

CRITERI E DISPOSIZIONI GENERALI PER L'AGENZIA SANITARIA REGIONALE

1. PROCEDURA GENERALE DI VERIFICA

2. CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DEI VALUTATORI E COMPOSIZIONE DEI TEAM

3. CRITERI DI VALUTAZIONE

1.PROCEDURA GENERALE DI VERIFICA

1.1. DESCRIZIONE PROCEDURA DISEGNATA NELLA LR 34/98

La procedura individuata dalla LR.34/98 (artt. 8 e 9), in tema di accreditamento è illustrata nel primo diagramma.

Si ricorda che l'accesso al procedimento può avvenire quando la struttura avrà raggiunto il possesso dei requisiti minimi necessari per l'autorizzazione, attestata dal rilascio dell'atto autorizzativo da parte del Comune/i competente/i.

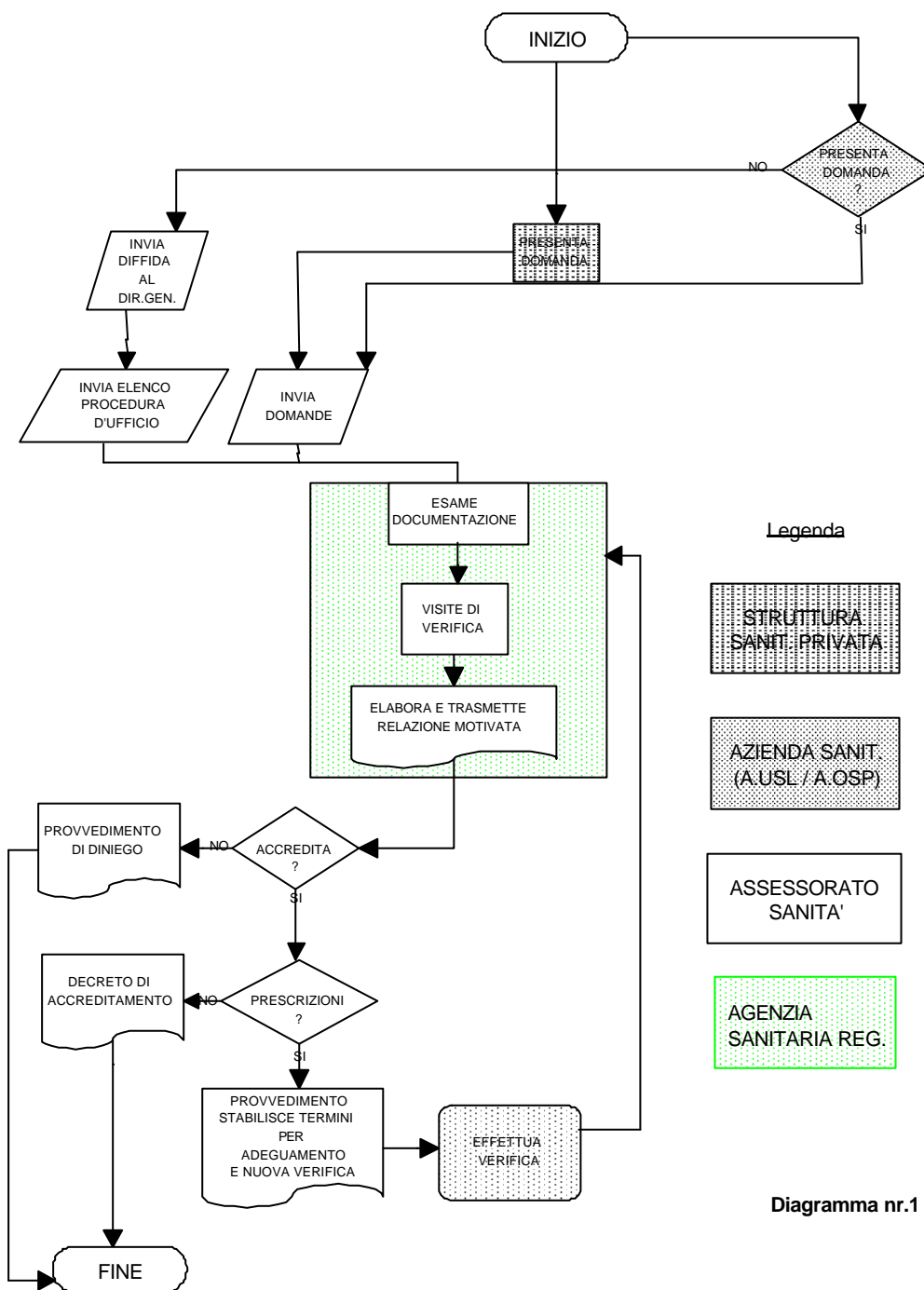
Si evidenzia inoltre che, mentre l'accesso al procedimento è volontario per le strutture sanitarie private, che scelgono se e quando presentare la propria domanda, esso è obbligatorio per le strutture pubbliche, pertanto è prevista una attivazione d'ufficio in caso di Direttori Generali non ottemperanti.

Infatti solo il possesso dell'accreditamento istituzionale rende possibile per le strutture erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, cui debbono obbligatoriamente riferirsi le strutture pubbliche, mentre le strutture private possono scegliere di operare al di fuori di esso rivolgendosi al mercato privato.

L'accreditamento rende possibile l'individuazione delle caratteristiche che rendono le strutture idonee ad erogare servizi sanitari per conto del SSN. Tale titolo è necessario, ma non sufficiente per erogare prestazioni a carico dello stesso SSN, per il cui riconoscimento è indispensabile un apposito accordo/contratto tra la struttura accreditata e i committenti deputati alla stipula di tali accordi (Regione e/o Aziende USL - vedi art.2 LR 34/98 e Art.8.bis D.Lgs 502/92 integrato da D.Lgs.229/99)

In questo procedimento la Regione, per il tramite dell'Assessorato competente, è l'autorità amministrativa responsabile della procedura, che si conclude col rilascio di un Decreto dell'Assessore alla Sanità, mentre l'organismo tecnico di riferimento è l'Agenzia Sanitaria Regionale.

Procedura per la verifica dei requisiti per l'accreditamento



1.2. PROCEDURA DI DETTAGLIO RELATIVA ALLA ATTIVITÀ DELLA AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Le parte assegnata alla Agenzia Sanitaria Regionale, che nel precedente diagramma era evidenziata in grigio, può essere ulteriormente dettagliata, così come illustrata nel diagramma 2.

Sulla base degli elementi contenuti nella domanda presentata all'Assessorato e trasmessa alla ASR, viene costituito un Team di valutatori, cui viene affidato il compito di predisporre l'intero **Piano di verifica** - che dettaglia i requisiti per quella specifica struttura e le esigenze complessive di analisi.

La Check list personalizzata viene comunicata a cura del Team alla struttura richiedente, la quale deve preventivamente effettuare una autovalutazione e restituire la medesima check list compilata.

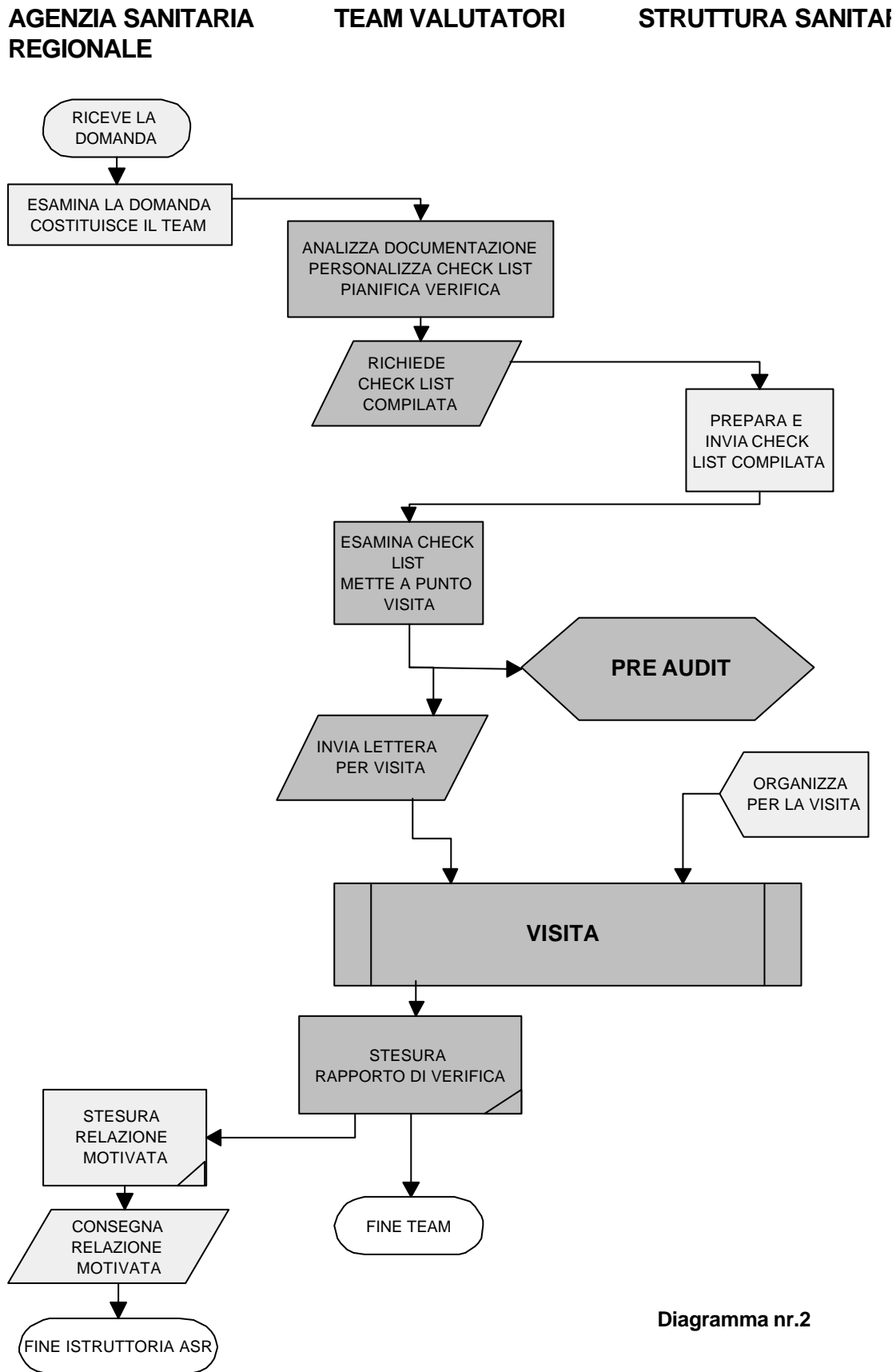
Se ritenuto necessario, può essere effettuato un **Pre-audit**, ossia una riunione introduttiva, nel corso della quale vengono forniti, da parte del Team e della struttura da valutare, i chiarimenti e le spiegazioni necessarie al miglior svolgimento della **visita di verifica** vera e propria, che deve essere notificata per lettera.

Al termine della visita il team consegnerà alla struttura visitata la check list compilata e sottoscritta da entrambi i soggetti (Team e Struttura), con l'evidenziazione delle eventuali contestazioni non risolte.

Successivamente il Team sintetizzerà il proprio lavoro nel **Rapporto di verifica**, che dovrà essere consegnato alla Agenzia Sanitaria Regionale e sancirà la conclusione del Team.

Sulla base del Rapporto sarà redatta la **Relazione motivata** in ordine alla accreditabilità della struttura che, consegnata all'Assessorato, sancirà il termine dell'istruttoria da parte della ASR.

Procedura di istruttoria della ASR per la verifica dei requisiti per l'accreditamento



2. CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DEI VALUTATORI E COMPOSIZIONE DEL TEAM

2.1. DESCRIZIONE

La verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento viene effettuata attraverso la costituzione di un apposito gruppo di esperti, di seguito denominato **Team**, di cui fanno parte soggetti appositamente incaricati dall' ASR, chiamati **valutatori**.

Il Team viene costituito ad hoc per la verifica della struttura che ha presentato la richiesta di accreditamento, e viene sciolto al completamento della specifica istruttoria.

2.2. REQUISITI DEI VALUTATORI

L'Agenzia Sanitaria deve garantire, attraverso adeguati processi di selezione, formazione e qualificazione che le istruttorie siano svolte da valutatori in possesso di competenze e conoscenze, nonché caratteristiche personali di cui ha accertato l'idoneità.

In particolare i valutatori devono avere:

- adeguata e documentata esperienza del settore sanitario o sociosanitario (pubblico e privato),
- adeguata conoscenza degli: approcci alla qualità ed alle tecniche di verifica acquisite in percorsi di formazione ad hoc o attraverso documentate esperienze aziendali
- adeguata conoscenza della problematica dell'accreditamento delle strutture sanitarie, anche con riferimento alla legislazione nazionale e regionale in vigore;
- caratteristiche personali che li rendono idonei al compito

2.3. COMPOSIZIONE DEL TEAM

❶ Il **Team** viene costruito in base ai seguenti elementi della struttura oggetto di valutazione:

➔ rispetto al grado di complessità :

i componenti sono determinati in numero variabile da 2 a 6

➔ rispetto alla tipologia della struttura :

i componenti sono selezionati tra le seguenti competenze specifiche

- igiene ed organizzazione sanitaria – direzione sanitaria - gestione di servizi sanitari territoriali
- competenze di tipo professionale specialistico sui processi produttivi/ erogativi in esame
- assistenza infermieristica
- organizzazione e sicurezza del lavoro (prevenzione) – impiantistica generale – tecnologie sanitarie
- processi amministrativi.

❷ Al Team è garantita l'assistenza di un incaricato della ASR con funzioni di segreteria, conservazione degli atti e documentazione, ecc.

❸ Ai lavori del team possono assistere eventuali valutatori in formazione e osservatori, la cui presenza sia motivata e sia preventivamente accettata sia dal team leader sia dalla struttura valutata.

2.4. RESPONSABILITÀ E FUNZIONI DEL TEAM LEADER E DEI VALUTATORI

Ciascun Team è affidato alla responsabilità di un valutatore, preventivamente individuato dalla Agenzia sanitaria e denominato Team Leader.

2.4.1- Responsabilità del Team Leader

Il **team leader** è il responsabile ultimo (nei confronti della ASR) per tutte le fasi della verifica, dal momento della costituzione del Team, al momento del suo scioglimento.

La sua responsabilità riguarda in particolare:

- la rappresentanza del Team nei confronti della struttura valutata
- la preparazione del piano di verifica
- la preparazione del rapporto di verifica
- la collaborazione alla redazione della Relazione motivata in ordine alla accreditabilità

2.4.2 Funzioni

Il team leader collabora con l'ASR alla individuazione dei componenti del Team

Nei confronti del Team, il team leader svolge, tra l'altro le seguenti attività:

- assegna i compiti e i ruoli ai componenti del team
- convoca le riunioni
- assume le decisioni in caso di controversie all'interno del team
- conduce, o supervisiona le interviste nel corso delle visite ispettive

2.4.3. Responsabilità dei Valutatori

Ciascun valutatore:

- partecipa attivamente ai lavori di pianificazione della visita
- realizza le attività assegnate dal team leader nell'ambito della visita di verifica
- fornisce indicazioni utili alla redazione del rapporto in riferimento alla specifica competenza posseduta

3. Criteri di valutazione

3.1. DOCUMENTI E LORO RELAZIONI

3.1.1. Descrizione

La valutazione della struttura avviene attraverso la predisposizione di un **Piano di verifica**: contiene la **Check list** personalizzata e l'evidenziazione di quanto deve essere indagato.

La compilazione della **Check list** avviene prima da parte della struttura in autovalutazione, poi da parte del Team attraverso la visita.

Al termine della visita la Check list compilata viene illustrata alla Struttura, commentata e sottoscritta da entrambe le parti.

Se vi sono osservazioni o contestazioni non risolte, queste vengono annotate.

Il Team, successivamente consegna alla ASR un **Rapporto di verifica**, che contiene la Check list, le considerazioni complessive sulla struttura—espresse come punti di forza e debolezza— che ritiene meritevoli di attenzione ed il resoconto sommario della svolgimento della visita.

Sulla base di tale Rapporto viene predisposta dalla ASR, con la collaborazione del Team Leader, la **Relazione motivata** in ordine all'accreditabilità della struttura, da fornire all'Assessorato che dovrà emanare il Decreto di accreditamento.

3.1.2. Scopi e Contenuti dei documenti

La **Check List** costituisce lo schema di analisi ed è il documento su cui sono basate le relazioni tra il Team e la struttura valutata.

Permette di capire come è organizzata e funziona la struttura – indica requisito per requisito lo "stato" della struttura.

Il Documento analizza la struttura.

Il **Rapporto di verifica** costituisce la sintesi del lavoro del Team, attraverso il resoconto complessivo e il giudizio finale sulla verifica svolta ed è il documento conclusivo della relazione tra Team ed ASR. Accorpa a "sistema" i singoli elementi esaminati, fornendo l'interpretazione globale della struttura rispetto al modello fornito.

Il Documento contiene un giudizio "tecnico".

La **Relazione motivata** costituisce la relazione tra l'Assessorato e l'ASR, e deve fornire all'Assessorato gli elementi di giudizio, riaggregati in modo tale da consentire la decisione utilizzando gli elementi analitici costituenti il giudizio tecnico per valutare la complessiva rispondenza della struttura alle necessità della programmazione regionale (in termini di capacità gestionale, governo dei processi di supporto, processi clinico-assistenziali e risultati)

Il Documento rappresenta il supporto alla decisione.

3.2. MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI REQUISITI DELLA CHECK LIST

3.2.1. Valutazione dei requisiti generali

La check list è il documento che, identificando i singoli aspetti da indagare, attraverso i requisiti e le loro evidenze, "fotografa" la struttura.

È il documento principale a disposizione del Team per esprimere analiticamente il proprio giudizio e della struttura per conoscere la valutazione che ad essa è stata attribuita.

Costituisce mandato del team valutare la conformità della struttura ai requisiti del modello di riferimento.

Quanto di seguito illustrato è perciò la modalità con cui dovrà essere svolto il lavoro del team.

Per ogni domanda della check-list presa in considerazione l'espressione della conformità dovrà essere espressa in una scala di quattro valori: NO, no, si, SI, [e questi 4 gradi corrispondono alle percentuali di conformità: 0, 33, 66, 100%].

I valori sono così definiti:

<p>NO: requisito mancante o applicato in modo fortemente <u>contrastante con lo spirito e le finalità</u> per cui è posto. Carezza o insufficienza grave, tale da inficiare l'accREDITamento per quel requisito.</p> <p>no: requisito esistente anche <u>in modo parziale</u> ma sviluppato e applicato in modo carente o non strutturato o solo per alcuni aspetti.</p> <p>si: requisito esistente ed in linea di massima <u>coerente con i principi e le finalità</u> per cui è posto. E' però suscettibile di miglioramento ulteriore per permettere l'ottenimento di un riconoscimento di livello soddisfacente rispetto al modello</p> <p>SI: requisito applicato in <u>completa coerenza</u> con il modello, in tutti i suoi aspetti.</p>

L'aggregazione dei requisiti a sistema, nel modello per l'accREDITamento suddiviso nei dieci capitoli, permette di attribuire ad ogni elemento (capitolo) del modello una importanza relativa nel raggiungimento della qualità richiesta complessivamente alla struttura, attraverso l'attribuzione di un peso a ciascuno di essi, in modo da evidenziare la rilevanza del capitolo rispetto a tutto il documento, ovvero quanto ciascun capitolo incide sulla valutazione complessiva della struttura esaminata.

I pesi attribuiti nello schema sottoillustrato rappresentano una facilitazione per i valutatori, consentendo loro di sintetizzare il giudizio finale nella considerazione e relazione tra i singoli aspetti esaminati.

Tali pesi, attribuiti dal committente Assessorato, potranno da esso essere modificati qualora si manifestassero esigenze diverse.

In sede di prima applicazione del modello per l'accREDITamento i pesi sono attribuiti solo ai capitoli, e non ai singoli requisiti.

Per ciascun capitolo i pesi sono i seguenti:

	Capitolo	Peso
1	Politica	10
2	Pianificazione	12
3	Comunicazione	9
4	Struttura	8
5	Attrezzature	8
6	Formazione	9
7	Sistema informativo	11
8	Procedure	10
9	Verifica dei risultati	12
10	Miglioramento	11

Inoltre sono definiti, all'interno dei capitoli, i requisiti sottoindicati, i quali richiedono un grado di idoneità almeno sufficiente (=si piccolo) per il conseguimento dell'accREDITamento:

<p>Politica: la identificazione degli obiettivi per la qualità.</p> <p>Pianificazione: il documento di pianificazione annuale, lo standard di prodotto.</p> <p>Comunicazione: la partecipazione alla definizione degli impegni della carta dei servizi, la documentazione di una comunicazione interna efficace per la buona gestione dei processi e in merito agli obiettivi ed alle loro verifiche.</p> <p>Formazione: affiancamento, addestramento, mantenimento della competenza clinica</p> <p>Sistema informativo: gestione dei dati e delle informazioni necessarie alla verifica dei risultati pianificati.</p> <p>Verifica dei risultati: verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi della pianificazione, dello standard di prodotto, monitoraggio dei processi, anche con l'utilizzo di indicatori individuati dai professionisti.</p>

Infine si ricorda che la struttura **deve possedere tutti i requisiti richiesti per l'autorizzazione** (=si piccolo o SI grande).

Il riscontro di carenze gravi (NO grande) su tali requisiti dovrà essere comunicato all'Assessorato regionale e potrà sospendere l'istruttoria per l'accreditamento; dovrà inoltre essere segnalato da parte dell'Assessorato regionale, al Comune che ha rilasciato l'autorizzazione per eventuali provvedimenti in merito alla stessa.

Il riscontro di carenze minori (no piccolo) su tali requisiti dovrà essere comunicato all'Assessorato regionale.

NB I requisiti richiesti per l'autorizzazione sono valutati in sede di autorizzazione solo per quanto riguarda l'esistenza di una evidenza, mentre l'accreditamento li considera nuovamente alla luce di una valutazione di conformità sulla scala più ampia relativa non solo alla esistenza, ma anche alla coerenza complessiva rispetto al sistema di organizzazione.

3.2.2.Requisiti specifici

Per alcune tipologie di strutture sono approvati Requisiti specifici, che devono essere valutati in aggiunta e approfondimento dei requisiti generali.

La modalità di valutazione è la medesima esposta per i requisiti generali.

Costituisce **requisito obbligatorio** per l'accreditamento – da possedere almeno con un grado di idoneità sufficiente (=si piccolo)- la evidenza di applicazione dei requisiti descritti al capitolo intitolato “Qualificazione dei percorsi diagnostico-assistenziali”

3.2.3.Contenuto della Check list

La **check list** contiene pertanto:

- i requisiti generali e specifici (se esistenti) selezionati per la struttura da esaminare, espressi sotto forma di domanda
- il valore ad essi attribuiti secondo la scala di valore esposta
- il campo NOTE, cioè l'annotazione delle evidenze, od altre osservazioni pertinenti – comprese le eventuali contestazioni non risolte.

3.3. CARATTERISTICHE DEL RAPPORTO DI VERIFICA

Il **Rapporto di verifica** deve contenere i seguenti elementi:

- Struttura visitata
- Obiettivo
- Oggetto
- Estensione della visita
- Composizione del Team
- Referenti aziendali
- Data e durata della visita
- C.L. compilata e controfirmata
- Verbale sommario di svolgimento della visita (è confermata la pianificazione?)
- Eventuali punti di contestazione
- eventuali criticità riscontrate
- commento pt di forza - pti debolezza vs. modello

Il Team, inoltre, deve consegnare all'ASR, a completamento della istruttoria, il **Piano di Verifica**, la **lettera di Notifica** ed il **Verbale del Pre-audit**, se effettuato (contenente l'individuazione dei presenti).

3.4. CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE MOTIVATA

La **Relazione motivata** consiste nel testo interpretativo dei risultati della verifica svolta e nella proposta in ordine alla accreditabilità.

Contiene gli elementi per individuare:

- la struttura oggetto della verifica
- l'area di indagine e l'estensione della visita

Deve esprimere il giudizio fornito all'Assessorato secondo le seguenti aree di esposizione:

- leadership e governo clinico
- processi gestionali e di supporto
- funzioni orientate al paziente e risultati

Gli elementi di analisi del modello (gruppi omogenei di requisiti) dovranno perciò essere riaccorpati in una delle suesposte aree, in modo da permettere la espressione della valutazione.

Alla redazione della Relazione motivata collaborerà il Team leader che ha svolto la verifica.

Alla Relazione andrà allegata copia della Check List compilata e controfirmata, nonché la documentazione relativa alle eventuali contestazioni.