestite dai Comuni e dalle IPAB;
- DGR n.37 del 9 gennaio 2001 *“Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali “Hospice” ai sensi dell’articolo 1 legge 39 del 26/02/1999”*, con la quale è stato definito il fabbisogno di posti presso i centri di cure palliative, alla cui realizzazione si sta provvedendo attraverso la riconversione di posti letto ospedalieri eccedenti sia pubblici che privati accreditati e l'adeguamento e la riconversione di strutture di proprietà di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si rendono disponibili in conseguenza di interventi di ristrutturazione ospedaliera;
- DGR n.1375 del 18 ottobre 2002, con la quale è stato adottato il piano generale di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche in attuazione della L.R. n.2/02, attraverso la trasformazione di una quota parte dei posti letto complessivi delle stesse in strutture alternative al ricovero ospedaliero, con particolare riferimento all'area socio assistenziale con residenzialità protetta;
- DGR n.575 del 5 settembre 2006 *“Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio – programma di riduzione/riconversione dei posti letto e rimodulazione diaria giornaliera R.S.A.”*, con la quale è stato, tra l'altro, adottato uno specifico cronoprogramma, peraltro già in corso d'opera, da attuarsi attraverso l'intervento sui volumi di attività delle singole aziende sanitarie e di tutti i soggetti provvisoriamente accreditati;
- DGR n.96 del 20 febbraio 2007 *“Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Interventi in materia di medicina fisica e riabilitazione. Parziale revoca deliberazioni di Giunta Regionale n.1431/02 e n.562/06”*;
- DGR n.98 del 20 febbraio 2007 *“Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - rimodulazione diaria giornaliera R.S.A.”*;

- DGR n.101 del 20 febbraio 2007 *“Accordo ex art.1, comma 180, L. 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” - Attuazione Piano di rientro - Interventi in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale nonché razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria”*;

VISTA, altresì, la legge regionale 3 marzo 2003, n.4, *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*, così come modificata dalle successive LL.RR. n.2/04 e n.27/06;

VISTE, in proposito, le proprie deliberazioni:

- n.424 del 14 luglio 2006: *“Legge regionale 3 marzo 2003 n.4 ”Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie”*;
- n.867 del 18 dicembre 2006, con la quale è stato adottato il regolamento regionale n.2 del 27 gennaio 2007 recante disposizioni in materia di verifica di compatibilità e di rilascio dell’autorizzazione all’esercizio ex art.5, comma 1, lett. b), L.R. n.4/03;
- n.160 del 13 marzo 2007: *“Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l’adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all’art.5, comma 1, lett. a), L.R. n.4/03 e successive modificazioni ed integrazioni”*;

VISTA la circolare assessorile n.37627/4V/03 del 2 aprile 2007, con la quale sono stati forniti alle Associazioni di categoria interessate e a tutti i soggetti, pubblici e privati, coinvolti nelle procedure autorizzative di cui alla L.R. n.4/03 specifici chiarimenti in ordine all’applicazione dei sopra elencati provvedimenti;

TENUTO CONTO che:

- nel quadro generale di riferimento rappresentato dai succitati interventi, trovano la propria naturale collocazione anche gli adempimenti connessi all’attuazione della L.R. n.4/03;
- l’attivazione, in particolare, della fase di verifica e conferma del titolo autorizzativo ai sensi dell’art.20, comma 1, della citata L.R. n.4/03, intrapresa a far data dalla pubblicazione della menzionata DGR n.160/07 avvenuta lo scorso 30 aprile 2007, porterà ad un naturale riassetto dell’intera offerta sanitaria regionale in funzione dei nuovi requisiti e delle esigenze di fabbisogno palesate in sede di programmazione, con evidenti ripercussioni anche per quel che concerne l’individuato obiettivo di riduzione dell’offerta di posti letto per acuti;
- in particolare, grazie all’adozione dei nuovi standard strutturali, è stimata una riduzione pari al 20% dell’attuale dotazione di posti letto per acuti e di riabilitazione;

RILEVATO che, ai sensi degli artt.13 e 18 della L.R. n.4/03, la Regione Lazio è tenuta, in parallelo con l'avvio delle sopra descritte procedure autorizzative, anche all'introduzione sul territorio del regime dell'accREDITAMENTO istituzionale, per il tramite dell'approvazione dei seguenti provvedimenti:

- deliberazione di Giunta Regionale concernente i requisiti ulteriori di qualificazione nonché gli indicatori ed i livelli di accettabilità dei relativi valori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in relazione alle prestazioni accreditate;
- regolamento regionale riguardante la definizione delle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accREDITAMENTO;
- deliberazione di Giunta Regionale concernente la definizione della disciplina degli accordi contrattuali;

VISTA, al riguardo, la legge finanziaria nazionale n.296 del 27 dicembre 2006, con particolare riferimento alle lettere s), t) e u) dell'art.1, comma 796;

VISTA, altresì, la legge finanziaria regionale n.27 del 28 dicembre 2006, con particolare riferimento all'art.28, comma 1;

TENUTO CONTO che, a fronte degli elementi peculiari sopra riportati:

- l'emanazione della succitata DGR n.424/06 in materia di requisiti minimi autorizzativi ha rappresentato, sulla base del combinato disposto del DPR 14 gennaio 1997 e della specifica disciplina successivamente intervenuta a livello nazionale, l'occasione per una puntuale ed analitica declaratoria di tutte le tipologie assistenziali attualmente operanti sul territorio regionale, a partire da quelle ospedaliere fino a giungere a quelle territoriali;
- le nuove procedure autorizzative hanno speciale attenzione non solamente alle tipologie assistenziali per le quali sia già intervenuta specifica disciplina, ma anche a quelle attualmente in fase sperimentale ovvero di primo avvio sul territorio regionale;
- il predetto provvedimento n.424/06 non rappresenta, dunque, un mero e statico provvedimento onnicomprensivo di recepimento di disposizioni emanate a livello nazionale, ma il primo passo del percorso intrapreso dalla Regione Lazio tutto teso al raggiungimento di una stretta e quanto mai proficua compenetrazione tra i contenuti fissati a livello generale dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla successiva normativa di riferimento e la particolare complessità del sistema regionale, sia dal punto di vista della numerosità dei soggetti operanti sul territorio, che della particolare natura e vocazione di molti di loro;

CONSIDERATA, quindi, l'esigenza di proseguire nel percorso intrapreso, attraverso la fissazione di un modello di accREDITAMENTO istituzionale in grado di rispondere efficacemente alle esigenze dell'offerta sanitaria e socio sanitaria regionale, attraverso modalità operative specificatamente individuate ed armonizzate con lo scenario di riferimento e le relative peculiarità;

PRECISATO, in proposito, che:

- la Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha elaborato uno specifico documento denominato: *“Principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio”*, nel quale vengono illustrate ed esplicitate le fasi del processo, i soggetti coinvolti nel procedimento ed i rispettivi oneri ed ambiti di spettanza nonché gli strumenti di valutazione;
- il predetto documento rappresenta il modello procedurale per il rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio e viene a porsi in armonia con le esigenze e le peculiarità sopra rappresentate del relativo scenario di riferimento;
- il documento stesso viene parimenti a rappresentare la preventiva e necessaria fissazione del modello di riferimento, in vista della successiva individuazione dei requisiti specifici per il rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale;

PRECISATO, altresì, che:

- la stessa Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, in parallelo con il suddetto documento, ha predisposto un secondo elaborato denominato: *“Requisiti ulteriori – parte generale per l’accreditamento istituzionale nella Regione Lazio”*, nel quale sono stati indicati i fattori di qualità cui devono rispondere i soggetti che desiderano conseguire l’accreditamento istituzionale;
- il predetto documento definisce otto Aree di Valutazione e, per ogni Area, specifici Ambiti di Qualificazione articolati in elementi di Qualità Attesa e Fattori di Qualità (requisiti) che la soddisfano;
- i citati Fattori di Qualità si rivolgono a tutti i soggetti che intendono conseguire il titolo attivante il rapporto di accreditamento istituzionale;
- gli stessi Fattori di Qualità potranno essere, successivamente, integrati ed aggiornati da aggiuntivi requisiti specifici espressamente finalizzati a ciascuna tipologia assistenziale da accreditare;

TENUTO CONTO che:

- l’Assessorato alla Sanità si trova, al momento impegnato nelle procedure concernenti il rilascio dell’autorizzazione all’esercizio per i soggetti, pubblici e privati, di cui all’art.20, comma 1, della L.R. n.4/03;
- il rilascio del predetto titolo autorizzativo, al termine delle succitate procedure, rappresenta il necessario titolo per la successiva emanazione del provvedimento di accreditamento istituzionale;

CONSIDERATA, dunque, l’opportunità di procedere, al termine delle verifiche attualmente in atto ed in funzione degli esiti delle stesse e, comunque, entro la fine dell’anno 2007 agli eventuali aggiustamenti operativi del caso, fermo restando

comunque l'impianto di cui al citato documento denominato: *"Il modello di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"*;

RILEVATO, altresì, che:

- la fase attuativa generale della L.R. n.4/03 e del nuovo regime di accreditamento trova compiuta regolamentazione, dal punto di vista cronologico, in funzione del raggiungimento dell'obiettivo specifico 1.1 *"Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta"* del Piano di rientro;
- il citato obiettivo, almeno per quel che concerne gli aspetti direttamente riconducibili alla L.R. n.4/03, intende giungere, attraverso l'emanazione di una serie di provvedimenti, alcuni dei quali già ultimati, alla ridefinizione complessiva del quadro dell'offerta di prestazioni sanitarie, attraverso la riqualificazione dell'offerta di prestazioni e servizi previsti dai LEA, nell'ambito della cooperazione fra soggetti accreditati, valorizzando le migliori performance, al fine di una migliore tutela della salute, in un quadro di definizione di obiettivi programmatici e di compatibilità economiche;
- il presente provvedimento intende dare attuazione all'intervento 1.1.4, concernente la *"definizione degli ulteriori requisiti di qualità per l'accredimento istituzionale ex art.13, comma 1, L.R. n.4/03"*, direttamente propedeutico al raggiungimento del predetto obiettivo specifico;

RITENUTO pertanto, in attuazione dell'intervento 1.1.4 di cui al Piano di Rientro formalizzato con DGR n.149/07, di approvare:

- l'allegato documento, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, prodotto dalla Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, concernente: *"Principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"*;
- l'allegato documento, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, prodotto dalla stessa Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, concernente: *"Requisiti ulteriori – parte generale per l'accredimento istituzionale nella Regione Lazio"*;

RITENUTO altresì di completare l'iter relativo all'adozione dei provvedimenti concernenti l'attivazione del regime di accreditamento istituzionale entro il prossimo 31 luglio 2007, previa specifica approvazione dei relativi schemi di deliberazione concernenti il regolamento di cui all'art.13, comma 3, della L.R. n.4/03 e i requisiti specifici per l'accredimento delle singole tipologie strutturali entro il 15 luglio 2007;

RITENUTO di adottare il presente atto non avendo, la competente Commissione Consiliare, reso il suo preventivo parere entro il termine di cui all'art. 88 c. 2 del Regolamento Consiliare;

RINVIATE le procedure di concertazione con le Parti Sociali in sede di esame del presente provvedimento presso la Commissione di cui sopra;

all'unanimità,

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

- di approvare, in attuazione dell'intervento 1.1.4 di cui al Piano di Rientro formalizzato con DGR n.149/07:
 - l'allegato documento, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, prodotto dalla Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, concernente: *"Principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"*;
 - l'allegato documento, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, prodotto dalla stessa Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, concernente: *"Requisiti ulteriori – parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"*.
- di completare l'iter relativo all'adozione dei provvedimenti concernenti l'attivazione del regime di accreditamento istituzionale entro il prossimo 31 luglio 2007, previa specifica approvazione dei relativi schemi di deliberazione concernenti il regolamento di cui all'art.13, comma 3, della L.R. n.4/03 e i requisiti specifici per l'accreditamento delle singole tipologie strutturali entro il 15 luglio 2007.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**Principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale
nella Regione Lazio**

La Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, in coerenza con quanto previsto dal Dlgs. 229/99, disciplina il percorso che il soggetto richiedente compie per erogare prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario regionale, individuando nelle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio, nell'accreditamento e negli accordi contrattuali le principali fasi; il processo si completa attraverso un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi, nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Un tale percorso rappresenta, sia per i cittadini che per il Committente, ma anche per gli erogatori, un sistema forte di garanzie basato su: coerenza dell'offerta in relazione al fabbisogno assistenziale; livelli predefiniti di qualità, per le unità accreditate, assicurati attraverso la rispondenza a requisiti di base relativi ad elementi di struttura, il riconoscimento di un'adeguata e progressiva qualità organizzativo-gestionale, la verifica trasparente delle attività svolte e dei risultati conseguiti; rispetto degli impegni reciprocamente assunti tra committente ed erogatore.

L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale, costituisce il principale strumento per il governo dell'offerta, attraverso la selezione degli erogatori di assistenza sanitaria, nell'ottica di scelte "informate" relativamente alla qualità dei servizi ai fini dell'instaurazione degli accordi contrattuali. Allo stesso tempo rappresenta il basamento su cui strutturare sistemi di promozione e di miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'istituto dell'accreditamento rappresenta il livello di qualità che il Servizio sanitario regionale intende darsi ma, in quanto necessariamente collegato al livello qualitativo di partenza — e in questo senso la rilevazione dello stato dell'offerta assistenziale regionale rispetto ai requisiti autorizzativi e la stima delle risultanze relative alle azioni di adeguamento, assumono una particolare rilevanza — deve articolarsi in fasi progressive di qualificazione che, a partire dagli aspetti organizzativo-gestionali di carattere generale, tende a comprendere indicatori di processo e di esito, spingendosi dall'accreditamento di funzioni all'accreditamento di programmi assistenziali.

Le fasi del processo

Il sistema prevede come unica fase l'adesione ai requisiti generali e a quelli specifici per funzioni relative all'Unità Minima Accreditable (UMA).

Per tutte le tipologie di strutture è possibile individuare un insieme di caratteristiche di natura organizzativo-gestionale, proprie delle Direzioni — declinabili, laddove applicabile, per i diversi livelli organizzativi, a partire dalla direzione aziendale fino alla direzione di unità operativa, passando per la direzione dipartimentale — comuni alle diverse funzioni.

L'**accreditamento** è rilasciato a seguito dell'adesione a requisiti specifici per funzione relativi alla singola Unità Minima Accreditable (UMA) che, all'occorrenza, riguarderanno tutte le sue funzioni componenti.

Il modello previsto configura, quindi, un accreditamento per funzioni che, naturalmente, presuppone — nell'ambito della struttura organizzativa interessata — la qualificazione preventiva o contestuale di tutte quelle funzioni che costituiscono il *core* della struttura stessa, quali gli ambiti di riferimento e di supporto per le funzioni cliniche (sanitari e non). Per alcuni di questi l'accreditamento potrà essere conferito anche sulla base di sistemi di qualificazione riconosciuti equivalenti a quelli utilizzati per l'accreditamento istituzionale, all'occorrenza opportunamente adattati e/o integrati con specifici requisiti o indicatori (es. indicatori di attività e/o di esito).

Gli elementi del Sistema

L'accreditamento si configura come un sistema particolarmente complesso di cui fanno parte molteplici elementi: i soggetti in causa (richiedente, organismo tecnico, concedente), l'oggetto dell'accreditamento, le procedure, i requisiti, gli strumenti.

I soggetti coinvolti

Gli Erogatori

Sono i soggetti, pubblici e privati, che richiedono formalmente l'accreditamento istituzionale per ciascuna delle funzioni attive presso le proprie strutture.

Tra tutti i soggetti pubblici e privati autorizzati a esercitare attività sanitarie nell'ambito del sistema sanitario regionale, i soggetti pubblici e quelli privati che intendano erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale dovranno pertanto dimostrare di rispondere al livello qualitativo che la Regione intende assicurare ai propri servizi, sulla base di condizioni predefinite.

La Regione

È l'istituzione che conferisce l'accreditamento con atto formale, a seguito di una verifica in merito alla funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza ed agli elementi di eleggibilità per l'avvio del procedimento, sulla base di un apposito parere di accreditabilità.

Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica (Asp)

È il soggetto — di cui, sulla base dell'Art. 13 della LR 4/03, si avvale la Giunta Regionale, per il tramite dell'Assessorato alla Sanità, per la definizione dei requisiti ulteriori di qualificazione per l'accreditamento e del sistema di classificazione dei soggetti accreditati in rapporto al grado di adesione ai requisiti, nonché delle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento.

L'Agenzia, oltre ad assicurare a regime il necessario supporto tecnico per la revisione sistematica e periodica dei requisiti, individua di volta in volta, in coordinamento con l'Assessorato alla Sanità, l'apposita lista di valutatori e la composizione degli specifici team di verifica e gestisce le diverse attività collegate all'istruttoria tecnica.

Il Board per l'Accreditamento

Una delle caratteristiche che diversifica sostanzialmente i sistemi di valutazione tra loro è quello che potremmo definire il “grado di distanza” tra valutato e valutatore.

L'accreditamento istituzionale, per sua natura, essendo conferito dalla Regione, non permette di fatto una valutazione di parte terza; pertanto non basta puntare sul massimo rigore per quanto riguarda gli strumenti (formazione dei valutatori, stesura e interpretazione dei manuali, procedure) ma è necessario costituire un organismo dotato della *distanza* occorrente a garantire – in termini di struttura, composizione e competenze – una *quasi* terzietà.

In tal senso è istituito, sotto il coordinamento del direttore dell'Agenzia, il Board per l'accreditamento, costituito da tutti i soggetti interessati al processo, tranne la parte regionale, e da esperti in materia.

Il Board costituisce l'organismo consultivo per l'Asp anche in merito alla definizione dei requisiti per l'accreditamento.

I Valutatori

La valutazione esterna, relativa alla verifica sul campo dell'adesione ai requisiti, sarà condotta da team di valutatori, soggetti (professionisti operanti in ambito sanitario) appositamente formati che garantiscano una specifica competenza tecnica e per i quali siano posti in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni, capaci di raccogliere informazioni utili per verificare la rispondenza della struttura organizzativa rispetto ai requisiti prefissati.

La qualificazione dei valutatori è riconosciuta — a seguito di uno specifico percorso formativo sulle tematiche della qualità e sulle tecniche di valutazione — da un

organismo terzo di certificazione della formazione del personale (le pregresse esperienze, collocate nell'ambito di un progetto interregionale di formazione delle competenze per le visite di accreditamento, hanno visto come ente certificatore il CEPAS – Certificazione delle professionalità e della formazione).

Le competenze specifiche dei valutatori sono riconosciute attraverso l'iscrizione al Registro regionale dei facilitatori per la qualità, istituito presso l'Asp con Decisione del Direttore Generale n. 80 del 1 aprile 2005, finalizzato anche a registrare il mantenimento delle loro competenze, attraverso specifici crediti riconosciuti per le attività formative e "sul campo".

Una figura complementare al Valutatore è costituita dal Facilitatore, un professionista capace sia di favorire i processi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari che di esercitare funzioni di collegamento con le figure preposte alla valutazione esterna della qualità delle strutture, dei processi e degli esiti delle funzioni assistenziali.

L'unità minima accreditabile

I diversi gradi di complessità delle strutture e la presenza al loro interno di funzioni con livelli diversi di configurazione, autonomia e responsabilità, rende necessaria l'individuazione delle unità per cui è possibile richiedere l'accreditamento da parte del soggetto erogatore.

L'Unità Minima Accredibile (UMA) si configura come la più piccola struttura organizzativa dotata di autonomia funzionale, gestionale ed economico-finanziaria per cui è possibile chiedere l'accreditamento.

In tal senso l'UMA corrisponderebbe all'unità operativa complessa ma, tenuto conto dell'*Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio* che prevede per esse l'adozione della logica dipartimentale, di fatto l'UMA viene ad identificarsi con il dipartimento — con la verifica per le singole funzioni afferenti — e, laddove le funzioni non siano aggregate in dipartimenti, con l'Unità Operativa Complessa.

Per le strutture private, non essendo queste tenute a seguire tali indicazioni, saranno individuate configurazioni equivalenti.

Accanto alle UMA sono individuabili, in alcuni servizi di supporto alle attività cliniche, ulteriori unità qualificabili (UQ), di tipo sanitario (es. servizi di sterilizzazione, farmacia) e non (es. cucina), per le quali saranno riconosciuti validi specifici sistemi di qualificazione. Per le UMA di supporto alle attività cliniche (es. Laboratori analisi, Servizi di diagnostica per immagini) potranno essere riconosciuti per l'accreditamento istituzionale sistemi equivalenti di qualificazione.

Le procedure

Un elemento di garanzia ai fini di un corretto sviluppo del percorso, particolarmente in relazione al giudizio sulla qualità riconosciuta, è rappresentato da un insieme di “regole” condivise e chiaramente esplicitate, attraverso le quali sono individuati, per ciascuna fase e per ciascuno degli attori, le modalità attraverso cui attuare le specifiche azioni e i possibili esiti derivanti.

I requisiti

I Requisiti ulteriori sono aggiornati e/o integrati periodicamente, anche in relazione all'evoluzione delle conoscenze e dell'organizzazione del sistema sanitario. In tal senso come prima applicazione sono individuati i requisiti ulteriori per l'accreditamento di base, strutturati in aree di valutazione e ambiti di qualificazione. Tali requisiti sono da considerarsi essenziali e, quindi, necessari per il conferimento dell'accreditamento; la parziale adesione ad essi, se non tempestivamente corretta, comporta la non concessione o la revoca dell'accreditamento ai sensi dell'Art. 16, comma 3, lettera a) della LR 4/03. A regime i requisiti essenziali, validi per l'accreditamento di base — ai quali si aggiungeranno i requisiti non essenziali, utili alla classificazione dei soggetti accreditati — saranno integrati da requisiti specifici (sia essenziali che aggiuntivi) per singola funzione, in ordine ad ottenere l'accreditamento effettivo.

Gli strumenti

Il Sistema informativo

Il carattere dinamico dell'istituto dell'accreditamento rende necessario un continuo monitoraggio dei livelli di qualità dell'assistenza erogata e della persistenza della rispondenza ai requisiti. La base dati, costituita a partire dalla ricognizione effettuata nell'ambito delle attività collegate alla conferma dell'autorizzazione di cui all'Art. 20 della LR 4/03, è strutturata secondo livelli organizzativi, contiene dati di carattere morfologico-funzionale per ciascuna struttura sanitaria, dati relativi all'adesione ai requisiti autorizzativi, dati sull'adesione ai requisiti ulteriori e agli indicatori di attività per singola funzione.

Il sistema informativo è realizzato e gestito dall'Asp, che provvede alla elaborazione dei dati e alla diffusione dei risultati.

La formazione

È prevista una specifica formazione — basata sui principi e gli strumenti per il perseguimento della qualità in campo sanitario — destinata alle due tipologie di figure che hanno un ruolo chiave all'interno del processo di qualificazione: i Facilitatori per la qualità ed i Valutatori per l'accreditamento. Il percorso si articola per fasi ed è comune per i moduli base.

L'Elenco dei soggetti accreditati

I soggetti accreditati sono classificati, per ciascuna UMA qualificata, sulla base del livello di adesione quali-quantitativa ai requisiti e relativamente al grado di complessità della struttura di appartenenza.

La Regione provvede alla pubblicazione, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e presso le Aziende sanitarie locali competenti per territorio, di appositi elenchi dei soggetti accreditati, in cui sono specificate le funzioni qualificate, il livello riconosciuto, le potenzialità di erogazione.

L'iter per l'accreditamento

Il processo per il conferimento dell'accreditamento, a partire dalla richiesta fino al rilascio, è regolamentato da specifiche procedure.

- il Richiedente presenta la richiesta di accreditamento alla Regione
- la Regione effettua la verifica della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale: in caso di verifica negativa la Regione esprime diniego motivato, in caso di verifica positiva viene avviata la fase istruttoria
- la Regione effettua la valutazione degli elementi documentali previsti in ordine alla valutazione degli elementi di eleggibilità. In caso di analisi negativa la Regione può chiedere le necessarie integrazioni al soggetto richiedente o esprime diniego motivato. In caso di analisi positiva la Regione avvia la fase valutativa
- la Regione trasmette all'Asp gli elementi per l'avvio operativo della valutazione
- L'Asp invia al richiedente gli strumenti per un'autovalutazione
- Effettuata l'autovalutazione, il richiedente invia i dati all'Asp e concorda le date per la visita
- L'Asp, in coordinamento con l'Assessorato alla Sanità, definisce un Team di verifica appropriato rispetto alla specifica funzione da valutare e individua dal registro dei valutatori i soggetti adatti

- il Team effettua le visite di verifica e redige un rapporto tecnico dettagliato per l'Asp
- l'Asp, sulla base del rapporto e dell'analisi degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai risultati raggiunti, e a seguito di un parere consultivo da parte del Board per l'accREDITAMENTO, esprime il parere di accreditabilità alla Regione
- Il parere di accreditabilità può contemplare prescrizioni al richiedente per l'adeguamento, in tempi brevi, ad un numero limitato di requisiti.
- la Regione conferisce o nega l'accREDITAMENTO. A fronte del grado di adesione ai requisiti l'accREDITAMENTO istituzionale è conferito per livelli differenziati.

Requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio

I requisiti ulteriori costituiscono i fattori di qualità cui devono rispondere i soggetti che desiderano conseguire l'accreditamento.

Sono definite otto *Aree di Valutazione* e per ogni area sono definiti *Ambiti di Qualificazione* articolati in elementi di *Qualità Attesa* e *Fattori di Qualità* (requisiti) che la soddisfano.

Aree di Valutazione e Ambiti di Qualificazione

1. Diritti e informazione del paziente e dei familiari

- *I diritti dei pazienti relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla sicurezza, alla tutela della privacy sono una priorità per la struttura*
- *L'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti*
- *Sono abbattute o ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possono ostacolare l'accesso ai servizi*
- *I pazienti che si trovano in situazioni di fragilità, anche temporanea, sono tutelati*
- *È garantita l'informazione ai pazienti*

2. Politiche e governo dell'Organizzazione

- *Gli obiettivi e le attività sono pianificati in coerenza con le politiche dei livelli sovraordinati*
- *E' definita l'articolazione organizzativa*
- *L'accesso ai servizi è organizzato e facilitato*

3. Presa in carico del paziente

- *La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente*
- *L'assistenza è erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi*
- *Le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale*

4. Gestione delle risorse umane

- *Le risorse umane sono gestite sulla base di specifiche modalità organizzative*
- *Le attività di formazione sono strutturate e permanenti*

5. Gestione delle risorse tecnologiche e strumentali

- *L'acquisizione delle risorse tecnologiche e strumentali è basata su programmazione, valutazione e modalità predefinite per gli acquisti*

- *È implementata una gestione delle risorse tecnologiche e strumentali orientata ad un efficiente e consapevole utilizzo*

6. Comunicazione e gestione delle informazioni

- *È garantita una comunicazione efficace con i cittadini*
- *Gli impegni nei confronti dei cittadini utenti sono dichiarati attraverso la Carta dei Servizi*
- *È attivo un sistema efficace per la comunicazione interna*
- *È attivo un Sistema informativo informatizzato efficiente*
- *È attivo un sistema per la gestione della documentazione*

7. Gestione e miglioramento della qualità

- *Le attività di qualificazione sono pianificate*
- *Le attività assistenziali sono basate su principi di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa*
- *Le attività sono ispirate ai principi del miglioramento continuo della qualità*
- *È garantita la sicurezza degli utenti e degli operatori*
- *Sono attive modalità per la misurazione della qualità percepita*

8. Attività e risultati

- *È attivo un sistema per la valutazione dell'attività e dei risultati*

Area 1

Diritti e informazione del paziente e dei familiari

1.1 I diritti dei pazienti relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla sicurezza, alla tutela della privacy sono una priorità per la struttura

1.1.1 La struttura adotta una Carta dei diritti del paziente

1.1.2 Gli operatori della struttura e i pazienti sono informati sull'esistenza della Carta e il documento è reso disponibile in tutti i settori di attività

1.1.3 Gli operatori sono formati sulle modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti

1.1.4 La struttura nella propria attività di autovalutazione contempla l'ambito del rispetto dei diritti del paziente

1.2 L'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti

1.2.1 La Struttura assicura che vengano rispettati valori e credo del paziente

1.2.2 La Struttura assicura al paziente la possibilità di scelta dei pasti nel rispetto del proprio credo religioso

1.2.3 La Struttura assicura che al paziente possa essere prestata l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede

1.3 Sono abbattute o ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possono ostacolare l'accesso ai servizi

1.3.1 La Struttura facilita l'accesso agli utenti mediante l'apposizione di segnaletica, leggibile anche a distanza e di facile comprensione, all'esterno, lungo i percorsi e all'ingresso dei servizi

1.3.2 La Struttura facilita l'orientamento degli utenti, anche stranieri

1.4 I pazienti che si trovano in situazioni di fragilità, anche temporanea, sono tutelati

1.4.1 La Struttura ha definito modalità per identificare i soggetti che si trovano in situazioni, anche temporanee, di fragilità

1.4.2 La Struttura ha definito gli interventi di supporto ai soggetti fragili

1.4.3 La Struttura assicura che tutti gli operatori siano informati sulle modalità e sugli strumenti per identificare soggetti fragili e sugli interventi di supporto

1.4.4 La Struttura ha definito procedure per l'accesso delle organizzazioni di volontariato

1.4.5 La Struttura assicura, al bisogno, l'intervento del servizio sociale

1.5 È garantita l'informazione ai pazienti

1.5.1 La Struttura ha definito forme di accoglienza per il paziente

1.5.2 La Struttura ha definito modalità per garantire che le informazioni al paziente, sullo stato di salute, sui possibili interventi assistenziali, sul decorso clinico, siano fornite in modo completo, chiaro e comprensibile

1.5.3 La Struttura garantisce l'esistenza e l'applicazione di procedure per l'acquisizione del consenso informato

1.5.4 La Struttura assicura che vengano fornite informazioni sulla presenza di organi di tutela dei pazienti

1.5.5 La Struttura assicura che vengano fornite informazioni sulla presenza ed il possibile ricorso ad associazioni di volontariato attive nella struttura

1.5.6 La Struttura garantisce che il personale esponga il cartellino identificativo con la qualifica professionale

1.5.7 La Struttura assicura che gli elenchi dei responsabili dell'assistenza medica e dei coordinatori siano affissi e visibili agli utenti presso i servizi di afferenza

1.5.8 La Struttura ha definito modalità per dare informazioni al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti

1.5.9 La Struttura ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità in relazione al rifiuto o all'interruzione del trattamento clinico

1.5.10 La Struttura ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche

Area 2

Politiche e governo dell'Organizzazione

2.1. Gli obiettivi e le attività sono pianificati in coerenza con le politiche dei livelli sovraordinati

- 2.1.1 La Struttura ha redatto documenti sulle politiche e sul governo dell'organizzazione*
- 2.1.2 La Struttura assicura che i documenti sulle politiche e sul governo dell'organizzazione siano sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico*
- 2.1.3 La Struttura assicura il coinvolgimento dei dirigenti responsabili nella definizione della mission, della vision e degli obiettivi dell'organizzazione*
- 2.1.4 La Struttura assicura che le politiche complessive siano coerenti con le linee e le priorità esplicitate dai livelli istituzionali sovraordinati*
- 2.1.5 La Struttura assicura l'adozione di modelli organizzativi in linea con le normative nazionali e regionali, improntati ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione tra competenze diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza*
- 2.1.6 La Struttura definisce i propri obiettivi nell'ottica di garantire: uniformità di accesso ai servizi; qualità tecnica degli interventi assistenziali; qualità organizzativa; sicurezza degli operatori e degli utenti; valorizzazione professionale; diritti e soddisfazione degli utenti*
- 2.1.7 La Struttura garantisce che gli obiettivi siano formulati con l'apporto dei responsabili delle strutture organizzative, mediante il coinvolgimento più ampio possibile del personale*
- 2.1.8 La Struttura assicura che gli obiettivi, i tempi per il loro raggiungimento e quelli per la verifica, siano negoziati con i responsabili di tutte le strutture coinvolte e, laddove previsto, concertati con le istituzioni locali, definiti attraverso la consultazione delle organizzazioni sindacali, delle rappresentanze degli utenti e degli organismi di volontariato interessati*
- 2.1.9 La Struttura assicura una pianificazione annuale in merito a: obiettivi specifici; risorse economiche, umane e tecnologiche; attività e standard di prodotto; piani organizzativi; modalità di verifica*
- 2.1.10 La Struttura ha definito le modalità di collegamento con le Associazioni rappresentative dell'utenza*

2.2 È definita l'articolazione organizzativa

- 2.2.1 La Struttura ha provveduto alla definizione dell'organizzazione interna e delle responsabilità*
- 2.2.2 La Struttura ha definito l'organigramma della dirigenza con relativa matrice delle responsabilità e attività*
- 2.2.3 La Struttura ha definito numero e tipologia delle diverse figure professionali in rapporto ai*

volumi e alla tipologia delle attività

2.2.4 La Struttura ha identificato le interfacce operative interne ed esterne e ha definito i punti di coordinamento e controllo delle attività

2.2.5 La Struttura assicura che lo schema organizzativo sia aggiornato periodicamente

2.2.6 La Struttura ha definito le modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza programmata e non programmata

2.2.7 La Struttura ha definito l'articolazione e le modalità per l'organizzazione dell'attività libero-professionale intramoenia

2.3 L'accesso ai servizi è organizzato e facilitato

2.3.1 La Struttura ha individuato una struttura organizzativa per le prenotazioni

2.3.2 La Struttura ha definito criteri e adottato procedure per l'accesso alle prestazioni/servizi della struttura (criteri di eleggibilità, priorità e liste di attesa)

2.3.3 La Struttura garantisce l'effettuazione delle prenotazioni sia al mattino sia al pomeriggio

2.3.4 La Struttura garantisce l'effettuazione di prenotazioni telefoniche

2.3.5 La Struttura ha definito modalità per effettuare i pagamenti sia al mattino sia al pomeriggio tramite cassa o altre eventuali forme di pagamento

Area 3

Presa in carico del paziente

3.1 La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente

- 3.1.1 La Struttura ha definito procedure per regolamentare i processi di accettazione*
- 3.1.2 L'assistenza è pianificata sulla base di una valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente*
- 3.1.2 il paziente è adeguatamente informato sullo stato di salute e coinvolto nelle decisioni in merito ai trattamenti*
- 3.1.3 La Struttura dispone di procedure per acquisire dal paziente il consenso al trattamento dei dati sanitari*
- 3.1.4 I pazienti ricevono l'educazione sanitaria appropriata ai propri bisogni*
- 3.1.5 Le condizioni del paziente sono rivalutate regolarmente, anche ai fini della ripianificazione assistenziale*
- 3.1.6 Il dolore acuto o cronico, il distress mentale e condizioni cliniche che possano determinare situazioni critiche per il paziente, sono individuate, valutate e gestite*
- 3.1.7 La Struttura ha definito modalità per il collegamento funzionale tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza*
- 3.1.8 La Struttura garantisce la continuità assistenziale interna attraverso la predisposizione di turni di servizio e di pronta disponibilità del personale*
- 3.1.9 La Struttura progetta e attua processi finalizzati a garantire il coordinamento operativo tra i professionisti e i diversi ambiti coinvolti nell'assistenza*
- 3.1.10 La Struttura assicura che, durante la presa in carico, un professionista del team assistenziale venga identificato come referente dell'assistenza fornita al paziente*
- 3.1.11 La Struttura assicura che la documentazione clinica del paziente sia correntemente a disposizione degli operatori sanitari al fine di facilitare lo scambio di informazioni*
- 3.1.12 La Struttura garantisce che le informazioni sui trattamenti e sullo stato del paziente siano condivise tra gli operatori sanitari durante e tra i diversi turni di lavoro e all'atto dei trasferimenti interni*
- 3.1.13 La Struttura garantisce che durante lo svolgimento di procedure clinico-assistenziali sia salvaguardata la privacy del paziente*
- 3.1.14 La Struttura garantisce che al paziente morente siano garantiti attenzione e supporto*

3.2 L'assistenza è erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi

- 3.2.1 La Struttura garantisce che tutte le attività relative all'assistenza si basino su protocolli diagnostici e terapeutici*
- 3.2.2 La struttura garantisce che i professionisti collaborino nella formulazione delle procedure operative*
- 3.2.3 La Struttura ha regolamentato la gestione degli espianti e dei trapianti*

3.3 Le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale

- 3.3.1 La Struttura ha definito procedure finalizzate a garantire che i processi di dimissione, trasferimento e follow-up siano pianificati e coordinati*
- 3.3.2 La Struttura garantisce che la documentazione clinica (o copia della stessa in caso di trasferimento esterno) venga trasferita insieme al paziente*
- 3.3.3 La Struttura, al termine della presa in carico, rilascia al paziente un documento in cui siano esplicitati lo stato di salute, i trattamenti effettuati, le indicazioni sui trattamenti successivi*
- 3.3.4 La Struttura ha definito le modalità per trasferire in modo appropriato il paziente presso altra struttura*
- 3.3.5 La Struttura assicura che all'atto della dimissione il paziente o, laddove necessario, i suoi familiari ricevano istruzioni scritte, complete e comprensibili, relativamente alla continuità delle cure e al follow-up*
- 3.3.6 La Struttura ha definito criteri che individuino il bisogno di dimissione protetta e le modalità per attuarla*
- 3.3.7 La Struttura ha definito e rese note le modalità per la richiesta della documentazione sanitaria*

Area 4

Gestione delle risorse umane

4.1 Le risorse umane sono gestite sulla base di specifiche modalità organizzative

- 4.1.1 La Struttura ha definito modalità per l'inserimento del personale di nuova acquisizione, che tengano conto delle necessità di affiancamento*
- 4.1.2 La Struttura ha definito modalità per la valutazione della idoneità al ruolo*
- 4.1.3 La Struttura assicura che per il personale sia disponibile un fascicolo individuale con informazioni su: titoli di studio, percorso professionale, titoli scientifici, attività formative e di aggiornamento*
- 4.1.4 La Struttura, in accordo con la normativa vigente e per quanto di propria competenza, ha definito modalità sui provvedimenti disciplinari a carico del personale*
- 4.1.5 La Struttura ha definito criteri per la definizione del sistema premiante, tenendo conto prioritariamente degli aspetti qualitativi*
- 4.1.6 La Struttura assicura che il sistema premiante sia portato a conoscenza di tutto il personale*
- 4.1.7 La Struttura ha definito modalità e strumenti per la valutazione periodica del clima interno relativo al personale*

4.2 Le attività di formazione sono strutturate e permanenti

- 4.2.1 La Struttura, in coerenza con i propri obiettivi, ha definito un piano annuale per la formazione del personale, per il quale ha previsto uno specifico budget*
- 4.2.2 Il piano di formazione è redatto sulla base dei bisogni formativi, rilevati con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali*
- 4.2.3 La Struttura ha nominato un responsabile o referente in materia di formazione*
- 4.2.4 La Struttura assicura l'accessibilità a fonti per la documentazione scientifica*
- 4.2.5 La Struttura garantisce che il proprio personale abbia conseguito i crediti formativi previsti dalla normativa vigente*

Area 5

Gestione delle risorse tecnologiche e strumentali

5.1 L'acquisizione delle risorse tecnologiche e strumentali è basata su programmazione, valutazione e modalità predefinite per gli acquisti

- 5.1.1 Gli acquisti delle attrezzature sono programmati in ordine ad elementi di bisogno e di qualità*
- 5.1.2 La struttura ha adottato procedure per gli acquisti delle attrezzature e per la selezione dei fornitori*
- 5.1.3 La Struttura garantisce che il responsabile della struttura organizzativa, alla quale sono assegnate le apparecchiature, partecipi alla definizione delle specifiche tecniche per la redazione del capitolato di gara*
- 5.1.4 La Struttura assicura che il personale interessato contribuisca alla definizione dei bisogni di acquisto, ai collaudi, alle verifiche di adeguatezza e di idoneità all'uso*
- 5.1.5 È attivo un inventario delle attrezzature, correntemente aggiornato, che registri almeno tipologia, codifica, fornitore, riferimento al contratto di acquisizione e di manutenzione, codice identificativo interno*
- 5.1.6 La Struttura ha definito modalità per rendere disponibili ai livelli sovraordinati le informazioni relative al parco attrezzature*

5.2 È implementata una gestione delle risorse tecnologiche e strumentali orientata ad un efficiente e consapevole utilizzo

- 5.2.1 La Struttura ha individuato, e reso noto al personale interessato, un responsabile del parco tecnologico e degli impianti per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria*
- 5.2.2 La Struttura assicura che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile al responsabile della manutenzione*
- 5.2.3 Il piano della manutenzione preventiva e correttiva delle attrezzature indica: oggetto, modalità e risorse, strumenti di verifica, soggetti coinvolti*
- 5.2.4 È documentata la realizzazione del piano di manutenzione preventiva*
- 5.2.5 La Struttura assicura che per ogni apparecchiatura sia disponibile la registrazione dei dati relativi a ciascun intervento di manutenzione al fine di caratterizzare lo stato delle apparecchiature e le effettive potenzialità operative*
- 5.2.6 La Struttura documenta periodicamente, attraverso un rapporto tecnico, lo stato di sicurezza delle attrezzature, anche sulla base delle verifiche di sicurezza e degli adeguamenti effettuati, e lo rende noto ai diversi livelli operativi*

- 5.2.7 *La Struttura esegue periodicamente e documenta prove strumentali sul funzionamento e la sicurezza delle apparecchiature biomediche utilizzate per condizioni critiche o che erogino o rilevino radiazioni ionizzanti*
- 5.2.8 *La Struttura ha attivato procedure per la verifica della conoscenza, da parte del personale utilizzatore, delle modalità di manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature*
- 5.2.9 *La Struttura assicura che il personale partecipi alla gestione delle attrezzature, promuovendone il corretto utilizzo attraverso l'addestramento, l'abitudine alla manutenzione legata all'uso quotidiano, la conoscenza delle modalità per l'attivazione della manutenzione correttiva*

Area 6

Comunicazione e gestione delle informazioni

6.1 Gli impegni nei confronti dei cittadini utenti sono dichiarati nella Carta dei Servizi

- 6.1.1 La Struttura ha approvato la Carta dei Servizi, predisposta secondo quanto stabilito dal DPCM 19 maggio 1995 e in coerenza con le indicazioni contenute nelle linee-guida per la predisposizione degli atti aziendali della Regione*
- 6.1.2 La Struttura assicura che la Carta dei Servizi sia redatta con l'apporto documentato delle direzioni sanitaria e Infermieristica e dei responsabili delle strutture organizzative, con il coinvolgimento del personale interno alla struttura e delle associazioni che rappresentano i cittadini utenti*
- 6.1.3 La Struttura assicura che nella Carta dei Servizi siano presenti gli standard di qualità e gli indicatori adottati per le verifiche, a partire da quelli previsti dalla normativa vigente*
- 6.1.4 La Struttura ha predisposto e diffuso una versione della Carta dei Servizi in forma di opuscolo, facile e rapido da consultare (Guida ai Servizi)*
- 6.1.5 La Struttura garantisce che nella Guida ai Servizi siano indicate informazioni relative a: elenco e sede dei servizi con relativi numeri telefonici; orari e modalità di accesso; prestazioni erogabili, comprese quelle in regime libero-professionale, con le relative modalità di accesso; tempi di attesa e oneri a carico dell'utente*
- 6.1.6 La Struttura garantisce con periodicità annuale l'aggiornamento della Carta dei servizi e della Guida ai Servizi*
- 6.1.7 La Struttura assicura che la Carta dei Servizi sia portata a conoscenza, attraverso un apposito piano di comunicazione, ai diversi soggetti interessati, sia interni che esterni*
- 6.1.8 La Struttura garantisce che la Guida ai Servizi sia portata a conoscenza, attraverso un apposito piano di comunicazione, ai diversi soggetti interessati, sia interni che esterni*
- 6.1.9 La Struttura definisce un programma di attuazione della Carta dei Servizi in cui siano previsti specifici meccanismi di tutela del cittadino e di verifica degli impegni assunti*

6.2 È garantita una comunicazione efficace con i cittadini

- 6.2.1 La Struttura ha individuato una funzione operativa idonea a fornire informazioni agli utenti, in coerenza con quanto dichiarato nella Carta dei Servizi*
- 6.2.2 La funzione operativa dispone di specifiche procedure sulla gestione dei reclami e delle segnalazioni*
- 6.2.3 La Struttura assicura che tutti i reclami pervenuti per iscritto, e in forma non anonima, ricevano risposta scritta entro i tempi stabiliti nella Carta dei Servizi*

6.2.4 *La Struttura assicura che siano disponibili per l'utenza strumenti informativi relativi alle modalità di erogazione delle prestazioni/servizi offerti*

6.2.5 *La Struttura assicura l'esistenza di strumenti per la comunicazione esterna (sito web, fogli informativi, bacheche)*

6.3 È attivo un sistema efficace per la comunicazione interna

6.3.1 *La Struttura garantisce che il documento in cui sono esplicitati gli obiettivi dell'organizzazione sia portato a conoscenza di tutto il personale e condiviso anche attraverso riunioni formali*

6.3.2 *La Struttura assicura l'esistenza di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche, fogli informativi)*

6.3.3 *La Struttura garantisce la diffusione dei documenti relativi all'attività e ai risultati, in particolare attraverso la relazione annuale*

6.3.4 *La Struttura dimostra di tener conto, nell'organizzazione delle attività, dei suggerimenti del personale e dell'utenza in merito alle criticità riscontrate*

6.4 È attivo un Sistema informativo informatizzato efficiente

6.4.1 *La struttura garantisce la possibilità di fornire i dati, nella forma, nei contenuti, nei tempi e con le modalità previsti dalla normativa vigente, alle strutture organizzative sovraordinate*

6.4.2 *La Struttura dispone verifiche periodiche sulla validità del sistema informativo*

6.4.3 *Il personale addetto, in relazione alle mansioni ricoperte, è appositamente formato in materia di gestione dei dati, nel rispetto della normativa vigente*

6.4.4 *La Struttura ha definito una procedura per la gestione dei dati sensibili*

6.4.5 *La Struttura ha adottato procedure per la valutazione della qualità dei dati e dei flussi informativi*

6.5 È attivo un sistema per la gestione della documentazione

6.5.1 *La Struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione clinica*

6.5.2 *La Struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione scientifica*

6.5.3 *La Struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione amministrativo-gestionale*

Area 7

Gestione e miglioramento della qualità

7.1 Le attività di qualificazione sono pianificate

- 7.1.1 La Struttura individua una funzione cui attribuisce specifiche responsabilità sulla gestione e sul miglioramento della qualità*
- 7.1.2 La Struttura assicura l'esistenza di un documento che delinea le politiche e le strategie per la qualità*
- 7.1.3 La Struttura ha redatto un piano per il miglioramento della qualità che espliciti, sulla base delle criticità individuate: obiettivi, azioni, responsabilità, risorse, tempi, indicatori per la verifica*

7.2 Le attività assistenziali sono basate su principi di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa

- 7.2.1 La Struttura ha attivato programmi orientati allo sviluppo dell'appropriatezza clinico-organizzativa*
- 7.2.2 La Struttura ha adottato, con il coinvolgimento del personale interessato, linee-guida aggiornate e di buona qualità come riferimento per la pratica professionale, relativamente alle condizioni cliniche e a agli interventi prevalenti e/o rilevanti*
- 7.2.3 La Struttura garantisce che le linee-guida adottate e gli strumenti operativi collegati siano portati a conoscenza di tutto il personale interessato e rese comunque accessibili*
- 7.2.4 La Struttura valuta periodicamente, attraverso specifici indicatori, il miglioramento collegato all'utilizzo di linee-guida*

7.3 Le attività sono ispirate ai principi del miglioramento continuo della qualità

- 7.3.1 La Struttura dimostra che la realizzazione e la valutazione dei progetti di miglioramento siano formalizzate e documentate*
- 7.3.2 La Struttura documenta gli esiti delle attività relative al miglioramento e utilizza le informazioni collegate per le successive pianificazioni*
- 7.3.3 La Struttura assicura che tutte le professionalità siano coinvolte nei programmi di valutazione e miglioramento della qualità*
- 7.3.4 La Struttura adotta metodi per il coinvolgimento dei professionisti nella revisione sistematica della pratica clinica*
- 7.3.5 La Struttura adotta metodi per favorire l'attivazione di azioni preventive, correttive e di miglioramento delle attività clinico-organizzative*
- 7.3.6 La Struttura documenta l'esecuzione di verifiche periodiche sulla completezza e correttezza*

della documentazione clinica

7.4 È garantita la sicurezza degli utenti e degli operatori

- 7.4.1 La Struttura individua una funzione cui attribuisce specifiche responsabilità sulla gestione del rischio clinico*
- 7.4.2 La Struttura assicura che siano attivati programmi di analisi della documentazione clinica, con particolare riferimento agli eventi sentinella*
- 7.4.3 La Struttura individua gli eventi/condizioni di rischio per la sicurezza dei pazienti, dei familiari e del personale e attiva modalità e strumenti per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo*
- 7.4.4 La Struttura ha definito le modalità e avviato gli interventi per diffondere tra gli operatori i principi e gli strumenti per la prevenzione e gestione dei rischi*

7.5 Sono attive modalità per la misurazione della qualità percepita

- 7.5.1 La Struttura ha definito modalità e strumenti per la rilevazione della soddisfazione degli utenti*
- 7.5.2 La Struttura ha definito modalità di presentazione e gestione di reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti*
- 7.5.3 La Struttura classifica reclami, segnalazioni e suggerimenti per tipo, soggetto proponente, personale/servizio interessato, modalità di risoluzione*
- 7.5.4 La Struttura ha definito modalità per la raccolta di dati relativamente ad abbandoni, procedimenti legali, ricorso ad altri servizi*
- 7.5.5 La Struttura assicura che la qualità percepita dagli utenti sia oggetto di monitoraggio annuale*

AREA 8

Attività e risultati

8.1 È attivo un sistema per la valutazione dell'attività e dei risultati

- 8.1.1 La Struttura individua una funzione cui attribuisce specifiche responsabilità sulla valutazione delle attività*
- 8.1.2 La Struttura prevede che per le attività pianificate siano definiti strumenti, modalità e tempi per la valutazione*
- 8.1.3 La Struttura effettua annualmente la valutazione delle attività pianificate*
- 8.1.4 La Struttura predispose annualmente una relazione sullo stato organizzativo e sull'attività, che espliciti i risultati conseguiti in rapporto agli impegni e agli standard prefissati*
- 8.1.5 La Struttura, sulla base della valutazione dell'attività, individua le criticità, le priorità, i nuovi obiettivi e le migliori modalità operative per raggiungerli*
- 8.1.6 La Struttura assicura il monitoraggio del livello della qualità professionale, percepita e manageriale*
- 8.1.7 La Struttura prevede che il personale sia coinvolto nelle attività di valutazione*
- 8.1.8 La Struttura garantisce la diffusione dei risultati e il confronto con le parti interessate*