

ALLEGATO A - Verifiche per il rilascio di nuovi accreditamenti

Oltre al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento definiti in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recante “*Disciplina per revisione della normativa dell’accreditamento*” (Rep. Atti n. 259/CSR), sono verificati i seguenti elementi per quanto applicabili in ragione della tipologia di struttura considerata:

Ambito	Requisito. Verifica: controlli e monitoraggi	Specifica interpretativa ai fini dell'autovalutazione	Peso requisito	Punteggio Raggiunto
	<p>È presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all’art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”)</p>	<p>Per gli eventi sentinella: coerenza rispetto al debito informativo previsto nel Decreto SIMES (DM 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) per le strutture private accreditate che devono essere in possesso delle credenziali di accesso</p> <p>Per gli altri eventi: utilizzo SiGRC per le strutture con credenziali di accesso; utilizzo di un registro interno secondo il tracciato informativo indicato , per tutte le altre strutture</p>	12	
	<p>Applicazione e diffusione delle raccomandazioni in materia di rischio clinico come previsto dal “<i>Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento</i>” di cui all’Intesa Stato- Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), per l’ambito assistenziale di riferimento</p>	<p>Report di monitoraggio dell’ applicazione delle RM e PSP pertinenti per la struttura interessata. Il report può essere all’interno della relazione aziendale di qualità e sicurezza, come previsto dal requisito 5.1.AZ.2</p>	12	

Sicurezza

<p>Presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio sanitario coordinata ai sensi dell'art.1 comma 540 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, così come modificato dall'art. 16 comma 2 della Legge 24/2017 Presenza in ambito ospedaliero di un Comitato valutazione sinistri di cui il Risk Manager è membro stabile ed effettivo</p>	<p>Corso di qualifica per CRM per le strutture di ricovero e dimostrazione della presenza del CRM all'interno del CVS ; nelle strutture ambulatoriali non è necessario il Clinical Risk Manager ma è sufficiente il Referente RC affiancato, se del caso, da uno o più Facilitatori in base ai volumi e complessità delle prestazioni erogate e alla numerosità di operatori: I ruoli di CRM, Facilitatore RC devono essere attribuiti a personale con adeguata formazione specifica: a. <u>Strutture di ricovero</u>: CRM rif DGR n.1330/2017-All. B - Facilitatori -> 40h formazione (di cui 16h in aula e 24h training on the job) anche interna svolta dal CRM qualificato b. <u>Strutture ambulatoriali</u>: Referente RC min 40h formazione – eventuali Facilitatori -> 16h formazione anche interna svolta dal Referente RC (8h in aula e 8h training on the job) ; effettuato da un provider accreditato/ente formativo autorizzato.</p>	12	
<p>Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario, Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)</p>	<p>A partire da quanto previsto dal requisito aziendale 5.1.AZ.2, predisposizione dei piani aziendali correlati di: obiettivi più rilevanti e necessari, definizioni delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi, responsabili delle attività e relativo cronoprogramma.</p>	15	

	<p>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)</p>	<p>Comunicazione trasparente sul sito intranet della struttura degli aspetti relativi a: presenza di copertura assicurativa con massimali e franchigia oppure della scelta della misura analoga; volumi e tipologie di attività svolta dalla struttura</p>	6	
Appropriatezza	<p>Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione</p>	<p>Report monitoraggi dei controlli previsti come ad esempio: verbali esito PAC, autovalutazione appropriatezza ricoveri, autovalutazione come da DD n. 2044/2017 in fonte dati "revisione documentazione sanitaria"</p>	10	
	<p>Volumi ed esiti delle prestazioni di struttura già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio *</p>	<p>Solo per le richieste di nuovi accreditamenti. La valutazione è a opera della Commissione Qualità e Sicurezza delle cure (relativa alle prestazioni inserite nel DM 70/2015)</p>	5 (Strutture già accreditate partono da + 5)	

Qualità	Organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria, in coerenza con il requisito 2.5 del “ <i>Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento</i> ” di cui all’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e rispetto dei termini di legge per il rilascio agli aventi diritto	Monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria, come previsto dal requisito aziendale n. 3.2.AZ.1 Indicazione sulla Carta dei Servizi dei tempi previsti per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto	12
	Tempestività e continuità nella alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Dimostrare di aver adeguato i propri sistemi alle specifiche indicate dalle Linee Guida di Attuazione del FSE (Cfr. Decreto del 20 Maggio 2022 GU del 11/07/2022 n. 160) e di aver pertanto superato l’accreditamento nazionale: invio PEC. Garanzia della qualità dei dati trasmessi: presentazione del processo organizzativo per il corretto riconoscimento dell’assistito, integrazione con anagrafe assistiti. Disponibilità di un presidio helpdesk di II livello integrato con il livello regionale per la gestione delle segnalazioni da parte dei cittadini: fornire nominativo e contatti di uno o più referenti. Dimostrare di agire in conformità con la normativa in materia di protezione dei dati GDPR: redazione DPIA, redazione delle necessarie DPA, presenza di informativa per gli assistiti , presenza registro trattamenti.	5
	Dotazione e vetustà delle apparecchiature	<u>Per le strutture pubbliche:</u> verbali alla commissione regionale; <u>Per le altre strutture sanitarie:</u> monitoraggio interno con report specifici	6
	Organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza	Applicabile solo per il pubblico	5

* In sede di prima applicazione, con riferimento unicamente alle strutture ospedaliere