

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: **L.R. n. 21/2016, art. 16 - Manuale per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, in regime di ambulatorio e di studio professionale, che diagnosticano e certificano i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA).**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Autorizzazioni e Accreditamenti dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente del Settore Autorizzazioni e Accreditamenti e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico del bilancio Regionale;

CONSIDERATO il "Visto" del dirigente della Direzione Sanità ed Integrazione Sociosanitaria;

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di approvare il manuale per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, in regime di ambulatorio e di studio professionale, che diagnosticano e certificano i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), in Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. che alle strutture di cui al punto 1, ai fini dell'Accreditamento istituzionale, si applica soltanto il manuale in allegato A, e non il manuale di cui alla DGR 1572/2019 né il manuale di cui alla DGR 1263/2023.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. I della legge 23 ottobre 1992 n. 421.
- DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle P.A. di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- DGR n. 1889 del 31/07/2001 "LR 20/2000 art. 15 - determinazione dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".
- Intesa Stato-Regioni - P.A. del 20 dicembre 2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO" (Rep. N. 259/CSR del 20.12.2012).
- DGR n.1065 del 15/07/2013 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art.8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO", in attuazione dell'art.7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (repertorio atti n.259/CSR del 20/12/2012).
- Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.
- DGR n. 942 del 26/10/2015 "Recepimento Intesa, rep. atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie".
- L.R. n. 21 del 30 settembre 2016 - Autorizzazioni e accREDITAMENTO istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati.
- Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano su documento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle strutture sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni odontostomatologiche. Repertorio atti n. 104/CSR/ del 9 giugno 2016.
- D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- L.R. n. 7 del 14 marzo 2017 - Modifiche della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accREDITAMENTO istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.

- Regolamento Regionale n. 1 del 01.02.2018: “Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati)”, approvato con Delibera di Consiglio Regionale n.69 del 30.01.2018.
- D.G.R. n. 47 del 22.01.2018 “Art. 13, comma I della L.R. 7/2017. Adozione della disciplina transitoria dei criteri e delle procedure per il rilascio delle autorizzazioni e di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private – DGR n°2002/2000 e succ.mod., DGR n.1889/2001 e succ. mod. approvata con DGR n.1501/2016 e regolamento regionale 8 marzo 2004 n. 1”.
- D.G.R. n. 1572/2019: “Legge regionale n. 21/2016, e ss.mm.ii, Capo III, Art. 16 - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio - sanitarie previste all'articolo 7, comma I, lettere a), b), c), d) e comma 2.
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- Decreto del Ministro della Salute 19/12/2022: “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”;
- DGR 1263/2023: “Attuazione del Decreto del Ministro della Salute 19/12/2022 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie – Integrazione della DGR 1572/2019”;
- DGR 1260/2024: “Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente “L.R. n. 21/2016, art. 16 - Manuale per l’Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, in regime di ambulatorio e di studio professionale, che diagnosticano e certificano i Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA).”

Motivazione

La Legge Regionale n. 21/2016 “Autorizzazioni ed accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”, disciplina al Capo 3 – artt. da 16 a 19 – il procedimento per l’Accreditamento istituzionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015 in materia di "adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie", ha stabilito tempi e modalità per l'accreditamento istituzionale, al fine di uniformare il sistema di accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale, ed è stata recepita con DGR n. 942 del 26/10/2015.

Con DGR 1572/2019 è stato approvato il Manuale con i requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie; l'accreditamento istituzionale consente alle strutture autorizzate all'esercizio di essere potenziali erogatori di servizi in nome e per conto del SSN, previa stipula dei relativi accordi contrattuali.

L'accreditamento certifica la qualità dei processi interni delle strutture autorizzate all'esercizio, secondo requisiti superiori a quelli minimi autorizzativi.

La Legge 21/2016, art. 3, comma 1, dispone inoltre che la Giunta Regionale "*stabilisce e aggiorna periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale e disciplina i relativi procedimenti*".

Il Manuale per l'accreditamento istituzionale contiene criteri, requisiti ed evidenze che rappresentano le caratteristiche che le strutture devono possedere con i relativi livelli di accreditamento ed i tempi di verifica.

In particolare, il Manuale è articolato:

- su 8 criteri:
 1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie
 2. Prestazioni e servizi
 3. Aspetti strutturali
 4. Competenze del personale
 5. Comunicazione
 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza
 7. Processi di miglioramento e innovazione
 8. Umanizzazione
- 28 requisiti
- 190 evidenze

e si applica a tutte le tipologie di strutture sanitarie e sociosanitarie:

- Ospedaliere
- Extraospedaliere residenziali e semiresidenziali
- Ambulatoriali
- Studi professionali
- Laboratori analisi
- Stabilimenti termali

In circa quattro anni di applicazione del Manuale alcune tipologie di strutture, caratterizzate da una bassa complessità organizzativa, hanno evidenziato alcune difficoltà applicative.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In particolare, gli ambulatori e soprattutto gli studi professionali che diagnosticano e certificano i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), e che per tale funzione sono obbligati all'accreditamento istituzionale, hanno più volte segnalato l'alta complessità dei requisiti richiesti in relazione alle semplici attività svolte all'interno di queste strutture dedicate a minorenni.

Con nota prot. 0000886/24 dell'11 aprile 2024 l'Ordine Psicologi Marche ha formalizzato tali criticità a nome e per conto degli studi professionali, prevalentemente costituiti da psicologi, ed ha chiesto di semplificare il Manuale di accreditamento.

A seguito di tale richiesta, si sono tenuti vari incontri con l'Ordine, ed è stato costituito un gruppo di lavoro composto da personale del Dipartimento Salute, dell'ARS e dai referenti indicati dall'Ordine Psicologi Marche.

Il gruppo ha elaborato una versione semplificata del manuale per l'accreditamento dedicata esclusivamente agli ambulatori ed agli studi professionali pubblici e privati che diagnosticano e certificano i DSA. Pur nel rispetto degli 8 criteri sopra indicati, sono stati ridotti alcuni requisiti, non adatti al tipo di struttura, ed alcune evidenze sono state ridefinite considerando la specificità dell'attività svolta. Il Manuale è stato inoltre adeguato al DM Salute 19/12/2022 ("Concorrenza").

Con nota prot. 1559/24 del 12/07/2024 l'Ordine Psicologi Marche ha comunicato la condivisione del documento con alcune osservazioni, interamente recepite.

Il documento è stato trasmesso in visione anche alle Direzioni Sanitarie delle AST, senza osservazioni.

Alle sole tipologie di strutture sopra indicate, ai fini dell'Accreditamento istituzionale, si applicherà quindi il manuale in allegato A, e non il manuale approvato con la DGR 1572/2019 né il manuale di cui alla DGR 1263/2023.

Con DGR 1260/2024 è stata trasmesso il manuale in oggetto alla IV^a Commissione assembleare per il relativo parere. La IV^a Commissione nella seduta del 25/09/2024 ha espresso il parere n. 196/2024 favorevole.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art.6bis della L.241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Marco Nocchi

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTI

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Attesta, altresì, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio regionale.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore
Marco Nocchi

Documento informatico firmato digitalmente

VISTO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il sottoscritto, considerato il documento istruttorio e il parere reso dal dirigente del Settore Autorizzazioni e Accreditamenti, ai sensi dell'articolo 4, comma 5, della LR n. 18/2021, appone il proprio "Visto".

Il dirigente della Direzione
Filippo Masera

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore del Dipartimento
Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATI

Allegato A: Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, in regime di ambulatorio e di studio professionale, che diagnosticano e certificano i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).



**MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE
SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, IN REGIME DI AMBULATORIO E DI
STUDIO PROFESSIONALE, CHE DIAGNOSTICANO E CERTIFICANO I
DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)**

1° Criterio: ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

- ❖ Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività
- ❖ Requisito 1.2: modalità di prevenzione e gestione dei disservizi
- ❖ Requisito 1.3: modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività		
Obiettivo: garantire un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientate al miglioramento continuo della qualità che rifletta gli orientamenti strategici finalizzati ad operare secondo criteri di efficienza, efficacia e qualità		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
1.1.1. presenza di un documento formalizzato, che contiene obiettivi, almeno annuali, basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di prestazioni sanitarie	I	T.0
1.1.2 presenza di indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	II	T.0
1.1.3. l'organizzazione valuta gli indicatori definiti nei piani annuali (report/verbali di valutazione e definizione delle eventuali azioni di miglioramento)	III	T.1
1.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV	T.2

1.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2
--	----	-----

Requisito 1.2: modalità di prevenzione e gestione dei disservizi

Obiettivo: garantire e gestire correttamente il disservizio al fine di contribuire a salvaguardare l'efficacia, l'efficienza e l'immagine nel suo complesso e del servizio erogato

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
1.3.1. presenza di procedura per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento (raccolta e gestione dei reclami)	I	T.0
1.3.2. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	II	T.0
1.3.3. l'organizzazione effettua l'analisi dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini (presenza report/verbali)	III	T.1
1.3.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV	T.2.
1.3.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2.

Requisito 1.3: modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Obiettivo: garantire che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché il diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa

NOTA: **applicabile nel pubblico e privato convenzionato**

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
<p>1.4.1. presenza di sistemi informativi che consentano:</p> <p>a. tracciatura dei dati sanitari;</p> <p>b. supporto alle attività di pianificazione e controllo;</p> <p>c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS).</p> <p>Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia</p> <p>NOTA</p> <p>documentazione che espliciti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati informativi raccolti in relazione all'attività svolta, (es. documentazione/certificazione) - debito informativo atto a soddisfare il flusso con Regione e Ministero applicabili 	I	T.0

1.4.2. presenza di un sistema implementato, che garantisca: a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; b. sistemi per il recupero delle prestazioni che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi	I	T.0
1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	II	T.0
1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne (redazione di report /verbali)	III	T.1
1.4.5. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate	IV	T.2.
1.4.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2.

2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI

- ❖ Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati
- ❖ Requisito 2.2: il monitoraggio e la valutazione
- ❖ Requisito 2.3: modalità di gestione della documentazione sanitaria

Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati		
Obiettivo: fornire al cittadino una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con gli utenti e familiari al fine di tutelarne i diritti		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
2.1.1. presenza della Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: a. le tipologie di prestazioni di servizio b. i volumi di prestazioni c. le modalità erogative d. gli impegni assunti nei confronti di utenti e familiari e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza	I	T.0
2.1.2. sono definite le modalità di diffusione della Carta dei Servizi	II	T.0
2.1.3. periodica rivalutazione della Carta dei servizi (almeno ogni 3 anni)	III	T.1
2.1.5. l'organizzazione implementa le eventuali modifiche apportate nella carta dei servizi	IV	T.2
2.1.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2

Requisito 2.2: il monitoraggio e la valutazione		
Obiettivo: tenere sotto controllo le attività/prestazioni relative alla eleggibilità dell'utente e alla presa in carico attraverso la pianificazione e l'attuazione di processi di misurazione e analisi di miglioramento		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO

2.2.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida; applicazione dei criteri diagnostici di inclusione o esclusione e la misurazione delle competenze cognitive, prestazionali e accessorie avviene seguendo le raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA e le indicazioni delle Consensus Conference del 2007 e 2009 e delle Linee Guida DSA 2022	I	T.0
2.2.2. valutazione del percorso di eleggibilità dei casi presi in carico	I	T.0
2.3.3. evidenza di risultati di analisi	II	T.0
2.2.4. identificazione degli eventuali interventi di miglioramento della qualità a seguito delle analisi effettuate (presenza di verbale/report)	III	T.1.
2.2.5. implementazione di eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV	T.2
2.2.6. monitoraggio che le eventuali azioni di miglioramento intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV	T.2

Requisito 2.3: modalità di gestione della documentazione sanitaria

Obiettivo: assicurare la corretta gestione della documentazione affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza. Adeguata conservazione della documentazione sanitaria sia durante il tempo di apertura del documento sia successivamente alla sua chiusura

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
2.3.1. redazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione b. aggiornamento c. conservazione d. verifica e modalità di controllo	I	T.0
2.3.2. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	I	T.0
2.3.3. presenza di documento/regolamento per l'accesso alla documentazione sanitaria da parte dell'utente e familiare	II	T.0
2.3.4. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario (presenza di verbale/report)	III	T.1
2.3.5. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV	T.2
2.3.6. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV	T.2

3° Criterio: ASPETTI STRUTTURALI

❖ **Requisito 3.1: idoneità all'uso delle strutture**

Requisito 3.1: idoneità all'uso delle strutture

Obiettivo: garantire di offrire ai propri utenti, ai loro familiari, una struttura sicura volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
3.1.1. presenza di documento di valutazione dei rischi (DVR) ove applicabile	I	T.0
3.1.2. evidenza di effettuazione di corsi formazione sulla sicurezza del personale dell'ambiente di lavoro ove applicabile	II	T.0
3.1.3. presenza di eventuali azioni di miglioramento individuate	III	T.1
3.1.4. implementazione di eventuali azioni di miglioramento individuate	IV	T.2
3.1.5. monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2

4° Criterio: **COMPETENZE DEL PERSONALE**

- ❖ **Requisito 4.1: la programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica**
- ❖ **Requisito 4.2: l'inserimento e addestramento di nuovo personale**

Requisito 4.1: la programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica

Obiettivo: garantire la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali e le competenze corrispondano ai bisogni dell'utente sia inizialmente che a distanza di tempo

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
4.1.1. presenza di un piano annuale di formazione pertinente che definisca i criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi	I	T.0
4.1.2. evidenza della partecipazione alle attività di formazione di aggiornamento e addestramento programmate	II	T.0
4.1.3 valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento (presenza di report/verbale)	II	T.0
4.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (modifica nel tempo dei comportamenti/conoscenza e competenza: verbale/report di verifica dell'efficacia della formazione)	III	T.1
4.1.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2

Requisito 4.2: l'inserimento e addestramento di nuovo personale

NOTA: applicabile solo per ambulatorio

Obiettivo: strutturare all'interno dell'organizzazione, nel caso di inserimento di nuovi addetti che garantisca la conoscenza non solo dell'organizzazione interna, ma anche dei percorsi, delle risorse e delle opportunità territoriali disponibili nel settore di competenza

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
4.2.1. la struttura pianifica e programma, per il nuovo personale neo inserito, compreso quello volontario, le attività di: a. accoglienza; b. affiancamento / addestramento;	I	T.0
4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un documento per valutazione del neo inserito o volontario	II	T.0
4.2.3. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti (elaborazione di schede di valutazione)	III	T.1
4.2.4. l'organizzazione implementa e monitora le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione (verbale/report di valutazione)	IV	T.2

5° Criterio: COMUNICAZIONE

- ❖ **Requisito 5.1: modalità e contenuti delle informazioni da fornire agli utenti e familiari**
- ❖ **Requisito 5.2: coinvolgimento dell'utente e dei suoi familiari nelle scelte educative e didattiche**
- ❖ **Requisito 5.3: modalità di ascolto degli utenti e familiari**

Requisito 5.1: modalità e contenuti delle informazioni da fornire agli utenti e familiari		
Obiettivo: fornire agli utenti e familiari le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
5.1.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta anche con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza	I	T.0
5.1.2. predisposizione di strumenti informativi (opuscoli, brochure) sintetici da mettere a disposizione degli utenti	II	T.0
5.1.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con utente/familiare	II	T.0
5.1.4. la struttura individua le eventuali criticità nelle modalità di comunicazione con gli utenti e suoi familiari (presenza di verbale/report)	III	T.1.
5.1.5 la struttura implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza di verbale/report)	IV	T.2
5.1.6 la struttura monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza di verbale/report)	IV	T.2

Requisito 5.2: coinvolgimento dell'utente e dei suoi familiari nelle scelte educative e didattiche		
Obiettivo: stabilire una relazione, al fine di promuovere una partecipazione attiva di utenti e familiari		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO

5.2.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di un protocollo per l'informazione all'utente ed ai familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento nel processo di presa in carico	I	T.0
5.2.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata dell'utente e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere ad una prima certificazione	II	T.0
5.2.3. valutazione periodica dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dell'utente e familiare (redazione di report/verbale)	III	T.1
5.2.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione (redazione di report/verbale)	IV	T.2.
5.2.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (redazione di report/verbale)	IV	T.2.

Requisito 5.3: modalità di ascolto degli utenti e familiari		
Obiettivo: assicurare l'ascolto e modalità e strumenti per rispondere ai reclami, conflitti e divergenze di opinione rispetto alla prestazione fornita all'utente e familiari		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
5.3.1. presenza, formalizzazione e messa di procedura per la presentazione e gestione di eventuali reclami, osservazioni e suggerimenti e per l'ascolto attivo	I	T.0
5.3.2. presenza, formalizzazione di una procedura per la messa in atto di modalità per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	II	T.0
5.3.3. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati della valutazione della soddisfazione e della esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate (documento attestante l'elaborazione dei dati, es. verbali)	III	T.1
5.3.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni	IV	T.2.
5.3.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2.

6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

- ❖ **Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche**
- ❖ **Requisito 6.2: copertura assicurativa o autotutela**
- ❖ **Requisito 6.3 appropriatezza della documentazione clinica e delle cartelle ambulatoriali**

Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche		
Obiettivo: messa in atto di un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO

6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di un protocollo per l'implementazione delle Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA ed il relativo aggiornamento in merito: a. alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente alla ricerca di criteri di inclusione e di esclusione; alla adeguata misurazione delle competenze cognitive; alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo; b. alla formulazione della diagnosi. <i>(A questo fine la diagnosi clinica deve essere corredata degli elementi che consentono di verificare il rispetto delle raccomandazioni del consensus conference e del suo aggiornamento nonché della consensus conference dell'ISS);</i> c. alla multidisciplinarietà	I	T.0
6.1.2. evidenza formale della periodicità di aggiornamento del documento di cui al punto 6.1.1	II	T.0
6.1.3. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario (evidenza di report/verbale)	III	T.1
6.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV	T.2
6.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2

Requisito 6.2: copertura assicurativa o autotutela

Obiettivo: Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura)

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
6.2.1 Presenza della copertura assicurativa	I/II	T.0
6.2.2 Presenza della copertura assicurativa	III	T.1
6.2.3 Presenza della copertura assicurativa	IV	T.2

Requisito 6.3: appropriatezza della documentazione clinica e delle cartelle ambulatoriali

Obiettivo: Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura

EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
6.2.1 Adozione di un piano di controllo della documentazione clinica (checklist)	I/II	T.0
6.2.2 Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per il controllo della documentazione clinica.	III	T.1
6.2.3 Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento (eventuali)	IV	T.2

7° Criterio: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

❖ Requisito 7.1: adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

Requisito 7.1: adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa		
Obiettivo: contribuire allo sviluppo delle iniziative innovative attraverso la ricerca e adozione di pratiche cliniche e organizzative previa valutazione delle implicazioni		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
7.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni	I	T.0
7.1.2. presenza di documentazione che attestino l'adozione di innovazioni professionali e organizzative	II	T.0
7.1.3. monitoraggio dell'efficacia del percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;	III	T.1
7.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio	IV	T.2
7.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2

8° Criterio: UMANIZZAZIONE

❖ Requisito 8.1: programmi per l'umanizzazione

Requisito 8.1: programmi per l'umanizzazione		
Obiettivo: garantire le modalità ed i contenuti per realizzare concretamente la centralità dell'utente e dei suoi familiari		
EVIDENZE	TIPO	STUDIO/ AMBULATORIO
8.1.1. Presenza di un piano delle attività organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: supporto psicologico in situazioni specifiche: multiculturalità); adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria alle esigenze dell'utente	I	T.0.
8.1.2. presenza di un programma di corsi di formazione per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione)	I	T.0.
8.1.3. presenza di procedura per l'accesso agevolato alle prestazioni di certificazione in tempo utile per l'attivazione tempestiva delle misure didattiche e delle modalità di valutazione previste, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente	II	T.0
8.1.4. l'organizzazione implementa le eventuali azioni di miglioramento individuate (presenza report/verbali)	III	T.1
8.1.5. l'organizzazione monitora che le eventuali azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (presenza report/verbali)	IV	T.2