

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1943 del 04/12/2017

Seduta Num. 45

Questo lunedì 04 **del mese di** dicembre

dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore
9) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2017/1861 del 31/10/2017

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

~ il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e, in particolare l'art. 8-quater, che stabilisce che:

- o l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- o la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;

~ il DPR del 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate in termini metodologici e che prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private perchè le stesse siano dotate di un definito insieme di attività e procedure riguardanti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

~ la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998 e successive modificazioni "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997";

~ l'Intesa approvata in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, 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, completa dell'allegato documento sub A, parte

integrante dell'Intesa;

la propria deliberazione n. 884/2013 di recepimento dell'Intesa sopra citata, con la quale è stato conferito il mandato all'Agenzia sanitaria e sociale regionale e ai competenti Servizi della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare di riesaminare il complessivo sistema dei requisiti generali e specifici di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti;

l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province autonome in materia di adeguamenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie Rep. n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 che definisce le modalità e i tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico", documento finalizzato alla revisione del sistema di accREDITamento, già sancito con l'Intesa del 20 dicembre 2012. In particolare il Cronoprogramma, di cui all'Allegato A dell'Intesa, che individua, 8 Criteri, 28 Requisiti essenziali e 123 Evidenze comuni a tutti i sistemi regionali per l'accREDITamento istituzionale e distingue, per ciascuna Evidenza, i tempi di adeguamento, prevedendo due scadenze a 12 e 24 mesi a decorrere dalla data di recepimento dell'Intesa stessa da parte delle Regioni e Province Autonome. L'Allegato B che definisce le modalità di funzionamento degli "Organismi tecnicamente accREDITanti" al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale, e ne prevede l'istituzione presso le Regioni e le Province autonome che ne siano prive, entro il 31 ottobre 2015;

il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Richiamate altresì:

le proprie deliberazioni:

n. 327/2004 e successive modifiche e integrazioni, con cui questa Giunta ha definito i requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

n. 1648/2009 "Prime modifiche al sistema di Educazione in medicina (ECM) nella Regione Emilia Romagna in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni concernente "Riordino del Sistema di Formazione continua in medicina" del 1 agosto 2007;

n. 1332/2011 "AccREDITamento della funzione di governo aziendale della formazione continua: approvazione dei requisiti. Integrazioni alla DGR n. 327/2004 e modifiche alla DGR n. 1648/2009";

n. 1333/2011 "Accreditamento della funzione di provider ECM: approvazione dei requisiti. Ulteriori modifiche alla DGR n. 1648/2009";

n. 53/2013 "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento";

n. 624/2013 "Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR n. 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";

n. 286/2014 "Programmazione del percorso di allineamento delle residenze sanitarie psichiatriche già accreditate, gestite da enti non profit, ai nuovi requisiti e tariffe (DGR n. 1830/2013 e DGR n. 1831/2013) e domande di accreditamento di nuove residenze sanitarie psichiatriche (ai sensi della DGR n. 624/2013);

n. 865/2014 "Modifica deliberazioni n. 53/2013 e n. 624/2013 e ulteriori precisazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";

n. 1311/2014 "Indicazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private";

n. 1314/2015 "Indirizzi di programmazione regionale in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie";

~
le determinazioni del Direttore generale sanità e politiche sociali e per l'integrazione:

n. 3306/2012 "Accreditamento istituzionale della funzione di governo aziendale della formazione continua di cui alla DGR n. 1332/2011: definizione modalità di presentazione della domanda - fase transitoria";

n. 3307/2012 "Accreditamento della funzione di provider ECM di cui alla DGR n. 1333/2011. Definizione del procedimento di verifica dei requisiti, delle attribuzioni e delle modalità organizzative e procedurali per l'espletamento delle relative attività istruttorie e del rilascio dei provvedimenti di accreditamento";

n. 7270/2014 "Rettifica determina n. 1333/2011 - Proroga dei termini";

n. 12404/2014 "Rettifica a determina n. 7270/2014 - Ulteriore proroga dei termini";

n. 6416/2015 "Applicazione della Delibera di Giunta regionale n. 1311/2014. Presa d'atto delle strutture sanitarie assoggettate a proroga dell'accREDITAMENTO";

Dato atto che con propria delibera n. 1604/2015 recante "Recepimento dell'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", oltre a recepire l'intesa medesima:

~ si è dato atto di avere già ottemperato alle previsioni di cui all'Intesa (allegato B dell'Intesa) poiché in questa Regione è già operante un organismo tecnico con le caratteristiche previste, nelle vesti dell'attuale Funzione accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale;

~ si è dato mandato:

alla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare di formulare proposte di revisione del sistema dell'accREDITamento anche al fine di dare applicazione a quanto previsto dall'allegato A dell'Intesa e dal documento "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento" dell'Intesa del 20 dicembre 2012;

alla Funzione AccREDITamento della Agenzia sanitaria e sociale regionale, quale Organismo tecnicamente accREDITante di questa Regione, di formulare proposte di revisione delle procedure di competenza, attualmente in essere, per armonizzarle con quanto richiesto dall'Intesa del 19 febbraio 2015 (Allegato B), fornendo così supporto tecnico alla Direzione generale competente per la revisione del modello di accREDITamento;

Dato atto inoltre che la suddetta delibera ha stabilito che:

- nelle more della revisione complessiva del sistema di accREDITamento di questa regione, tutti i provvedimenti di accREDITamento anche sulla base di quanto disposto dalla propria delibera n. 1311/2014, sono confermati fino al 31 luglio 2018;
- tutte le strutture già accREDITate di cui al punto che precede non dovranno presentare domanda di rinnovo fino alla definizione delle nuove procedure;

Considerato che con la propria deliberazione n. 2307/2016 è stato approvato il nuovo programma regionale dipendenze patologiche che prevede, tra l'altro, il consolidamento di collaborazioni con il Privato sociale anche attraverso la sperimentazione di nuove modalità di accoglienza delle persone affette da dipendenza patologica, lo sviluppo di modelli organizzativi e pratiche territoriali fortemente integrate tra servizi; nel 2017 è stato avviato un percorso di confronto con le Aziende Usl e il Coordinamento Regionale Enti Ausiliari, finalizzato alla definizione del nuovo accordo regionale, sia per quanto concerne lo sviluppo delle strutture accREDITate, sia per gli interventi finalizzati a favorire l'autonomia sociale delle persone con dipendenza patologica;

Ritenuto pertanto che le strutture private già accREDITate per il trattamento delle dipendenze patologiche mantengano la validità degli accREDITamenti per il periodo necessario ad attuare il percorso di programmazione di cui al capoverso che precede, fatti salvi i casi di variazioni previsti dalla DGR 53/2013;

Dato atto che:

~ la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e l' Agenzia sanitaria e sociale regionale e con le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali e con le strutture private accreditate hanno avviato un percorso di avvicinamento ai requisiti previsti dall'Intesa del 20 dicembre 2012;

~ tale percorso ha portato ad una revisione dei requisiti generali in una ottica di razionalizzazione e di semplificazione degli stessi;

Ritenuto pertanto necessario approvare tali nuovi requisiti generali, ridefiniti sulla base dell'Intesa e allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale, stabilendo che tali requisiti si applicano all'intera organizzazione al fine di verificare l'implementazione sistematica di processi volti a garantire il controllo sulla qualità e sicurezza dei servizi erogati e dei risultati prodotti dalla stessa;

Considerata la necessità di procedere ad una revisione del processo di rinnovo dell'accreditamento nell'ottica della semplificazione e della trasparenza

Ritenuto inoltre necessario fornire alle strutture sanitarie accreditate pubbliche e private le necessarie indicazioni anche ai fini della presentazione delle domande di rinnovo dell'accreditamento in considerazione della scadenza al 31/7/2018 della proroga disposta con la propria delibera n. 1604/2015 sopra richiamata;

Richiamati:

~ la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;

~ la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

~ il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;

~ Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

~ n. 56/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016, n. 2344/2016 e n. 3/2017 relative

alla riorganizzazione dell'Ente regione ed alle competenze dirigenziali;

~ n. 89/2017 "Approvazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019";

~ n. 468/2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";

~ n. 486/2017 "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013. attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";

Acquisito il parere favorevole della IV Commissione Assembleare - Politiche per la salute e politiche sociali in data 27 novembre 2017;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera

per le motivazioni riportate in premessa:

1. Di approvare i requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private regionali in attuazione di quanto disposto dall'Intesa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie del dicembre 2012, in allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
2. Di dare atto che i requisiti di cui al punto 1. sostituiscono integralmente quelli approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004;
3. Di stabilire che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie;
4. Di stabilire che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono possedere i requisiti generali di cui al punto 1. al momento della presentazione della domanda di rinnovo o variazione o nuovo accreditamento;
5. Di dare atto altresì che le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono possedere i requisiti specifici vigenti al momento della pubblicazione del presente atto;
6. Di stabilire che le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, dovranno adeguarsi agli eventuali requisiti specifici pubblicati successivamente al presente atto nei tempi previsti nelle delibere di approvazione degli stessi;
7. Di dare mandato alla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare di apportare tutte le modifiche e integrazioni necessarie alla modulistica per la presentazione della domanda;

8. Di stabilire che le strutture sanitarie pubbliche e private che intendono presentare domanda di accreditamento (rilascio, variazione, rinnovo) devono utilizzare la modulistica disponibile nella specifica sezione del portale della Regione Emilia-Romagna, che sostituiscono integralmente i moduli allegati alla DGR 53/2013;
9. Di stabilire, per le motivazioni espresse in premessa, che limitatamente alle strutture per le dipendenze patologiche, gestite da soggetti gestori privati, con accreditamento in scadenza 31 luglio 2018, la validità dell'accREDITamento è confermata fino al 31 luglio 2019;
10. Di confermare l'accREDITamento in essere, per le strutture sanitarie che abbiano presentato una valida domanda, nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo. Tali strutture possono pertanto, continuare a svolgere in regime di accREDITamento le medesime attività già accREDITate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi;
11. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
12. di pubblicare la presente delibera nel B.U.R.E.R.T. (Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna).

Allegato

Requisiti Generali di Accreditamento

Requisiti RER	Elementi di valutazione
1° Criterio Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	
1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.	1.1.1 La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione di quanto programmato.
	1.1.2 La documentazione relativa alla pianificazione è diffusa ai diversi livelli organizzativi.
	1.1.3 Gli obiettivi sono declinati in relazione alle responsabilità e ai temi.
	1.1.4 La pianificazione è coerente con la Mission e Vision della struttura.
1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.	1.2.1 Per le reti clinico-assistenziali sono definiti le finalità, i nodi che le compongono e i rispettivi ruoli, i livelli di responsabilità, le modalità di coordinamento e di funzionamento nel rispetto delle direttive regionali.
	1.2.2 Sono esplicitati i criteri di valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali.
1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi)	1.3.1 Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità
	1.3.2 È formalizzato un sistema di valutazione periodica delle performance relativo alle responsabilità assegnate e al sistema delle deleghe.
	1.3.3 È adottato un codice di comportamento e/o etico
1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).	1.4.1 I sistemi informativi garantiscono: <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza nell'accesso, integrità e tracciatura dei dati sanitari - supporto alle attività di pianificazione e controllo, gestione e miglioramento delle attività e dei servizi, - diritti dei cittadini ad una informazione trasparente, in particolare: liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie - continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.
	1.4.2 È presente attività di valutazione della qualità dei dati contenuti nei flussi provenienti da fonti esterne
	1.4.3 È presente attività di valutazione della qualità delle informazioni in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dei dati provenienti da fonti interne
1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei	1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino

Requisiti RER	Elementi di valutazione
servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.	1.5.2 Sono definite le responsabilità per la valutazione
	1.5.3 Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne)
	1.5.4 È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione
	1.5.5 Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica
	1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).
2° Criterio Prestazioni e Servizi	
2.1 La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on-line).	2.1.1 Le prestazioni e i servizi sono comunicati mediante strumenti informativi (carta dei servizi ed altri strumenti).
	2.1.2 Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.
	2.1.3 Le prestazioni ed i servizi dichiarati sono coerenti con quanto erogato/autorizzato.
	2.1.4 La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.
2.2 La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali	2.2.1. I percorsi definiti e le relative modalità di presa in carico prevedono la valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona.
	2.2.2 Sono definiti i criteri per l'eleggibilità dei pazienti
	2.2.3 Sono esplicitate le responsabilità per la presa in carico, la cura e la continuità dell'assistenza.
2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza	2.3.1. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per il passaggio in cura nei diversi setting assistenziali
	2.3.2. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per dimissioni protette
	2.3.3. Sono definite modalità per garantire i collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e socio sanitarie coinvolte nell'assistenza
	2.3.4. Sono definite modalità per effettuare il trasporto sicuro del paziente (intra – inter – extraospedaliero)
	2.3.5. Sono presenti documenti che definiscano l'appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche
	2.3.6. Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all'interno della

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite.
2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.	2.4.1. È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante Indicatori e Audit
	2.4.2. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate
	2.4.3. È garantito il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit, di altri metodi di valutazione e di percorsi di miglioramento a tutti gli operatori coinvolti
	2.4.4. Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all'organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.
2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.	2.5.1. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione
	2.5.2. Sono definite le modalità di aggiornamento, compilazione e tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti) della documentazione sanitaria, anche nei trasferimenti di setting assistenziali, ai fini della sicurezza dei pazienti, in linea con il livello di informatizzazione posseduto
	2.5.3. Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti
	2.5.4. Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni
	2.5.5. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici
	2.5.6. Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria
	2.5.7. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.
3° Criterio Aspetti Strutturali	
3.1 La direzione garantisce l' idoneità all'uso delle strutture.	3.1.1 È documentata la pianificazione degli interventi necessari a garantire l' idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura.
	3.1.2 È formalizzato e messo in atto un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca anche dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.
	3.1.3 È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.
3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.	3.2.1. È presente l'inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse
	3.2.2. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione
	3.2.3. Il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi
	3.2.4. È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione
	3.2.5. Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
	3.2.6. I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, nella manutenzione e dismissione.
4° Criterio Competenze del Personale	
4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.	4.1.1. Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.
	4.1.2. Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze
	4.1.3. Il sistema tiene conto dei bisogni formativi
	4.1.4. Il sistema tiene conto dei bisogni dell'organizzazione che comprendono anche i temi del rischio clinico e della sicurezza.
4.2 L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale	4.2.1 Le modalità di inserimento sono comprensive della fase di valutazione per tutto il personale neo-assunto e neo-inserito.
	4.2.2 I percorsi di inserimento e addestramento sono sottoposti periodicamente a valutazione ai fini del loro aggiornamento e miglioramento.
5° Criterio Comunicazione	
5.1 L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.	5.1.1 Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e la condivisione, ai fini del perseguimento delle strategie e degli obiettivi aziendali.
5.2 L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.	5.2.1. è disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle attività di valutazione
	5.2.2. I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto
	5.2.3. Sono pianificate le azioni conseguenti.

Requisiti RER	Elementi di valutazione
5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	5.3.1. Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione 5.3.2. Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.
5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.	5.4.1. É prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.
5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di: - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale - migliorare i percorsi assistenziali - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente - prevenire i disservizi.	5.5.1. Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).
	5.5.2. Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).
	5.5.3. È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi ...
	5.5.4. Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.
	5.5.5. Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il riaccadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.
	5.5.6. Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.
6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza	
6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatazza nella pratica professionale.	6.1.1. I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
	6.1.2. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
	6.1.3. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
	6.1.4. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	<p>6.1.5. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.</p> <p>6.1.6. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive.</p>
<p>6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.</p>	<p>6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.</p> <p>6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.</p> <p>6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.</p> <p>6.2.4. Il Piano programma include le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>
<p>6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.</p>	<p>6.3.1. è presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo delle modalità di restituzione a professionisti e stakeholder.</p> <p>6.3.2. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.</p> <p>6.3.3. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.</p> <p>6.3.4. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.</p> <p>6.3.5. Sono adottati strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).</p> <p>6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.</p> <p>6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.</p>
<p>7° Criterio Processi di miglioramento ed innovazione</p>	
<p>7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.</p>	<p>7.1.1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.</p> <p>7.1.2. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).</p> <p>7.1.3. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.</p>

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	7.1.4. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.
7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.	7.2.1 L'introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali.
7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	7.3.1. È coinvolto il personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.
	7.3.2. È monitorata l'efficacia del percorso di innovazione attraverso una valutazione periodica.
7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.	7.3.3. Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi).
	7.3.4. È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici.
	7.3.5. È promossa l'adozione di innovazioni che derivano dalla ricerca svolta.
8° Criterio Umanizzazione	
8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	8.1.1. Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità
	8.1.2. È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali
	8.1.3. Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti
	8.1.4. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/1861

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1943 del 04/12/2017

Seduta Num. 45

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi