



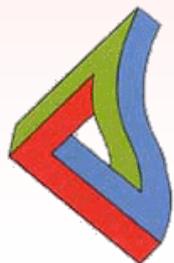
Corso Regionale SICP Emilia Romagna

Bologna 16 giugno 2016

Principi di accreditamento.

Dalla normativa regionale all'Accreditamento della  
*Rete Locale di Cure Palliative*

Vera Serra



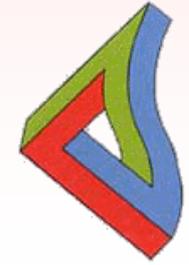
## Natura e fini della azienda pubblica

L'azienda pubblica (o equiparata) ha **finalità** che vanno oltre i risultati economici:

La sua missione è definita dal SSN e consiste nel perseguire efficacemente i propri **obiettivi istituzionali** (nel rispetto dei vincoli economici e finanziari stabiliti)

Le sue risorse sono tratte dal sistema pubblico delle imposte ( e ciò vale con distinguo, anche per le aziende sanitarie private che lavorano per conto del SSN)





Ma come valuto  
il raggiungimento  
di questi obiettivi?

## Ad esempio, con l'**accreditamento istituzionale**.

L'accreditamento istituzionale è uno strumento cogente di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, introdotto in Italia dal DLgs.502/92.

Nasce sostanzialmente dalla necessità di definire in termini più precisi le caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative che devono essere possedute dai soggetti che erogano prestazioni  
Per il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di meglio garantire la qualità delle prestazioni stesse.



# Le **parole chiave** dei sistemi di gestione secondo i vari modelli

- Definizione degli obiettivi
- Coinvolgimento del personale
- Approccio per processi
- Verifica dei risultati
- Miglioramento continuo



## Altri **punti importanti** sviluppati dai sistemi di gestione

- aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse
- migliorare la soddisfazione del personale
- controllare i processi, in modo da migliorarne l'efficacia



# Per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza

L'accreditamento è lo strumento di **garanzia della qualità** che mira a promuovere un processo di **miglioramento continuo** della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione



Una parola anglosassone di uso sempre più frequente definisce in un colpo solo gli obiettivi di un sistema di accreditamento/certificazione:

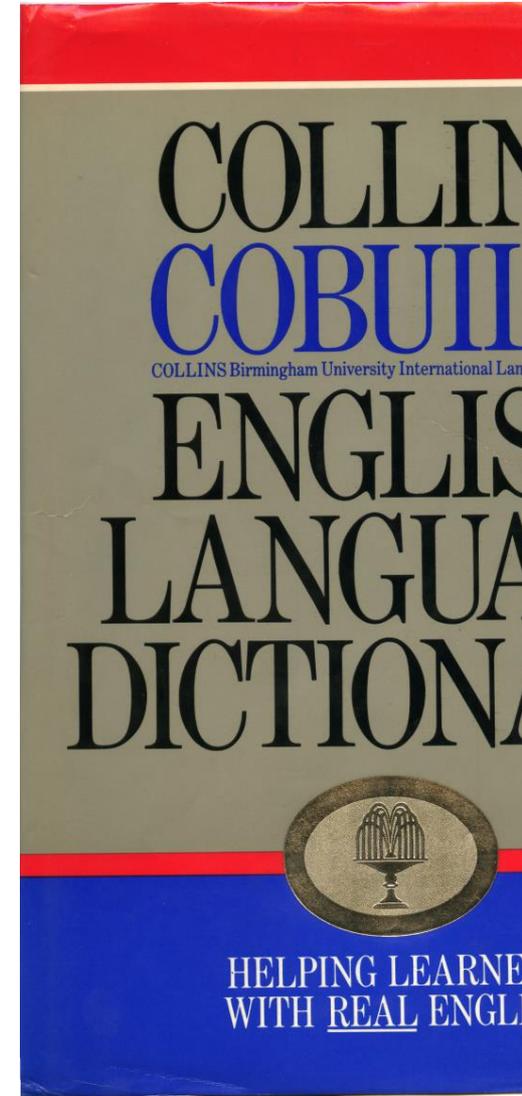
**“accountability”**

**Naturalmente, non esiste nella lingua italiana un unico termine corrispondente.**

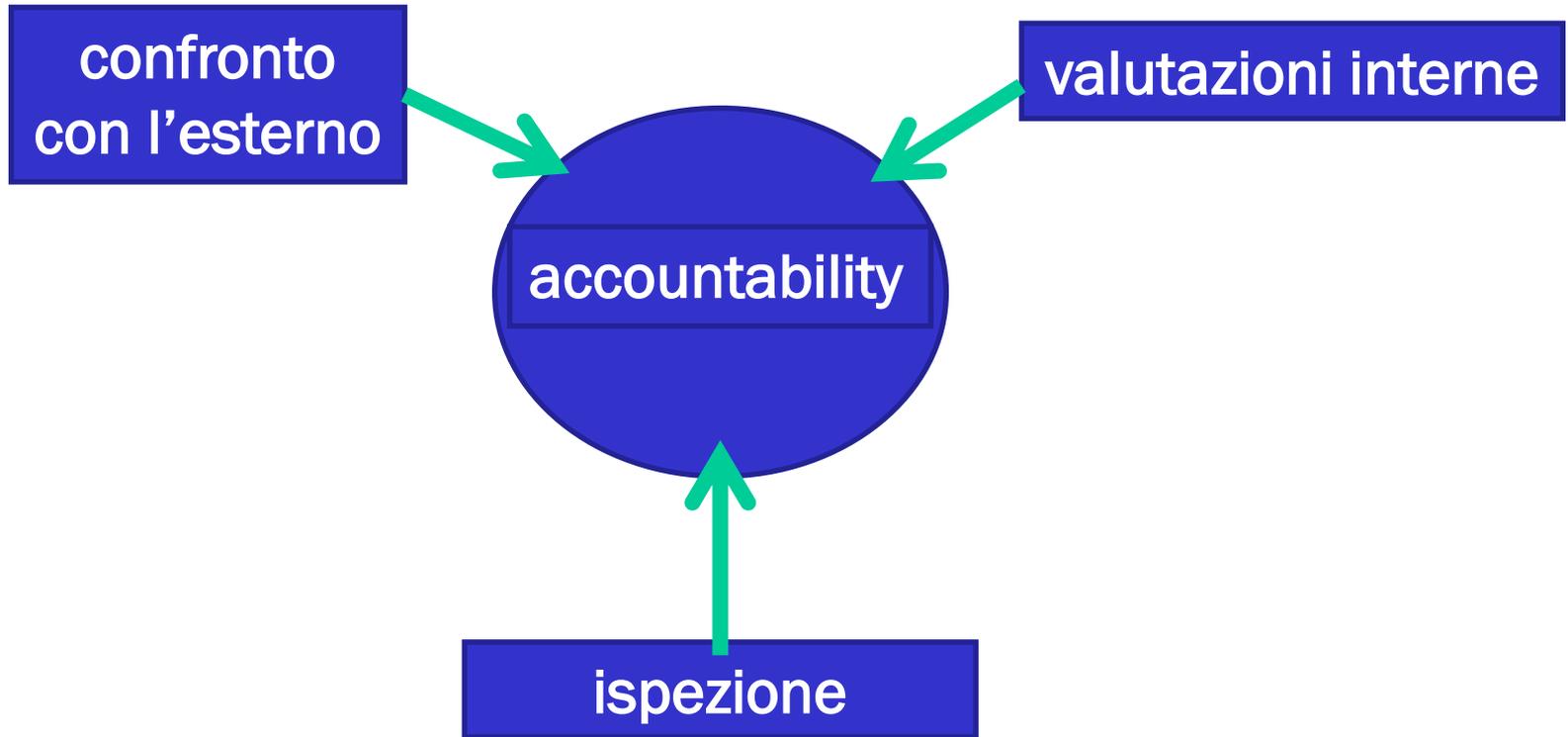


Nel dizionario della lingua inglese “Collins Cobuild” la descrizione del termine “accountable” è la seguente (libera traduzione):

“se si è accountable per qualcosa che si fa, si è completamente responsabili per quello e si deve essere pronti a giustificare le proprie azioni”.



# Il cuore del sistema



# L'accountability nel sistema pubblico

Una società civile e cittadini  
'consapevoli' richiede sia data  
trasparenza alle modalità con cui  
l'azienda 'pubblica' governa le sue  
risorse e del grado di raggiungimento  
dei suoi obiettivi istituzionali



in generale , anche nel profit...

E' cresciuta l'attenzione della collettività circa i comportamenti assunti dalle aziende per perseguire i propri obiettivi.

La redditività non è più sufficiente a dare il 'valore' della azienda, si è andato costruendo il concetto di responsabilità sociale della impresa, tanto da generare l'esigenza di presentarsi a fine anno, oltre che con un bilancio economico, con un 'bilancio sociale' o nel caso delle aziende pubbliche di servizio ai cittadini di 'bilancio di missione'



# Governance

L'accountability è sostenuta dal principio organizzativo della **governance**:

la necessità di una legittimazione della organizzazione che deriva dalla capacità dell'organizzazione di verificare l'efficacia delle proprie azioni nel perseguire i propri obiettivi in virtù delle interconnessioni fra la società civile e le organizzazioni a responsabilità pubblica

La **struttura** organizzativa deve allinearsi ai **contenuti valoriali** della **cultura** sociale da cui trae legittimazione e dare quindi spazio a modalità di governo trasparente documentando la propria performance.



## GOVERNO CLINICO COME PRINCIPIO

La affidabilità del sistema sanitario dipende anche dalla identificazione dei ruoli e delle responsabilità che vi sono connesse e della loro accettazione da parte di ciascun gestore e clinico.



## Le responsabilità condivise

Una istituzione (sanitaria) è responsabile:

- della erogazione di servizi di alta qualità
- della dimostrazione di questa attraverso la definizione e il monitoraggio di standard di sistema per la erogazione del servizio

deve inoltre garantire che i professionisti, che vi sono impiegati, rispondano pienamente delle proprie responsabilità individuali.



# QUALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE: UNA SFIDA RICORRENTE

## **La sfida iniziale:**

rendere le organizzazioni “adeguate ai propri fini”

## **La sfida permanente:**

sostenere cambiamento, conservando e migliorando tale adeguatezza

**capacità di miglioramento continuo**

**capacità di apprendimento organizzativo rapido**

**capacità di adeguamento rapido**

**(T. Conti)**



## Strumenti

Tutti i sistemi che portano l'organizzazione a sottolineare i risultati positivi o negativi della azione organizzativa (attraverso valutazione di processo o di esito) in una ottica 'multidimensionale', comprensibile dal contesto sociale di riferimento, la inducono a dare valore e attenzione per prima e a ricercare accettabili livelli di performance



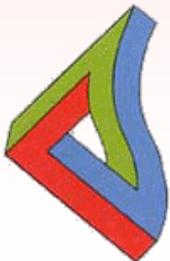
# I modelli di garanzia e di eccellenza dell' organizzazione

Sono strumenti che contribuiscono al raggiungimento delle finalità organizzative delle organizzazioni.

In un contesto di cambiamento continuo, il successo o la legittimazione sociale delle organizzazioni sanitarie dipenderà sempre più dalla capacità di dominare variabili organizzative come:

- efficacia - appropriatezza - buon uso delle risorse
- fedeltà alla missione- capacità di adattamento
- capacità di apprendimento continuo e di adattamento di tutti gli attori coinvolti

T. Conti: progetto co fin. "Collab. Interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001 - 2004 (modificato)



# Le politiche per la qualità e le garanzie per i cittadini

La politica europea per la qualità richiede che siano definiti:

- da parte degli stati, nei diversi settori, le condizioni minime di qualità, sicurezza, rispetto dell'ambiente ecologico ( uomo compreso),
- da parte delle organizzazioni (di produzione e servizi) gli standard di performance ispirati alle migliori tecnologie disponibili



Tale politica è applicata:

- In ambito tecnico attraverso il sistema di riferimento per la qualità (norme internazionali)
- Nell'ambito dei servizi attraverso il medesimo sistema o applicazioni personalizzate di accreditamento e mutuo riconoscimento (università, sanità, servizi sociali...)



