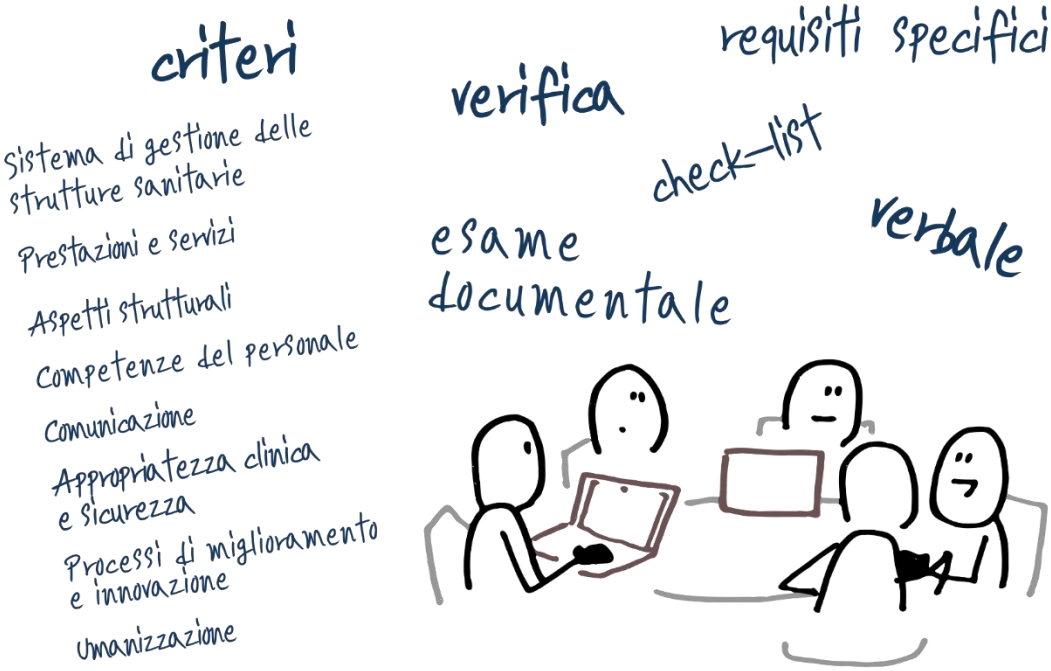
Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ACCREDITAMENTO SANITARIO ISTITUZIONALE

Vademecum del valutatore



Vademecum del valutatore è curato dall'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) della Regione Emilia-Romagna.

Luglio 2025

Immagine (c) Dehaasbe, "Doodle of a Company Meeting", pixabay.com | Elaborazione Settore Innovazione nei serivizi sanitari e sociali.

Il documento può essere scaricato dal sito web Innovazione sanitaria e sociale.

Indice

Indice 3
Acronimi 4
Introduzione 5
L'oggetto dell'accreditamento 6
Avvio del procedimento: mandato e pianificazione delle visite 7
Costruzione del *team* 9
Preparazione della verifica 11
Verifica sul campo 16
Rapporto di verifica *17*
Verbale della verifica 18
Esame delle controdeduzioni 19
Conclusione del procedimento 20
Relazione motivata *20*
Inserimento di nuovi valutatori e nuovi *team leader* 21
Valutatore tutorato *21*
Team leader tutorato *22*
Moduli 23

Acronimi

FMEA	*Failure Mode and Effects Analysis*
FMECA	*Failure Mode, Effects and Criticality Analysis*
OTA	Organismo tecnicamente accreditante
PDCA	*Plan, Do, Check, Act*
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PEC	Posta elettronica certificata
PMA	Procreazione medicalmente assistita
PPSC	Piano-Programma per la sicurezza delle cure
RER	Regione Emilia-Romagna
URP	Ufficio relazioni con il pubblico

Introduzione

Questo *vademecum* è indirizzato sia ai valutatori esperti che ai valutatori neofiti.

