

**ORGANIZZAZIONE E QUALITA'  
DELL'ASSISTENZA**  
(Scienze infermieristiche e ostetriche  
MED 47)

**L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE NELLA  
REGIONE EMILIA ROMAGNA**

Ost. Caterina Bruschi

**OBIETTIVI PRIMO STEP**



Presentazione dei seguenti concetti:

- sistema di garanzie
- autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali

## RIFERIMENTI NORMATIVI

### NAZIONALI

- ✓ D.L. 502/92-517/93
- ✓ DPCM 19/5/95 "Schema di riferimento della Carta dei Servizi ....."
- ✓ DPR 14/1/97 "Requisiti minimi per autorizzazione e accreditamento"
- ✓ D.Lgs. 229/99 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"
- ✓ PSN 1998/2000
- ✓ Dlgs 38/2014

### EUROPEE

- ✓ Direttiva 2011/24 EU

### REGIONALI

- ✓ L.R. 34/98
- ✓ PSR 199/2001
- ✓ Delibera di Giunta 426/00
- ✓ Delibera Giunta RER 327/04
- ✓ Delibera Giunta RER 1311/2014

3

## Accreditamento e autorizzazione delle strutture sanitarie

D.L. 502/92 e 517/93

Art 8 comma 4

Fermo restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza delle istituzioni sanitarie private...sono definiti i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi.

Art 8 comma 7

...Le regioni e le USI per quanto di loro competenza adottano i provvedimenti accessori per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio **dell'accREDITAMENTO delle istituzioni**, sulle modalità di pagamento e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività e delle prestazioni erogate.

## **DPR 14.1.97 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni..."**

- Vengono pubblicati i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi
- Si definiscono i "criteri generali" ai quali le Regioni dovranno ispirarsi per la determinazione dei requisiti aggiuntivi per ottenere l'accreditamento
- Si esplicita che non esiste alcun vincolo per la Regione a concedere i finanziamenti a tutte le strutture accreditate.

## **D.Lgs. 229/99 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"**

Qualifica l'accreditamento come l'atto attraverso il quale, a conclusione di uno specifico procedimento valutativo, comprensivo di verifica della funzionalità rispetto alla programmazione regionale e alla copertura del fabbisogno, le strutture sanitarie pubbliche e private che ne facciano richiesta, in possesso di autorizzazione all'esercizio, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del SSN

## **Legge costituzionale n.3 del 26/10/01**

La tutela della salute è materia a competenza concorrente: lo Stato ha potestà di determinare i principi; le Regioni hanno autonomia in riferimento alla programmazione, alla gestione, alla organizzazione dei servizi sanitari.

## **Direttiva 2011/24 EU e Dlgs 38/2014**

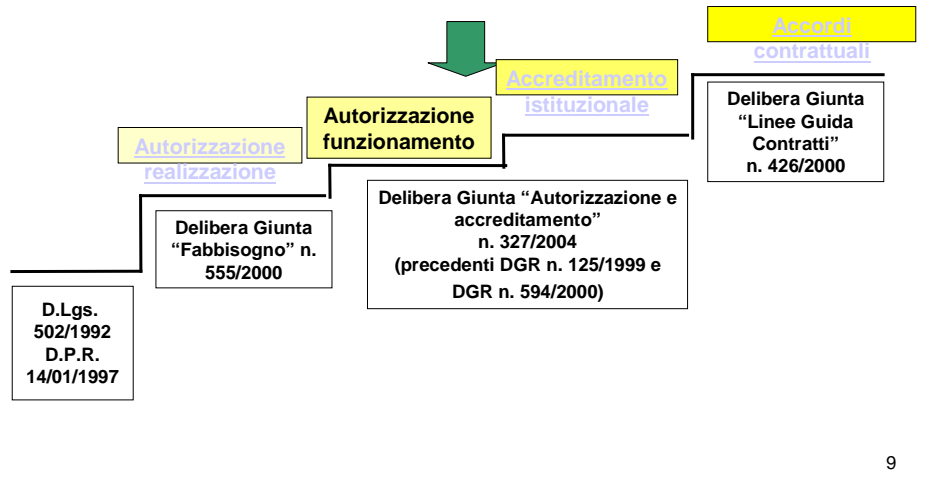
La presente direttiva prevede l'istituzione di un quadro generale volto a:

- chiarire i diritti dei pazienti relativamente al loro accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e al loro rimborso;
- garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro Stato dell'UE;
- promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri.

La presente direttiva non si applica:

- ai servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata;
- ai programmi pubblici di vaccinazione.

## L.R. 34/98 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private"



## Un sistema di garanzie per committenti e utenti

- **risposte pertinenti ai bisogni** della collettività (autorizzazione a costruire);
- **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).
- **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**'

## AUTORIZZAZIONE al funzionamento

Garantisce il possesso di requisiti minimi che rappresentano la soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale non è concessa la facoltà di esercitare attività sanitaria



11

## AUTORIZZAZIONE (1) delibera Giunta RER 327 del 23/2/04

- Requisiti richiesti di carattere strutturale ed impiantistico, tecnologico ed organizzativo
- requisiti **generali** riferiti a tutte le diverse tipologie di strutture
- requisiti **specifici** riguardanti l'esercizio delle singole attività sanitarie
- A chi si applicano
- alle strutture realizzate dopo l'adozione della Delibera
- agli studi odontoiatrici
- Agli studi professionali dedicati ad attività chirurgiche, ad erogare procedure diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità e rischio per la sicurezza dei pazienti

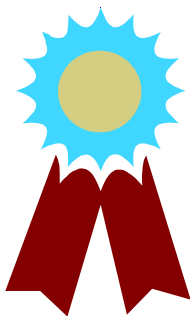
12

## AUTORIZZAZIONE (2) delibera Giunta RER 327 del 23/2/04

- Il percorso
  - presentazione della domanda al Comune da parte del legale rappresentante della struttura o dal titolare dello studio
  - Accertamento dei requisiti previsti da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica su richiesta del Comune
  - Emissione del provvedimento di autorizzazione da parte del Comune o notifica degli eventuali adempimenti da seguire per rispondere ai requisiti mancanti
  
- Tempi e durata
  - 4 anni fino all'entrata in vigore della L.R. n. 4/2008
  - dal febbraio 2008 l'autorizzazione non ha più una scadenza

13

## ACCREDITAMENTO



- Processo attraverso il quale un ente esterno valuta e riconosce se una istituzione corrisponde a standard pre-definiti
  - (A.S.R. Glossario della qualità , 1998)

14

## ACCREDITAMENTO (1) delibera Giunta RER 327 del 23/2/04

- Requisiti richiesti (ULTERIORI) di carattere strutturale ed impiantistico, tecnologico ed organizzativo
  - requisiti generali di sistema
  - requisiti specifici di branca/specialità
- A chi si applicano
  - alle strutture già in possesso dell'autorizzazione al funzionamento
  - Alle strutture che secondo la programmazione regionale e di AUSL erogano prestazioni per il SSN

15

## ACCREDITAMENTO (2) delibera Giunta RER 327 del 23/2/04

- Il percorso
  - presentazione della domanda alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione da parte del legale rappresentante della struttura
  - La Direzione valuta la funzionalità del richiedente alle necessità della programmazione regionale
  - La Direzione , in caso di esito positivo, trasmette la domanda all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASSR)
  - La ASSR verifica il possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per quella struttura attraverso la visita di accreditamento
  - La ASSR, al termine del procedimento, invia alla Direzione una relazione motivata di accreditabilità
  - La Direzione dell'assessorato con suo atto dichiara accredita la struttura
- Tempi e durata
  - 4 anni



16



## I VALUTATORI CHI SONO?

Professionisti:

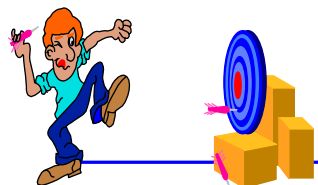
- individuati dalle Aziende di appartenenza come soggetti capaci di comprendere e applicare le tematiche dell'Accreditamento.
- Che hanno effettuato uno specifico percorso formativo, terminato con un esame valutato da parte terza, per la qualifica di valutatore per l'accREDITamento istituzionale.
- Che sono a disposizione dell'Agenzia Sanitaria Regionale qualora quest'ultima li convochi per effettuare una verifica.

## CONTRATTI



Creazione di appositi rapporti fra USL ed ente erogatore accreditato sulla base di una programmazione annuale, regionale e di AUSL del fabbisogno di prestazioni per tipologia e volume

## OBIETTIVI RAGGIUNTI?



1. In cosa consiste un sistema di garanzia?
2. Cos'è l'autorizzazione?
3. Cos'è l'accreditamento?

## OBIETTIVI SECONDO STEP



Presentazione del modello di  
accreditamento della Regione Emilia  
Romagna:

- caratteristiche
- requisiti generali e specifici

## Struttura del modello R-E-R

- PER CAPITOLI
- REQUISITI GENERALI e SPECIFICI
- SECONDO UNA SEQUENZA LOGICA
- LEGGE L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA COME UN SISTEMA INTEGRATO DI PROCESSI
- VOLTO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO
- SONO REQUISITI COGENTI (Delibera di Giunta Regionale)

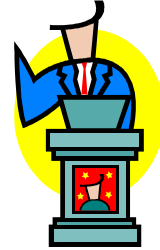
## STRUTTURA DEL MODELLO

### I requisiti generali

- Per capitoli secondo una sequenza logica
- Si articolano negli elementi che costituiscono un sistema qualità

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

## 1. POLITICA



L'organizzazione deve definire:

- la **ragione d'essere della Struttura**, il motivo per cui esiste (MISSION); "Chi sono"
- gli **orizzonti sfidanti** che la Struttura si propone di raggiungere per quanto concerne la propria evoluzione e la qualità delle prestazioni e dei servizi (VISION); "Dove voglio andare"
- gli **obiettivi**: "Cosa mi propongo di fare"

## 2. PIANIFICAZIONE



L'organizzazione deve definire:

- gli **obiettivi annuali** con le modalità di misurazione per valutarne il raggiungimento

### 3. COMUNICAZIONE



L'organizzazione deve sviluppare momenti di comunicazione:

- **interna** fra i professionisti (es. riunioni)
- **esterna** con gli utenti (carta dei servizi, segnalazioni, rilevazione della qualità percepita)

### 4. STRUTTURE



L'organizzazione deve essere in possesso:

- dei **requisiti stabiliti per legge** (autorizzazione definitiva o provvisoria con piano di adeguamento)
- delle **caratteristiche strutturali e funzionali** previste per l'erogazione delle specifiche attività

## 5. ATTREZZATURE



L'organizzazione deve :

- **programmare gli acquisti di attrezzature**
- garantire la gestione delle **modalità di intervento** per la manutenzione delle strutture note a tutti gli operatori.



## 6. FORMAZIONE

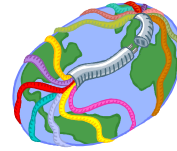


L'organizzazione deve:

- definire il **piano annuale di formazione**.
- definire i **percorsi per l'inserimento** del personale;
- provvedere occasioni di incontro per **condividere** le competenze e le conoscenze acquisite



## 7. SISTEMA INFORMATIVO



L'organizzazione deve:

- favorire la **partecipazione** del personale alla **raccolta e analisi dei dati** come espressione della consapevolezza del personale per il mantenimento dell'organizzazione



## 8. PROCEDURE



L'organizzazione deve possedere regole scritte (procedure) per:

- l'**accesso** alla struttura
- le **attività/prestazioni fondamentali** erogate;
- procedure per la **garanzia dei diritti degli utenti** (informazione, consenso, reclami, privacy);
- la selezione e valutazione dei **fornitori** (servizi esternalizzati);
- la **sicurezza** e la **gestione del rischio** sui pazienti e sugli addetti;

## 9. VERIFICA DEI RISULTATI

L'organizzazione deve:



- condurre sistematicamente la **valutazione dei risultati raggiunti** attraverso l'**analisi dei dati raccolti**;
- **individuare le responsabilità** per l'attivazione delle verifiche e la documentazione dei risultati.

## 10. MIGLIORAMENTO

L'organizzazione deve:



- intraprendere **azioni** per accrescere efficacia ed efficienza delle attività e dei processi per apportare benefici ulteriori alla struttura e ai suoi utenti;





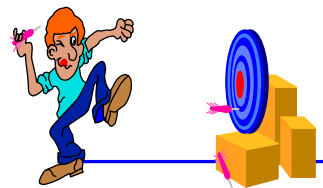
## STRUTTURA DEL MODELLO

### I requisiti specifici

Sono requisiti ulteriori specifici per disciplina che vanno a verificare strutturale, organizzativo, professionale, tecnologico, esito delle attività

- Elenco strutture
- Acquisizione dei servizi
- Clinical Competence e Formazione
- Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali
- Indicatori

## OBIETTIVI RAGGIUNTI?



1. Quali sono le peculiarità dell'accreditamento RER?
2. Quali sono i requisiti generali?
3. Quali sono le caratteristiche dei requisiti specifici?