# In Italia (il caso Sanità):

La normativa che regola autorizzazione ed accreditamento è coerente con tale politica: per la sanità sono stabiliti a livello nazionale:

- requisiti di sistema
- requisiti minimi tecnici

Le Regioni hanno perfezionato requisiti per  
l'autorizzazione (integrativi)

l'accREDITAMENTO(ulteriori)

in riferimento alla propria programmazione e  
compatibilmente con le risorse disponibili



## Garanzie per il sistema della offerta

In sanità, il possesso di un sistema qualità è richiesto come base della relazione di fornitura fra chi offre un bene e il potenziale cliente (in sanità gli erogatori per il SSN) come prova della affidabilità dell'erogatore

La relazione di fornitura, il contratto, definisce poi: tipologia, volumi, qualità delle prestazioni richieste e tempi, in relazione a tariffe riconosciute e accettate.



# Gli obiettivi del sistema sono le garanzie da fornire a committenti ed utenti

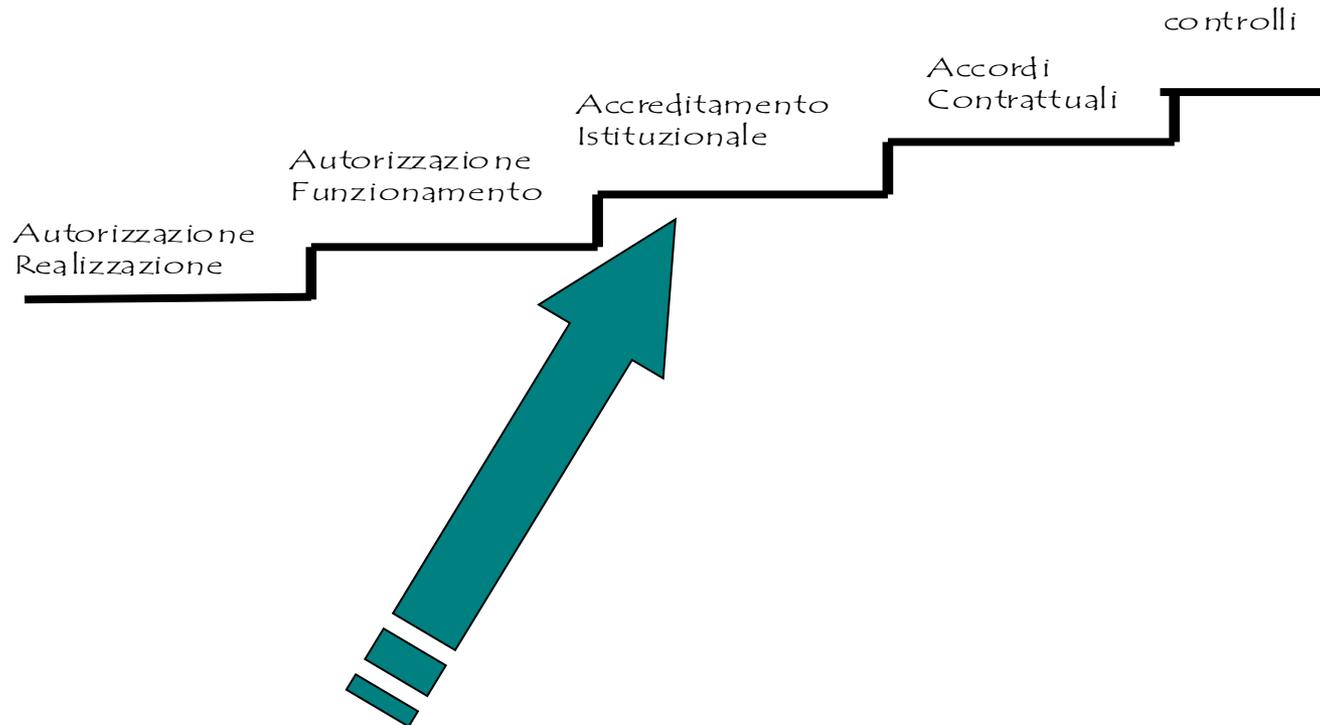
- risposte pertinenti ai bisogni della collettività
- legalità e sicurezza
- buona organizzazione e governo della qualità delle prestazioni
  - buon uso delle risorse e del monitoraggio continuo della qualità dei servizi erogati

*nella interpretazione dell'accREDITAMENTO inoltre, i requisiti tecnici passano attraverso un processo di legittimazione tecnico - politica e sono deliberati dalla giunta regionale (Emilia-Romagna)*



# Funzione dell'Accreditamento nel sistema delle garanzie

## Autorizzazione, accreditamento, contratti



# **Sviluppo organizzativo e comunicazione con l'utenza**

**Il processo di gestione attraverso sistemi di garanzia ha importanti valenze interne.**

**Contribuisce a:**

**allineare gli addetti;**

**definire livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati;**

**monitorare i risultati ottenuti;**

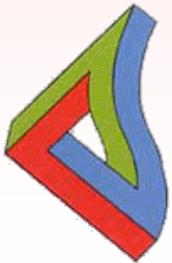
**sviluppare la partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi .**

**Questo sforzo pone basi oggettive allo scambio con gli utilizzatori del servizio: ne 'controlla' le attese e le riporta alla sostanza di un 'contratto' chiaramente stipulato.**



## Altri obiettivi e risultati in contesto sanitario

- Con riferimento specifico all'accreditamento, come normato nel 229/99 si sottolineano
- parità di diritti e di doveri: valgono le medesime 'regole del gioco' per erogatori pubblici e privati;
- trasparenza: nelle procedure di verifica e nella stipula dei contratti di fornitura;
- opportunità di una 'efficace competizione' sulla 'qualità'



# Struttura dell'Accreditamento in Sanità

Ogni regione ha costruito un proprio 'sistema' di accreditamento, ('modello' del DPR 14/1/97)

La verifica si basa su un 'sistema qualità' che chiede alle strutture sanitarie il governo delle funzioni organizzative più significative per il conseguimento del risultato (aderenza alla mission specifica).



# Rendere operativo l'Accreditamento

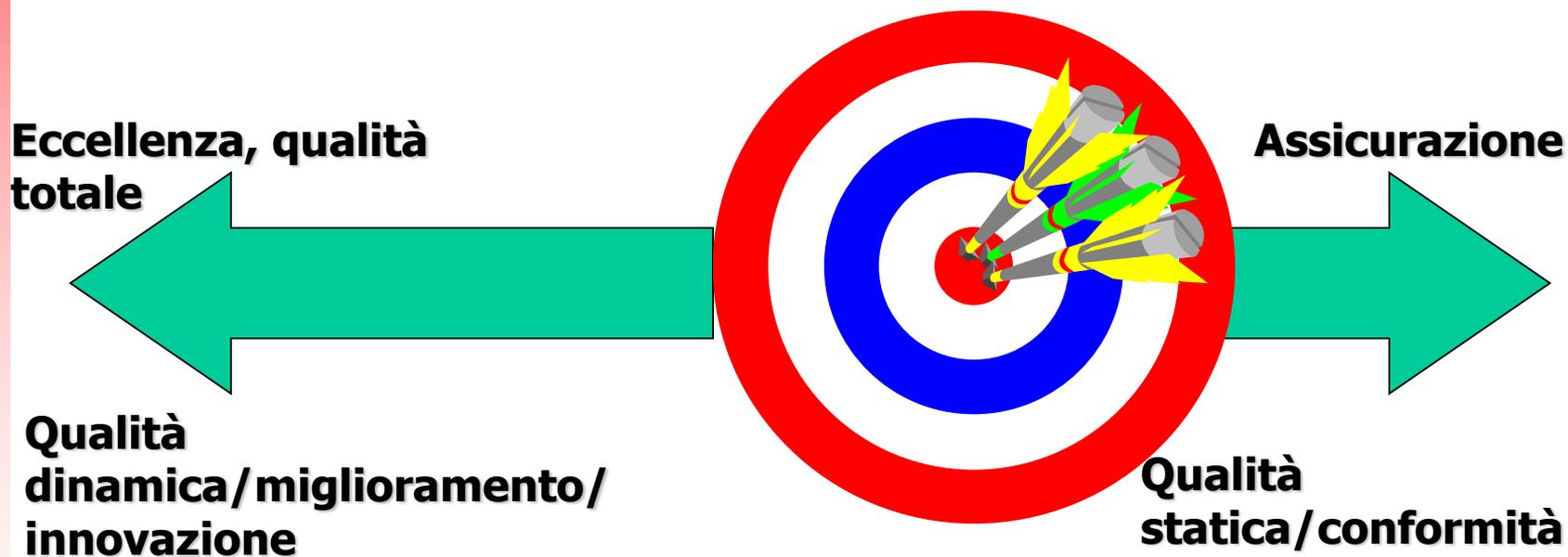
Il 'sistema' per assicurare la qualità istituzionale delle cure

- † interessa tutto il 'tessuto organizzativo'
- † è organizzato ('normato')
- † è sistematico e continuativo nella applicazione
- † è basato sui fatti: lettura dei segnali, pianificazione delle attività, governo dei processi, re-azione  
(ciclo P-D-C-A)
- † è orientato non solo al mantenimento della qualità esistente (controllo), ma anche allo sviluppo e al miglioramento

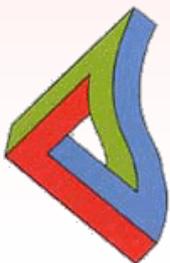


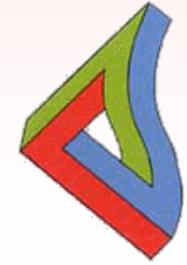
# Scopi dell'Accreditamento

Obiettivi pragmatici, di garanzia di una  
**qualità compatibile**  
con le risorse e la programmazione regionale



...il continuum logico consente di spostare il bersaglio verso obiettivi progressivamente più impegnativi





Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

**GRAZIE!!!**

# L'accreditamento

Dà garanzie al sistema dell'offerta delle prestazioni sanitarie in quanto:

assoggetta gli erogatori pubblici e privati alle medesime 'regole del gioco'.

ha sostituito il 'convenzionamento' con un meccanismo più trasparente di richiesta dell'accreditamento da parte di tutti coloro che ritengono di possederne i requisiti e con una verifica proceduralizzata degli stessi.

introduce la opportunità 'di una efficace competizione' delle strutture accreditate, tramite la definizione di una quota di prestazioni aggiuntive rispetto al fabbisogno programmato.



# l'accreditamento in Italia

Il DPR 14/1/97 ha stabilito i requisiti di sistema e i requisiti minimi per il livello autorizzativo

Le regioni hanno provveduto

ad un ulteriore sviluppo del modello per

l'accreditamento delle strutture sanitarie

in riferimento alla propria programmazione compatibile con le risorse disponibili.



# Accreditamento istituzionale

l'Accreditamento viene attuato da o per conto del governo. Senza tale riconoscimento un'organizzazione sanitaria, pubblica o privata, non può operare in nome, per conto ed a carico del SSN in Italia a partire dal DLgs.502/92 si parla di accreditamento istituzionale come strumento cogente di regolazione dell'accesso al mercato sanitario.

nasce sostanzialmente dalla necessità di definire in termini più precisi le caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative che devono essere possedute dai soggetti che erogano prestazioni per il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di meglio garantire la qualità delle prestazioni stesse.



# Accreditamento istituzionale

L'accREDITAMENTO è lo snodo fra l'autorizzazione ad esercitare, vincolante per tutte le strutture sanitarie, e la definizione 'appositi accordi' di fornitura fra committenti ed erogatori pubblici e privati



**AUTORIZZAZIONE**

(rilasciata dal Comune)

**Requisiti  
minimi**

**ACCREDITAMENTO**

(rilasciata dalla Regione)

**Requisiti  
ulteriori**

**APPOSITI ACCORDI**

(fra strutture che erogano prestazioni)

**Negoziazione  
tra  
fornitore  
e  
cliente**



# Il sistema autorizzazione/accreditamento come sistema di garanzie per committenti e utenti:

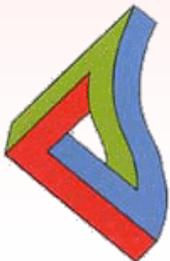
risposte pertinenti ai bisogni della collettività  
(autorizzazione a costituirsi come erogatore)

legalità e sicurezza (autorizzazione ad esercitare)

buona organizzazione e governo della qualità delle  
prestazioni (accreditamento)

buon uso delle risorse e del monitoraggio continuo  
della qualità dei servizi erogati (contratti)

**I REQUISITI TECNICI PASSANO ATTRAVERSO UN  
PROCESSO DI LEGITTIMAZIONE TECNICA e  
POLITICA**



# L'approccio in sintesi

È adottato un “modello”, basato sul concetto di “sistema di gestione per la qualità”.

Il miglioramento continuo della qualità costituisce il riferimento etico, gestionale e operativo.

Viene applicato ad organizzazioni, professionisti e programmi ...

su contenuti specifici della pratica clinico – assistenziale.

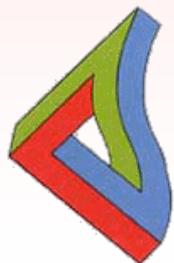


# Il 'modello' per l'accreditamento

il modello 'base' rappresenta un insieme selezionato di requisiti di governo (di 'sistema') giudicati utili per la garanzia della qualità delle prestazioni.

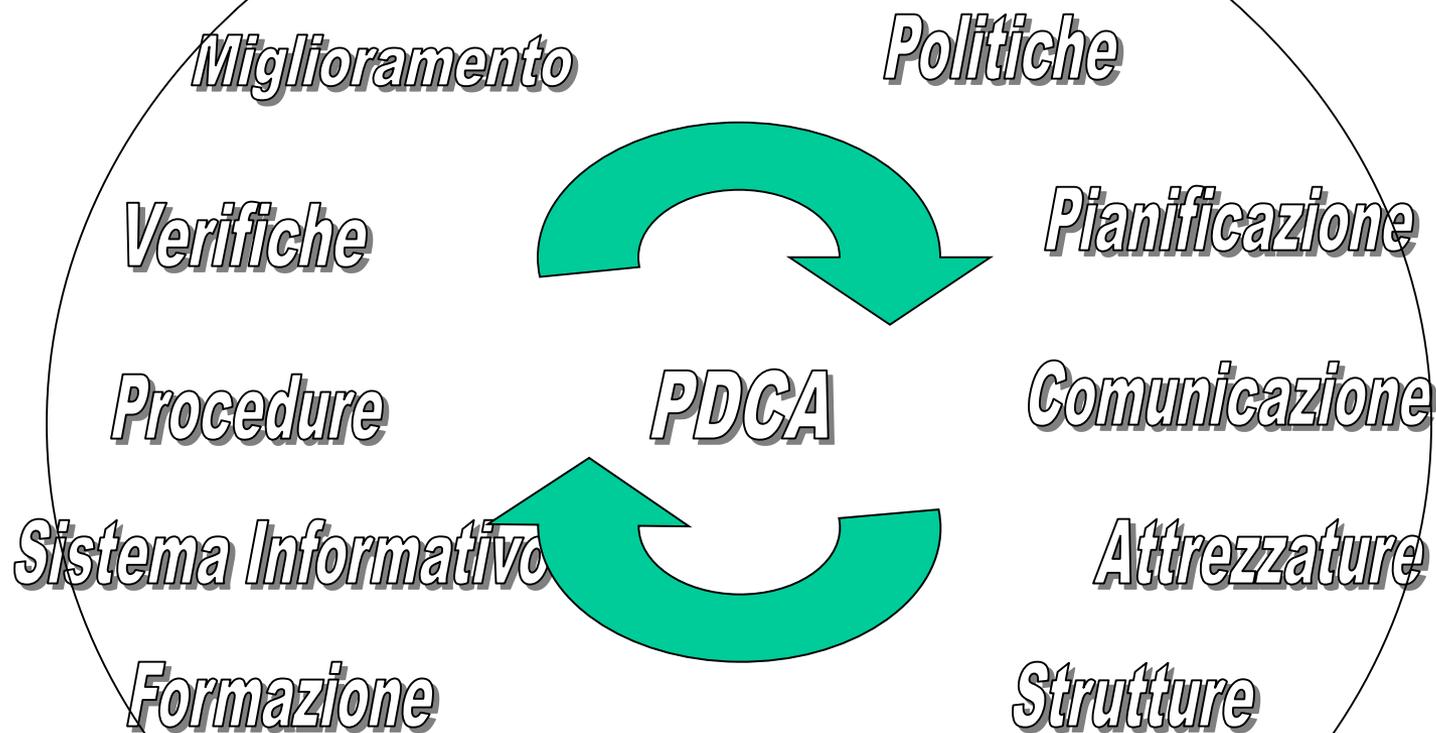
I requisiti di sistema fanno riferimento a: missione, struttura organizzativa, gestione delle risorse umane e tecnologiche, gestione della qualità e miglioramento, sistema informativo.

Le regioni hanno poi definito requisiti di dettaglio, specificativi dei precedenti, 'professionali' in quanto riferibili all'esercizio di attività in particolari branche o in particolari setting clinico assistenziali.

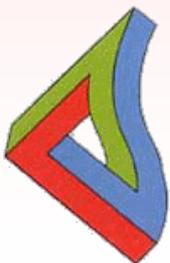


# Il modello dell'Accreditamento

## I requisiti generali



I requisiti specifici nel modello di riferimento



# Un insieme di requisiti ovvero 'Il modello'

Il modello, in quanto 'sistema' può essere applicato a tutte le strutture.

Esso viene adattato secondo procedure di tailoring (sartoria su misura)

- 1) arricchendolo di prescrizioni (= requisiti) organizzativi e tecnico professionali relativi a specifici processi
- 2) eliminando eventuali requisiti di dettaglio o relativi a normativa non applicabili



# valenze aziendali dell'accreditamento

Contribuisce allo sviluppo organizzativo, favorisce la partecipazione dei professionisti e la comunicazione con l'utenza. Infatti:

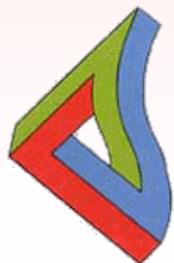
allinea gli addetti;

definisce livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati;

monitorizza i risultati ottenuti;

sviluppa la partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi .

Questo sforzo pone basi oggettive allo scambio fra i professionisti, l'organizzazione e gli utilizzatori del servizio: 'controlla' le attese e le riporta alla sostanza di un 'contratto' chiaramente stipulato.



# L'accreditamento

Seleziona e monitorizza gli erogatori per SSN

E ciò significa

... che una autorità o istituzione (nella specie regione), realizza una operazione 'con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo, di prescritti specifici requisiti (e di standard di qualificazione) e si risolve ... in iscrizione in elenco da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti' (sent.za Corte Costituz.le 416/95):

verificare ... la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento .... (D.P.R. 14/1/97 Art. 2. c6)



# L'accreditamento

L'accreditamento viene concesso alle strutture sanitarie se queste:  
sono in possesso della autorizzazione;  
rispondono agli obiettivi e agli indirizzi della programmazione regionale;  
sono in possesso di ulteriori requisiti di qualificazione;  
presentano verifica positiva della attività svolta.



# Ciò che il modello deve esplorare e documentare

Se le garanzie previste nel contratto negoziato dal committente con i cittadini sono in atto (requisiti deliberati!);

Se è onorato dalle strutture il mandato istituzionale, attraverso un "ruolo agito" coerentemente alle politiche dei servizi ;

Se è in atto un processo di miglioramento nella cornice degli obiettivi e metodi del 'governo clinico'.



# una verifica “perfetta”

Processo trasparente: standard pubblici e chiara metodologia di esecuzione

Attenta a ciò che conta (priorità, criticità, sviluppo ...)

Fortemente orientata ai processi di erogazione e ai cittadini utilizzatori

Personale qualificato

Rapporti chiari, tempestivi, utili al miglioramento

Proporzionata per estensione e approfondimento all'entità del rischio



# con risultati “su misura”

Si parte dalla verifica dei requisiti necessari ma si “adatta” alla maturità della organizzazione fornendo, secondo mandato

mera rilevazione dei segni e sintomi  
(conformità)

ipotesi diagnostiche (adeguatezza)

suggerimenti terapeutici (miglioramento)

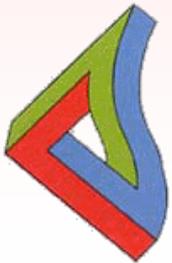


# I valutatori

E' compito della Regione definire le caratteristiche dei “soggetti qualificati” per le visite di accreditamento.

“qualificare” significa individuare requisiti (personali, di conoscenza, di esperienza, giuridici) e, attraverso un idoneo processo, verificarne il possesso nei candidati.

Sono pertanto stati definiti percorsi di strutturati di formazione ed è attualmente disponibile un pool di “valutatori per l’accreditamento”.

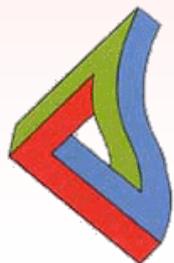


# Direttiva

## 2011/24/UE del 9/3/2011

È una direttiva europea sulla “Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera, volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l’accesso ad un’assistenza sanitaria sicura e di qualità nell’ambito dell’Unione Europea”

Bisogna che l’Italia dimostri di avere un sistema di accreditamento omogeneo!



# I recenti cambiamenti

Articolo 7 Patto per la Salute (Intesa Stato/Regioni del 3 Dicembre 2009)

Revisione normativa in materia di:

Accreditamento

remunerazione delle prestazioni  
sanitarie



# Revisione normativa per l'accreditamento

Il Ministero della Salute ha attivato il tavolo di lavoro TRAC, composto da rappresentanti di Ministero, Agenas, e Regioni e Province Autonome

il TRAC ha predisposto un documento nel quale sono individuate **caratteristiche comuni per l'accreditamento istituzionale**, basato sulla ricognizione dei manuali adottati ed in uso nelle Regioni e Province Autonome e sull'analisi di sistemi di accreditamento internazionali



# la nuova normativa nazionale

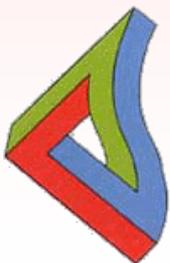
Intesa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi .... del 20 Dicembre 2012

Allegato A Disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITamento

Intesa ai sensi .... in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie del 19 febbraio 2015

Cronoprogramma – tempistica

Criteri per il funzionamento degli Organismi tecnicamente accreditanti (OTA)



# Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento

Il documento presenta 8 Criteri / fattori di qualità; per ciascun criterio sono individuati i Requisiti per l'accreditamento istituzionale.

Per ciascun requisito sono individuati:

l'**obiettivo** che intende perseguire

il **razionale** su cui si basa

un elenco di **evidenze** utili a dimostrare la conformità ai requisiti (evidenze esemplificative e non esaustive)



# Requisiti per l'accreditamento istituzionale

I requisiti individuati

sono ritenuti essenziali per l'accreditamento  
istituzionale

dovranno essere contenuti nella normativa di  
riferimento di ciascuna Regione / Provincia  
Autonoma

saranno valutati con modalità omogenee sul  
territorio nazionale ai fini  
dell'accreditamento istituzionale delle  
strutture sanitarie



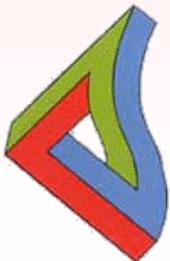
# Motivazioni

Condivisione (omogeneità) degli elementi pregnanti del sistema

realizzazione di un nuovo modello condiviso, considerando le più avanzate esperienze disponibili

dare nuova definizione all'oggetto dell'accreditamento, svincolandolo da una dimensione esclusivamente strutturale e focalizzando l'attenzione sulle diverse possibili configurazioni che concorrono all'espletamento assistenziale (Qualità)

tenere in considerazione i recenti indirizzi europei, volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità



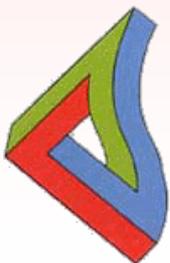
# I criteri

1°Criterio / fattore di qualità: Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

2°Criterio / fattore di qualità: Prestazioni e Servizi

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”



# I criteri

3° Criterio / fattore di qualità: Aspetti Strutturali

“L’organizzazione cura la idoneità all’uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”

4° Criterio / fattore di qualità: Competenze del Personale

“La organizzazione deve curare che il personale possieda / acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”



# I criteri

5° Criterio / fattore di qualità: Comunicazione

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”

6° Criterio / fattore di qualità: Appropriatezza clinica e sicurezza

“La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”



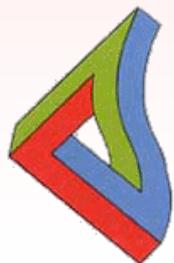
# I criteri

7° Criterio / fattore di qualità: Processi di miglioramento ed innovazione

“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo–professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

8° Criterio / fattore di qualità: Umanizzazione

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza ed i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”



# esempio

## 1° Criterio

### Requisito F.3: definizione delle responsabilità

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che siano stati definiti i ruoli, le responsabilità e i canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.

#### **Razionale**

All'interno di un'organizzazione, vengono identificati gruppi di professionisti responsabili dell'erogazione di servizi sanitari e della loro qualità e sicurezza.

Le responsabilità devono essere descritte in un documento che indichi anche le modalità di valutazione delle performance dei responsabili sulla base di specifici criteri propri della struttura sanitaria e uniformi a livello regionale. Una rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega deve essere effettuata periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza nell'azienda di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti;
- la presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.

# Come si applicano - esempi



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

***Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale  
delle strutture ospedaliere***

***Giugno 2015***



# Modello di autovalutazione

Agenas a partire dai requisiti individuati dall'Intesa 20/12/2015 ha predisposto 4 Manuali (*Strutture Ospedaliere, Strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera, Strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale, Strutture di medicina di laboratorio*) per creare e incentivare un **modello** che permetta alle organizzazioni di effettuare una **valutazione continua dell'applicazione dei requisiti**, consentendo attraverso la misurazione e l'analisi di innescare processi di miglioramento continuo.

Il modello si basa sul ciclo di Deming (PDCA)



# Modello di autovalutazione

Per il soddisfacimento dei requisiti le organizzazioni debbono dimostrare in che modo :

soddisfano l'obiettivo e lo scopo del requisito

danno evidenza del soddisfacimento del requisito



# Modello di autovalutazione

I manuali Agenas individuano i livelli di compliance del requisito, cioè ad ogni requisito, al fine della valutazione, sono attribuite delle evidenze attinenti a:

Processo (focalizzate sul modo in cui si realizza una attività)

Esito (focalizzate sul risultato che si ottiene)



# Modello di autovalutazione

<b>Fattore/ criterio 1</b>	<i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i>
<b>Requisito 1.3</b>	<i>Definizione delle responsabilità</i>
<b>Campo d'applicazione</b>	Intera struttura sanitaria
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi nel sistema aziendale documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione.
<b>Fase 2: Implementazione</b>	a) Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione; b) sono definiti membri, periodicità degli incontri e modalità di lavoro degli organi di governo/commissioni e vi è evidenza dei verbali, delle decisioni, delle azioni individuate dagli stessi e della loro implementazione.
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Viene effettuata e documentata la valutazione periodica della performance clinico-organizzativa dei vari responsabili e dirigenti - performance del dipartimento, dell'unità operativa o del servizio e vi è evidenza della revisione periodica dei processi, delle attività e delle relative responsabilità da parte della Direzione; b) vi è evidenza di una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle commissioni e degli organi di governo, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega; controllano, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.



<b>Fattore/ criterio 1</b>	<i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i>
<b>Requisito 1.5</b>	<i>Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi</i>
<b>Campo d'applicazione</b>	Intera struttura sanitaria
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	<p>a) Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinica, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita;</li> <li>○ delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi.</li> </ul>
<b>Fase 2: Implementazione</b>	<p>a) Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative sono documentate (es.: la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività;</p> <p>b) vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura/Azienda sia all'esterno e in particolare all'utenza);</p> <p>c) vi è evidenza nelle strutture/aziende sanitarie dell'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality&amp;morbidity review;</p> <p>d) i pazienti e le organizzazioni di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.</p>
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati.
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle performance (vedi requisito 7.1). Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.

Fattore/ criterio 2	<i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i>
Requisito 2.3	<i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria</i>
Campo d'applicazione	Intera struttura sanitaria e singola Unità Operativa Complessa coinvolta nella cura del paziente
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo;</li> <li>o uno specifico campo nella documentazione clinica dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali;</li> <li>o gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;</li> <li>o i tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</li> <li>o le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario.</li> </ul>
Fase 2: Implementazione	<p>a) Gli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e che garantiscono la continuità assistenziale nei trasferimenti tra <i>setting</i> assistenziali sono tracciati all'interno della cartella clinica;</p> <p>b) la comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.</p>
Fase 3: Monitoraggio	<p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</li> <li>o del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione;</li> <li>o del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale.</li> </ul>





<p>Fase 4: Miglioramento della qualità</p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità ed individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</li> <li>○ della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>informazioni contenute nella documentazione sanitaria;</li> <li>○ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità;</li> <li>○ dei tempi di accesso la documentazione sanitaria/socio-assistenziale.</li> </ul> <p>Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 7.1).</p>

# Intesa 19/2/2015

Sono ribaditi:

criteri,

requisiti

evidenze

Sono individuati

tempo di adeguamento da parte di

Regioni / Province Autonome

Strutture sanitarie

Criteri per il funzionamento degli Organismi  
tecnicamente accreditanti (OTA)

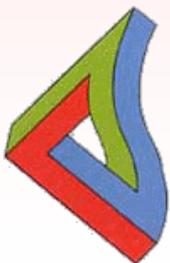


# Funzioni dell'Organismo tecnicamente accreditante

Effettuare la valutazione tecnica  
necessaria ai fini dell'accreditamento  
(l'organismo deputato a concedere  
l'accreditamento è la Regione o PA)

Essenziale la verifica esterna

il giudizio di accreditabilità riguarda sia le  
strutture private che le pubbliche

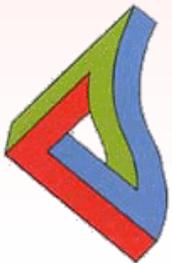


# Caratteristiche dell'Organismo tecnicamente accreditante

Avere procedure di verifica rispondenti a requisiti essenziali e garantirne la esecuzione

Avere modalità di lavoro predeterminate

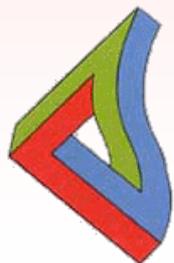
Garantire imparzialità, trasparenza ed autonomia rispetto sia alle strutture valutate sia all'autorità regionale che concede l'accreditamento (essere "terzo")



# Caratteristiche delle attività dell'OTA

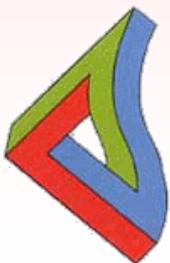
modalità realizzative delle attività esplicitate e formalizzate

aderenza alla normativa nazionale in materia e riferimento alla norme ISO 19011 (linee guida per audit dei sistemi di gestione qualità)



# Compiti dell'OTA

- Per garantire una corretta istruttoria tecnica (verifica del possesso dei requisiti di accreditamento) l'OTA deve:
- Stabilire la propria politica (mission e vision)
- Individuare in maniera esplicita le relazioni istituzionali
- definire la propria organizzazione interna con identificazione e gestione delle risorse umane coinvolte
- definire la pianificazione, effettuazione e valutazione delle proprie attività, anche al fine del miglioramento



# Compiti dell'OTA

Per garantire una corretta istruttoria tecnica (verifica del possesso dei requisiti di accreditamento) l'OTA deve:

- definire adeguate forme di partecipazione dei cittadini
- mantenere le relazioni con i portatori di interesse
- definire le procedure con le quali sceglie, forma, addestra, aggiorna e gestisce i valutatori per l'accreditamento
- assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale



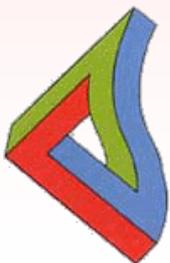
# In Emilia-Romagna

DGR n. 884/2013 “Recepimento dell'Intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" , in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (rep. atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).rep. n. 259/CSR del 20/12/2012

La DGR stabilisce:

il recepimento del documento approvato

il mandato all'ASSR - Funzione Accreditamento e ai competenti Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali di riesaminare il complessivo sistema dei requisiti generali e specifici di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti, approvati a decorrere dal 2004, e al fine di armonizzarlo e svilupparlo, ove necessario, in coerenza con gli obiettivi contenuti nell'Intesa



# In Emilia-Romagna

DGR n.1604/2015 "Recepimento intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Indicazioni operative alle strutture sanitarie accreditate".

La DGR stabilisce:

il recepimento del documento approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 19/02/2015 che configura requisiti, evidenze, modalità e tempi di attuazione della revisione del sistema di accreditamento, al fine di uniformarlo a livello nazionale



# Indicazioni della DGR 1604/2015

La Funzione Accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale è individuata quale Organismo tecnicamente accreditante, in quanto già titolare fin dal 1998 delle funzioni previste dall'allegato B dell'Intesa 19/2/2015 e con le caratteristiche da questo richieste;



# Indicazioni della DGR 1604/2015

La Direzione generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione con il supporto tecnico della Funzione Accreditamento formula proposte di revisione del sistema dell'accreditamento, anche al fine di dare applicazione a quanto previsto dall'allegato A dell'Intesa;



# Indicazioni della DGR 1604/2015

a Funzione Accreditamento formula proposte di revisione delle procedure, attualmente in essere, per armonizzarle con quanto richiesto dall'Intesa del 19 febbraio 2015 (Allegato B);



# Indicazioni della DGR 1604/2015

conferma fino al 31 luglio 2018 di tutti i provvedimenti di accreditamento attualmente in vigore con scadenza entro il 31 luglio 2018 (nelle more del processo di adeguamento del modello)

*le Strutture comprese in tale conferma non dovranno presentare domanda di rinnovo fino alla definizione delle nuove procedure, con esclusione delle richieste di variazioni degli accreditamenti già concessi e le richieste di nuovi accreditamenti;*



# Indicazioni della DGR 1604/2015

la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione formula le modalità con cui attuare un programma di verifiche, da effettuare fino al 31 luglio 2018, per monitorare il mantenimento delle garanzie di qualità e sicurezza delle strutture del Sistema Sanitario regionale e il loro progressivo adeguamento ai requisiti e alle evidenze previste dall'Intesa del 20 dicembre 2012;



# Indicazioni della DGR 1604/2015

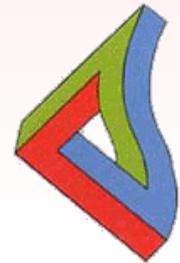
avvio di un percorso sperimentale con le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali per dare attuazione alla revisione del modello di accreditamento;



# Indicazioni della DGR 1604/2015

avvio di un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012 con le strutture pubbliche e private accreditate per valutare il grado di adesione, anche mediante autovalutazioni ed audit interni.





# I requisiti della Rete



# I requisiti della Rete

## PREMESSA

**REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI DELLA RETE LOCALE DI  
CURE PALLIATIVE**

**REQUISITI NODO OSPEDALE**

**REQUISITI NODO AMBULATORIO**

**REQUISITI NODO HOSPICE**

**REQUISITI NODO DOMICILIO**

**CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE**

**INDICATORI RETE/NODI**