È uno strumento descrittivo delle fasi operative attraverso cui si compie il processo di accreditamento, laddove il *team* di valutazione è chiamato ad agire attraverso l'analisi, l'osservazione, la ricerca delle evidenze, la valutazione e la descrizione dei risultati cui è pervenuto in occasione della visita di verifica per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Il sussidio ripercorre tutti i momenti peculiari del processo, descrivendo, per ciascuno di questi, il significato, gli obiettivi, gli strumenti utilizzabili e le procedure a cui attenersi.

L'oggetto dell'accreditamento

Oggetto dell'accreditamento istituzionale sono le organizzazioni sanitarie dotate di autonomia tecnico-professionale, organizzativa e gestionale che erogano prestazioni e servizi sanitari e che possono comprendere una o più strutture fisiche o parti di esse, purché autorizzate. L'autorizzazione è obbligatoria per tutte le attività sanitarie ed è una condizione necessaria per poter richiedere l'accreditamento.

Le organizzazioni sanitarie che intendono erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) devono ottenere l'accreditamento secondo le modalità stabilite dalla legge regionale n. 22/2019 ([1]).

L'accreditamento viene rilasciato in coerenza con il fabbisogno espresso dalla programmazione regionale [2], subordinatamente al possesso dell'autorizzazione e dei requisiti di accreditamento (soggettivi e oggettivi, questi ultimi suddivisi in generali e specifici), per la durata di 5 anni. È concesso dalla Regione Emilia-Romagna a seguito di istruttoria del coordinatore Autorizzazione e accreditamento e della successiva verifica dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) finalizzata ad accertare il possesso o il mantenimento dei requisiti generali e specifici.

Obiettivo dei requisiti generali è verificare nelle strutture sanitarie pubbliche e private la presenza di processi di controllo sulla qualità e sulla sicurezza dell'organizzazione e dei servizi erogati e la presenza di processi di verifica dei risultati, in particolare rispetto alla gestione del rischio, coerenti con gli 8 criteri [3].

Ai requisiti generali si affiancano i requisiti specifici, distinti per disciplina, che prevedono la presenza di **caratteristiche di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo**, oltre che elementi che delineano le competenze professionali necessarie, gli elementi di qualificazione di percorsi e processi, gli indicatori di monitoraggio e i servizi che devono essere acquisiti per garantire lo svolgimento delle attività.

---

[1] Legge regionale n. 22/2019 - Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008

[2] Delibera di Giunta regionale n. 886/2022 - *Approvazione di nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. n. 22/2019.*

[3] Delibera di Giunta regionale n. 1314/2024 - *Attuazione del D.M. del Ministro della salute 19 dicembre 2022. Approvazione requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private*.

Avvio del procedimento: mandato e pianificazione delle visite

Il mandato per la verifica viene inviato all'OTA dal coordinatore Autorizzazione e accreditamento dopo aver verificato:

- Completezza formale della domanda.
- Coerenza con gli indirizzi strategici di programmazione.
- Presenza di eventuali cause di palese inammissibilità, irricevibilità, improcedibilità e infondatezza della domanda.

Il mandato può fare riferimento a:

- Verifiche da effettuare a seguito di atto di accreditamento di strutture che hanno presentato domanda per un nuovo accreditamento (entro 6 mesi dalla domanda), per la variazione di quello esistente e successivo rinnovo (entro 5 anni dal precedente atto).
- Verifiche richieste dalla Direzione generale in materia di sanità, in base all'articolo 16, legge regionale n. 22/2019 e s.m.i. [4] (usualmente denominate visite di sorveglianza).
- Verifiche di sorveglianza biennale derivanti da normativa nazionale e che riguardano specifici ambiti di attività sanitaria (Procreazione medicalmente assistita e Sistema sangue) secondo tempistica nazionale e mandati specifici.
- Verifiche di prescrizioni successive all'atto di accreditamento.

Ciascun procedimento viene poi assegnato, nel corso degli incontri periodici interni dell'OTA (*staff*), dal responsabile Area Coordinamento OTA a uno o più componenti dell'OTA (referenti del procedimento).

La scelta della tipologia di verifica viene individuata dall'OTA in relazione ai contenuti della domanda, alle caratteristiche della struttura, all'oggetto da verificare, alle eventuali verifiche già effettuate e altre contingenze, al mandato ricevuto o a quanto segnalato nell'atto di accreditamento.

Una volta acquisita tutta la documentazione necessaria, nell'incontro di *staff* vengono definiti i criteri per le **modalità di verifica delle visite** in programmazione (Tabella 1).

[4] *Ibidem*.

Tabella 1 - Modalità di verifica delle visite

Tipo di visita	Modalità di verifica	Note
Documentale	Verifica effettuata solo sulla documentazione ricevuta.	Effettuata prevalentemente dai valutatori dell'OTA con la collaborazione eventuale di altri valutatori
Sul campo	Tutta la verifica viene fatta presso la struttura.	**Sempre per nuove strutture**. In base alla complessità e a eventuali prescrizioni.
Da remoto	Tutta la visita viene effettuata su piattaforma Microsoft Teams.	In base alla complessità e a eventuali prescrizioni, eventualmente anche per rinnovi (non nuovi accreditamenti).
Mista	Verifica documentale da remoto su piattaforma Microsoft Teams, con eventuale visita sul campo per approfondimenti.	In base alla complessità e a eventuali prescrizioni (non nuovi accreditamenti).

Costruzione del *team*

Il *team* di verifica viene costituito in base a elementi che connotano la struttura oggetto di valutazione:

- Tipologia (ambulatoriale, residenziale, di ricovero, PMA e Sistema sangue).
- Grado di complessità.
- Specificità disciplinare.

È, quindi, composto di norma da valutatori con competenze professionali nelle discipline specialistiche oggetto di accreditamento o in discipline affini, e/o da valutatori con competenze organizzative e/o di sistema di gestione della qualità.

Il *team* di verifica prevede almeno due valutatori. Il numero dei componenti aumenta in relazione alla complessità, al numero delle articolazioni organizzative e delle sedi da verificare. Le articolazioni organizzative possono essere verificate da sotto-*team*, comunque costituiti da almeno due valutatori. Nell'ambito del *team*, viene identificato il *team leader* che ha la funzione di coordinatore del gruppo. Ai lavori del *team* possono partecipare valutatori in formazione (tutorati), esperti tecnici, osservatori istituzionali e collaboratori dell'OTA.

Nel caso di verifiche di rinnovo, come elemento di continuità rispetto alla precedente verifica, il *team* è costituito, di norma, da almeno un componente del precedente *team* di valutazione.

Per la selezione dei componenti del *team* e degli eventuali sostituti, ci si avvale di un *data base* specifico in cui sono raccolte, strutturate e correlate informazioni su valutatori e visite, tenendo conto di:

- Specifiche competenze.
- Compatibilità territoriale.
- Eventuali incompatibilità dichiarate dagli stessi valutatori o note all'OTA - per es., recenti cambiamenti di azienda da parte del valutatore.
- Altri impegni di visita concomitanti.
- Necessità del mantenimento e/o sviluppo delle competenze per ciascun valutatore.

I membri del *team*, individuati dall'OTA, vengono contattati via email dal referente OTA del procedimento per verificarne la disponibilità. La email di preconvocazione, inviata almeno 30 giorni prima della data della visita, specifica le indicazioni sul tipo di visita da svolgere e la richiesta di conferma del calendario delle attività. Situazioni di emergenza possono, tuttavia, imporre un preavviso minore.

I valutatori devono segnalare la propria disponibilità o indisponibilità a stretto giro di email (entro 48 ore) con dichiarazione firmata. La rinuncia a partecipare alla verifica deve essere motivata per iscritto. Le motivazioni di tipo organizzativo o aziendale devono essere fornite e avallate dalle rispettive strutture di appartenenza. Le motivazioni di carattere personale sono quelle previste dalla normativa contrattuale per le assenze dal lavoro.

In seguito alla conferma della disponibilità dei valutatori, il referente OTA del procedimento predispone la lettera di convocazione formale, che include l'impegno complessivo dell'attività di verifica (giorni e orari), la richiesta di sottoscrizione del codice deontologico e la designazione di incarico al trattamento dei dati ai sensi della normativa vigente. La lettera di convocazione formale viene inviata mediante posta elettronica certificata (PEC) ai valutatori e, per conoscenza, al Direttore generale o Legale rappresentante delle rispettive Aziende di appartenenza.

I componenti del *team* sono designati quali incaricati del trattamento dei dati personali, di cui la Regione Emilia-Romagna è titolare, relativi allo svolgimento delle attività svolte in qualità di valutatore o *team leader* per l'incarico conferito e, per tutta la sua durata, ai sensi del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) [5].

Il trattamento dei dati deve avvenire in conformità ai principi indicati nell'articolo n. 5 del GDPR, nel rispetto delle delibere di Giunta regionale applicative e in conformità alle istruzioni contenute nel *codice deontologico*.

Ciascun componente del *team* è tenuto a regolarizzare la missione con la propria struttura di appartenenza. L'attività del valutatore e l'impegno a partecipare alle visite di verifica è, infatti, attività istituzionale e svolta in orario di servizio.

I criteri definiti ai fini del mantenimento o della perdita della qualifica di valutatore e ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei valutatori regionali per l'accreditamento sanitario, sono attinenti a:

- Situazione giuridica.
- Disponibilità rispetto all'impegno minimo annuale concordato.
- Mantenimento delle competenze: formazione e aggiornamento.
- Aspetti di etica professionale.

[5] Regolamento generale sulla protezione dei dati n. 2016/679 (GDPR, in inglese *General Data Protection Regulation*).

Preparazione della verifica

Per ogni procedimento, il referente OTA predispone un'ambiente web ad accesso riservato ai soli valutatori convocati e contenente la documentazione per preparare la verifica:

- Lettera di convocazione.
- *Check-list* dei requisiti generali e *check-list* dei requisiti specifici applicati.
- Documentazione fornita dalla struttura oggetto di verifica insieme alla domanda di accreditamento.
- Documentazione integrativa richiesta dall'OTA.
- Eventuale altra documentazione relativa a visite precedenti.

Inoltre, viene messa a disposizione la *scheda di segnalazioni delle criticità*, uno strumento a uso dei valutatori per evidenziare eventuali criticità emerse nell'ambito del *team* di verifica.

Prima dell'incontro con gli altri componenti del *team* per l'esame documentale, il valutatore esamina individualmente i documenti inviati dalla struttura e stampa copia delle *check-list*, che saranno i suoi strumenti di rilevazione durante tutte le fasi la verifica.

L'incontro finalizzato all'esame documentale si svolge di norma almeno 2 settimane prima della verifica. Si può svolgere in presenza presso la sede della OTA o da remoto.

Alla riunione preparatoria devono partecipare tutti i valutatori che compongono il *team*.

L'analisi della documentazione è un momento propedeutico alla visita e strategico per le successive fasi della verifica. Se ben organizzato e condotto, consente al *team* di fare una valutazione collegiale della documentazione ricevuta, rendendo possibile un primo confronto tra i componenti del *team* che può aiutare a dirimere eventuali dubbi o domande insorti a seguito della valutazione individuale.

Nel corso dell'incontro di preparazione della verifica, condotto dal referente OTA del procedimento, si svolge:

- Esame dell'organizzazione della struttura da verificare e di eventuali problematiche specifiche.
- Confronto sulla documentazione che ogni valutatore ha già analizzato.
- Stesura dell'elenco di eventuale documentazione integrativa da richiedere alla struttura, se quella ricevuta risulta carente o se, in relazione a quella già inviata, si rende necessario un ulteriore approfondimento.

- Esame dell'autovalutazione fornita dalla struttura oggetto di verifica.
- Evidenziazione dei punti critici presenti nell'autovalutazione dei requisiti generali e specifici per individuare aspetti da approfondire nella documentazione e in visita.
- Conferma del programma della visita, su bozza predisposta dal referente del pro-cedimento, comprensiva della suddivisione del *team* in sotto-*team* e assegnazione dei ruoli.
- Condivisione del *facsimile* del rapporto di verifica e del verbale.
- Consegna dei fogli presenze predisposti dall'OTA, che dovranno essere firmati da valutatori e interlocutori della struttura visitata e **andranno riconsegnati all'OTA**.

I componenti del *team* condividono le responsabilità di raccolta e conservazione dei documenti della visita (fogli firma di presenza, eventuali *check-list*, evidenze ecc.) in riferimento alle parti assegnate a ciascuno.

Per facilitare la pianificazione delle attività di verifica dei requisiti generali è possibile utilizzare la tabella che dettaglia ruoli e responsabilità e permette di definire da subito chi fa cosa durante la visita (Tabella 2):

Tabella 2 - Proposta di pianificazione per la valutazione dei requisiti generali

Criterio	Valutatore che intervista	Valutatore che verifica la documentazione	Valutatore verbalizzante	Approfondimenti richiesti
1 - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
2 - Prestazioni e servizi				
3 - Aspetti strutturali				
4 - Competenze del personale				
5 - Comunicazione				
6 - Appropriatezza clinica e sicurezza				
7 - Processi di miglioramento e innovazione				
8 - Umanizzazione				

La valutazione della conformità ai requisiti di accreditamento, sia generali che specifici, di ogni struttura verificata, è espressa mediante **una scala di 4 valori**:

NO - no - si - SI, corrispondenti a una percentuale di conformità come indicato nella tabella 3:

Tabella 3 - Valutazione della conformità ai requisiti di accreditamento, sia generali che specifici

Valore assegnato	% di possesso del requisito	Significato della valutazione attribuita
SÌ	100	Il requisito è posseduto pienamente e documentato in modo esaustivo.
sì	66	Il requisito è posseduto solo parzialmente o non completamente conforme. La struttura presenta solo prassi consolidate, parzialmente o non pienamente documentate. Il requisito deve diventare oggetto di azioni di miglioramento.
no	33	Il requisito non è posseduto, anche se la struttura si sta attrezzando per superare le criticità e soddisfare quanto richiesto. La struttura presenta prassi consolidate ma non documentate. Il requisito non è documentato ma è oggetto di discussione e analisi.
NO	0	Il requisito non è posseduto né documentato.

Relativamente ai soli requisiti specifici è prevista anche l'opzione "NA", quando il requisito è ritenuto **non applicabile**, in un particolare contesto o struttura e, pertanto, viene escluso dalla valutazione.

Nessuno dei requisiti generali può essere ritenuto non applicabile.

Al termine della riunione di esame della documentazione e pianificazione della verifica, il referente OTA predispone e invia alla struttura i seguenti documenti:

- Lettera di **notifica della verifica** alla struttura a firma del responsabile Area Coordinamento OTA.
- Programma della visita (come allegato o inserito direttamente nella lettera di notifica).
- *Scheda per la valutazione del team da parte della struttura*.

La lettera di notifica è lo strumento formale di comunicazione dello svolgimento della verifica alla struttura. È inviata mediante PEC e include:

- Data e programma della verifica.
- Nominativi dei componenti del *team*.

- Requisiti applicati.
- Eventuale richiesta di documentazione integrativa, da inviare all'OTA prima della visita.

Nel rispetto dei **principi di trasparenza e imparzialità**, con la lettera di notifica viene data alla struttura la possibilità di presentare, entro 7 giorni dal suo ricevimento, osservazioni in merito ai componenti del *team* in riferimento a possibili situazioni di conflitto di interessi.

La lettera di notifica è predisposta anche per le verifiche documentali, al fine di acquisire eventuali documenti integrativi, l'autovalutazione sui requisiti applicati e informare la struttura del procedimento in corso.

Per le verifiche di sorveglianza, la lettera di notifica viene inviata entro la giornata che precede la visita di verifica.

Verifica sul campo

I valutatori partecipano alle varie fasi della verifica secondo quanto programmato, secondo i ruoli predefiniti e nel rispetto dei tempi prefissati nella riunione preparatoria:

- **Fase 1**

  Intervista dedicata alla valutazione dei requisiti generali, che avviene con Direttore generale o Legale rappresentante, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, responsabile di strutture di *staff-line* e altri collaboratori. Durante l'intervista, il valutatore incaricato di verbalizzare registra sulla propria *check-list*, in modo il più possibile completo, la valutazione nella colonna "Si/si/no/NO", secondo le evidenze fornite.

- **Fase 2**
  - Verifica della ricaduta dei requisiti generali nelle unità operative e valutazione dei requisiti specifici applicati con la ricerca delle evidenze della concreta applicazione delle procedure, anche attraverso osservazioni dirette.
  - Poiché i "NO/no" devono obbligatoriamente essere motivati nel **verbale della verifica**, durante l'intervista è opportuno inoltre registrare nel **campo note** a margine delle *check-list* tutte le **osservazioni** necessarie per ricostruire in seguito tali motivazioni, incluse le indicazioni delle relative fonti documentali.
  - Se la programmazione lo permette, ***briefing*** per ogni sotto-*team* alla fine di ogni incontro/intervista, per fare il punto e condividere quanto registrato sulle *check-list*.

- **Fase 3**

  Briefing finale: il *team* si riunisce al completo e si confronta sui risultati, a partire dai no/NO, con l'obiettivo di concordare il contenuto delle comunicazioni che verranno date nella riunione finale con la struttura. Il *team leader* individua eventualmente chi, oltre a lui, è incaricato di esporle.

- **Fase 4**

  Riunione finale con la struttura: breve presentazione dei risultati della verifica. La restituzione deve essere sintetica e, allo stesso tempo, deve fornire un *feedback* esaustivo su quanto verificato. Inoltre, deve evidenziare i punti di forza e di debolezza emersi nel corso della visita, differenziandoli in criticità e ambiti di miglioramento (Tabella 4).

Tabella 4 - *Scheda per la restituzione dei risultati*

Punti di vista	Punti di forza	Punti di debolezza
Utente - *Comunicazione esterna, carta dei servizi, consenso informato* - *Soddisfazione degli utenti* - *Reclami* - *Privacy* - *…*		
Professionista - *Formazione, clinical competence* - *Audit* - *Qualificazione dei percorsi diagnostici terapeutici* - *Comunicazione interna* - *…*		
Organizzazione - *Pianificazione, verifica dei risultati* - *Progetti di miglioramento* - *Sistema informativo e gestione della documentazione* - *…*		

È necessario che i valutatori incaricati raccolgano **le firme di tutti i presenti alla verifica**.

Rapporto di verifica

Al termine della visita sul campo, mista o da remoto, il *team leader* provvede a redigere il rapporto di verifica che contiene gli elementi identificativi della visita e le eventuali criticità emerse durante la verifica indicandone anche la gravità. Tale rapporto viene inviato all'OTA utilizzando il modello *Rapporto di verifica* che risponde alla necessità di comunicare tempestivamente criticità di particolare gravità (legge regionale n. 22/2019 [6]). In caso di criticità gravi, tali da compromettere la sicurezza delle cure, il rapporto verrà trasmesso dal responsabile Area Coordinamento OTA al coordinatore Autorizzazione e accreditamento o al responsabile di Settore (se diverso dal coordinatore) per i successivi provvedimenti da adottare.

[6] *Ibidem*.

Verbale della verifica

Di norma, il giorno successivo alla verifica sul campo, da remoto o mista, il *team* al completo si incontra presso l'OTA o in modalità da remoto per la stesura del verbale.

Le indicazioni per la stesura del verbale, in riferimento alle modalità di organizzazione della visita e alle peculiarità della Struttura, sono specificate nel *format* del verbale predisposto dal referente OTA del procedimento e condivise con il *team* durante l'incontro preparatorio.

Le disposizioni fondamentali sono:

- Descrivere l'organizzazione, argomentare, motivare e dettagliare - attraverso le evidenze - le valutazioni cui il *team* è pervenuto.
- Valutare gli elementi esistenti all'atto della visita e non altri che non siano stati osservati in quella sede.
- Esprimere in modo dettagliato le motivazioni delle valutazioni attraverso le evidenze raccolte.

Per le valutazioni negative, al *team* è richiesto di segnalare nel verbale se queste:

- Non generano prescrizioni perché quanto richiesto o è superato da altra tecnologia oppure non è richiesto nel contesto specifico in relazione all'attività svolta.
- Generano prescrizioni e necessitano di azioni di adeguamento, pur non impattando su qualità e sicurezza.
- Incidono sulla qualità delle prestazioni e sulla sicurezza per operatori e utenti.

Nel verbale viene inserita una valutazione sintetica e complessiva sul grado di aderenza al modello di accreditamento, coerente con il resto del contenuto, al fine di consolidare il giudizio di accreditabilità.

Il verbale viene poi trasmesso, mediante PEC, dall'OTA alla struttura affinché questa possa eventualmente replicare, entro i termini concessi dall'OTA, con proprie controdeduzioni o con una nota in cui ne dichiara l'assenza. La dichiarazione di assenza di controdeduzioni e le controdeduzioni che non necessitano del coinvolgimento del *team* sono trattate dal referente OTA del procedimento, diversamente viene coinvolto il *team* per acquisirne il parere.

Esame delle controdeduzioni

Se necessario, il *team* valuta le controdeduzioni della struttura verificata che possono essere accolte in toto, in parte o respinte, motivandone sempre le ragioni. La ricezione delle controdeduzioni non modifica il contenuto del verbale già inviato, ma viene esplicitata nella nota di risposta alle controdeduzioni da inviare alla struttura e nella relazione motivata che conclude il procedimento.

L'acquisizione di documentazione esistente e non visionata al momento della visita, la produzione *ex-novo* di documentazione e l'evidenza di azioni risolutive effettuate dopo la visita di accreditamento devono essere valutate e possono portare alla modifica della valutazione del requisito espressa nel verbale.

Occorre precisare che la variazione della valutazione finale per carenze su requisiti tecnologici, strutturali e organizzativi, avviene a fronte di evidenze oggettive che testimonino il cambiamento. La risposta alle controdeduzioni da inviare alla struttura deve essere motivata in maniera esplicita e circostanziata. Viene predisposta, sulla base dei pareri raccolti, dal referente OTA del procedimento, firmata dal responsabile Area coordinamento OTA e inviata attraverso il protocollo informatizzato. Nella risposta alle controdeduzioni è necessario segnalare valutazioni negative che permangono e che danno luogo a richieste di azioni di adeguamento.

Conclusione del procedimento

Relazione motivata

Al termine del procedimento di verifica (anche solo per quella documentale) viene predisposta una **relazione motivata** firmata dal responsabile Area Coordinamento OTA. La relazione sintetizza e consolida i risultati della verifica contenuti nel verbale, le eventuali controdeduzioni e altre informazioni eventualmente pervenute tramite segnalazioni di criticità, audit, sistemi informativi regionali (banche dati SDO, ASA [7] ecc.).

Configurandosi come giudizio di accreditabilità, la relazione motivata può contenere quindi anche eventuali proposte di sospensione dell'accreditamento o di eventuali prescrizioni. Infatti, qualora permangano valutazioni negative non sanate con la documentazione inviata dalla struttura, nella relazione motivata vengono segnalate azioni di miglioramento e relativi tempi di adeguamento. In caso di mancata o insufficiente soluzione delle criticità nei tempi previsti, l'OTA comunica che la struttura non possiede oppure non ha mantenuto il possesso dei requisiti di accreditamento.

La relazione motivata prevede come allegati tutti i materiali ritenuti essenziali per l'espressione del giudizio di accreditabilità.

[7] SDO, Scheda di dimissione ospedaliera. ASA, Assistenza specialistica ambulatoriale.

Inserimento di nuovi valutatori e nuovi *team leader*

Valutatore tutorato

L'inserimento di un nuovo valutatore passa attraverso la gestione di fasi finalizzate al raggiungimento della sua autonomia operativa:

- Definire il piano di inserimento secondo un percorso che tiene in considerazione le conoscenze già in possesso del nuovo valutatore.
- Definire il piano di inserimento tenendo in considerazione le conoscenze già in possesso del nuovo valutatore.
- Creare le condizioni migliori per fornire un periodo di affiancamento e addestramento coerente con la complessità delle attività assegnate, per esempio attraverso un adeguato livello di informazioni sulle caratteristiche del *team* e della struttura oggetto della visita di verifica in cui viene inserito.
- Valutare l'esito dell'inserimento.

È necessario che, al momento del suo arrivo nel *team*, il valutatore sia preso in carico da un altro valutatore esperto con funzioni di tutor, in grado di introdurlo nelle attività del *team*. Il tutor valuterà anche l'autonomia operativa raggiunta alla fine del processo di inserimento.

Di norma, è preferibile che la funzione di tutor non sia attribuita al *team leader* per non gravare ulteriormente sul suo carico di lavoro. La funzione può anche essere svolta da un collaboratore dell'OTA con qualifica di valutatore, che dovrà essere presente in visita. L'inserimento si avvale anche dell'aiuto di tutti componenti del *team* e permette il regolare svolgimento della visita di verifica.

Il piano di inserimento prevede che il nuovo valutatore debba svolgere da 2 a 4 visite di verifica tutorate.

Per l'inserimento del nuovo valutatore, per ogni visita in affiancamento, si utilizza la *scheda di osservazione e tutoraggio del nuovo valutatore* in cui sono esplicitati gli obiettivi formativi da raggiungere a seconda del numero delle verifiche in affiancamento effettuate.

Dopo aver completato il percorso di inserimento, l'OTA ne dà una valutazione complessiva che riporta nella scheda di osservazione e tutoraggio utilizzata per l'ultima visita effettuata, concludendo formalmente il percorso.

Nel caso in cui, dopo la realizzazione delle specifiche visite pianificate, gli obiettivi formativi definiti non siano stati pienamente raggiunti, l'OTA può prevedere

ulteriori attività di visita in affiancamento per rafforzare le aree individuate come carenti.

Le evidenze del percorso formativo (schede di osservazione, di tutoraggio, eventuali segnalazioni e relative risposte, email ecc.) vengono salvate nella cartella informatizzata del procedimento e nel fascicolo personale cartaceo del nuovo valutatore.

Team leader tutorato

Il nuovo *team leader* viene affiancato da un altro *team leader* esperto con funzioni di tutor, in grado di affiancarlo alle attività di verifica e supportarlo nell'esercizio del ruolo. Il tutor valuterà, quindi, anche l'autonomia operativa raggiunta alla fine dell'inserimento.

Il piano di inserimento prevede che il nuovo *team leader* debba svolgere da 1 a 3 visite di verifica tutorate, a seconda del livello di autonomia valutata dal tutor di riferimento.

Per l'inserimento del nuovo *team leader*, per ogni visita in affiancamento, si utilizza la *scheda di osservazione e tutoraggio del nuovo team leader* in cui sono esplicitati gli obiettivi formativi da raggiungere, a seconda del numero delle verifiche in affiancamento effettuate.

Le evidenze del percorso formativo (schede di osservazione, di tutoraggio, eventuali segnalazioni e relative risposte, email, …) vengono salvate nella cartella informatizzata del procedimento e nel fascicolo personale cartaceo del nuovo valutatore.

Moduli

Le **schede citate nel documento** sono disponibili nella comunità di pratica *online* riservata ai valutatori dell'accreditamento:

- ✓ ***Codice deontologico***
  Descrive le condizioni di accettazione dell'incarico, incluse le incompatibilità, nonché i principi di onestà, integrità, imparzialità, trasparenza e responsabilità che ogni valutatore è tenuto a rispettare.

- ✓ ***Osservazione e tutoraggio del nuovo valutatore***
  Rileva gli obiettivi formativi da raggiungere nelle verifiche tutorate.

- ✓ ***Valutazione del team da parte della struttura***
  Restituisce il punto di vista della struttura su competenza, capacità organizzativa e di comunicazione del *team*.

- ✓ ***Segnalazione delle criticità, a uso dei valutatori***
  Riporta segnalazioni e valutazioni di relazioni intercorse tra i componenti del *team* e la struttura e tra gli stessi valutatori.

- ✓ ***Restituzione dei risultati***
  Evidenzia punti di forza e di debolezza emersi nel corso della visita differenziandoli in criticità e ambiti di miglioramento.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA