



UNIVERSITÀ DI PARMA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

DOTTORATO DI RICERCA IN
"SCIENZE MEDICHE"

CICLO XXXI°

Stesura del Piano organizzativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) a supporto del percorso di Accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Parma

Coordinatore:
Chiar.mo Prof. Carlo Ferrari

Tutore:
Chiar.mo Prof. Carlo Signorelli

Dottorando: Elisa Saccani

Anni 2015/2018

Indice generale

CAPITOLO I - QUADRO NORMATIVO

1.1 L'Accreditamento delle Istituzioni Sanitarie: introduzione storica e riferimenti legislativi nazionali.....	pag 5
1.2 Il percorso legislativo: successione normativa della Regione Emilia Romagna in materia di Accreditamento Istituzionale.....	pag 11
1.3 Sviluppo dell'Accreditamento Istituzionale nell'ambito del panorama delle Regioni Italiane.....	pag 16
1.4 La revisione normativa dell'Accreditamento: verso il nuovo modello nazionale.....	pag 17

CAPITOLO II - REQUISITI NAZIONALI DELL'ACCREDITAMENTO

2.1 Esame del Disciplinare Tecnico e nuovi requisiti nazionali dell'Accreditamento Istituzionale.....	pag 21
2.2 Evoluzione e sviluppo: dai requisiti generali e specifici dell'Accreditamento al nuovo modello nazionale.....	pag 27

CAPITOLO III - ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

3.1 I requisiti specifici dell'Accreditamento dei Dipartimenti Cure Primarie della Regione Emilia Romagna.....	pag 38
3.2 La MISSION del Dipartimento Cure Primarie.....	pag 40

3.3 La visione strategica del Dipartimento Cure Primarie.....	pag 41
3.4 Le cure domiciliari all'interno del Dipartimento Cure Primarie.....	pag 42

CAPITOLO IV – PIANO ORGANIZZATIVO DELL'UNITA' VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) DEL DISTRETTO SUD EST

4.1 Introduzione.....	pag 49
4.2 Descrizione dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).....	pag 50
4.3 Struttura dell'Unità di valutazione Geriatrica.....	pag 52
4.4 Riferimenti legislativi.....	pag 52
4.5 MISSION.....	pag 54
4.6 VISION.....	pag 54
4.7 Obiettivi specifici.....	pag 55
4.8 I prodotti.....	pag 55
4.9 Modalità di accesso.....	pag 57
4.10 Indice percorsi/procedure.....	pag 58
4.11 Le Interfacce.....	pag 59
4.12 Risorse Umane.....	pag 63
4.13 Struttura.....	pag 63
4.14 Piano di lavoro.....	pag 65
4.15 Continuità assistenziale e tecnologica.....	pag 65
CONCLUSIONI.....	pag 66

BIBLIOGRAFIA

CAPITOLO I – QUADRO NORMATIVO

1.1 L'Accreditamento delle Istituzioni Sanitarie: introduzione storica e riferimenti legislativi nazionali

La storia dell'Accreditamento delle strutture sanitarie inizia nel 1910 negli Stati Uniti. Il dott. Ernest Codman propose un sistema, basato sugli "END RESULT", secondo il quale un ospedale avrebbe dovuto seguire i pazienti ricoverati abbastanza a lungo da valutare l'efficacia del trattamento prestato; qualora il trattamento non fosse stato efficace, l'ospedale avrebbe allora provato a determinarne la causa, affinché casi simili potessero essere successivamente trattati con successo.

Nel 1913 Franklin Martin fonda l'American College of Surgeons (ACS) ed il sistema basato sugli "END RESULT" viene assunto come obiettivo. Nel 1917 l'ACS, con il sostegno dei fratelli Mayo e Cushing, sviluppa i "*Minimum Standard for Hospitals*", con lo scopo di "standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare e la popolazione possa avere gli strumenti per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina".

Durante la prima metà degli anni '50 diverse associazioni mediche tra cui l'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physician, la Canadian Medical Association, l'American Dental Association, adottano questo modello, finché nel 1951 nasce la Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization (JCAHO).

Due anni dopo la JCAHO pubblica i suoi primi "Standards for Hospitals Accreditation", riguardanti requisiti minimi di strutture e competenze degli enti erogatori di servizi sanitari.

Nasce così l'Accreditamento, quale strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell'uso delle risorse.

Il modello americano ispirò anche i principali sistemi di accreditamento dei paesi anglosassoni: Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), King's Fund; ed europei quali la Francia dove venne costituito l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) e la Catalogna (Regione Autonoma Spagnola) dove la maggior parte degli Ospedali, sia pubblici che privati, vennero accreditati.

In Italia, l'Accreditamento viene introdotto con le riforme del Servizio Sanitario Nazionale degli anni '90, allo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

I primi segnali di interesse per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie emergono nel Contratto Nazionale del Lavoro per il settore della sanità, di cui al DPR 270/1987.

Vi si prevedevano attività da realizzarsi a livello di Unità Sanitaria Locale e a livello Regionale, di valutazione e promozione della qualità, in particolare "... di verifica di standard assistenziali".

Nel contratto successivo (DPR 384/1990), oltre a programmi di verifica locali, premiabili con compensi incentivanti e Regionali, si prevedeva l'istituzione di un Comitato Nazionale per il coordinamento di tali attività di verifica e revisione della qualità "... tecnico- scientifica e umana dei servizi e degli interventi sanitari e per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie".

Notevole contributo allo sviluppo della cultura della valutazione in ambito sanitario è stato promosso dalle società scientifiche e dalla Società italiana di Verifica Revisione

e Qualità (VRQ); tale Società ha introdotto in Italia il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Tale metodo si riferisce a un approccio di “quality assurance” i cui elementi fondamentali sono costituiti dal “*design review*” – normalmente disatteso nelle applicazioni pratiche del metodo - e del “*performance assessment*”, più praticato, e che di fatto rappresenta un metodo di controllo della qualità del prodotto.

Complessivamente non si realizza un approccio sistematico al tema dell’accreditamento istituzionale, fino a quando il D. Lgs. n.502/1992 e le sue successive integrazioni e modifiche non hanno introdotto il compenso delle prestazioni a tariffa, l’assicurazione di qualità e l’Accreditamento come elementi del sistema degli scambi nel nuovo Sistema Sanitario Nazionale.

Il D. Lgs. n. 502/1992 definisce che tutte le strutture sia pubbliche che private che intendano esercitare attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, debbono possedere “un’autorizzazione rilasciata previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi”; tali requisiti saranno definiti solo successivamente, con l’emanazione del DPR n. 37, del 14 gennaio 1997 (Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), con il quale avrà inizio la fase di istituzionalizzazione dell’accreditamento delle strutture sanitarie.

In attesa della definizione dei requisiti minimi per l’Accreditamento, il Piano Sanitario Nazionale 1994-96 precisa che: “l’apertura ad uno spettro più ampio di erogatori rende impellente l’avvio di appropriate procedure per l’accreditamento delle singole strutture o singoli servizi, pubblici e privati, che vogliano esercitare attività sanitaria nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale. L’omologazione ad esercitare può essere acquisita

se la struttura o il servizio dispongono effettivamente di dotazioni strumentali, tecniche e professionali corrispondenti a criteri definiti in sede nazionale. Si dovrà pertanto provvedere, a livello Regionale, ad adottare strumenti normativi con i quali si prevedano le modalità per la richiesta dell'accreditamento, la concessione, la eventuale revoca e gli accertamenti periodici”

Con la legge finanziaria del 1995 (legge 23 dicembre 1994, n. 724), all'art. 6 verrà poi ribadito che i rapporti convenzionali fra Stato e Aziende Sanitarie sono fondati sull'Accreditamento, sulla remunerazione a prestazione e sull'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità.

Ma è con il D.Lgs. 229/1999, all'art. 8 quater, dedicato alle caratteristiche dell'Accreditamento Istituzionale, che lo stesso si delinea chiaramente secondo due elementi caratterizzanti:

- l'**Istituzionalità**, in quanto esso rappresenta la modalità con la quale i soggetti erogatori possono operare nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- l'**Obbligatorietà**, dal momento che il processo di Accreditamento è orientato dallo Stato e definito e applicato dalle Regioni (che possono anche prevedere dei criteri aggiuntivi). Ed infatti saranno proprio queste ultime a rilasciare l'Accreditamento e a rinnovarlo periodicamente.

Appare quindi evidente che la scelta Italiana è quella di adottare un sistema di Accreditamento “Istituzionale”, per pubblica regolamentazione, affidato alle Regioni/Province Autonome, le quali sono tenute ad individuare i requisiti ulteriori di qualità, a stabilire le procedure di rilascio e il sistema dei controlli.

Le Regioni Italiane disciplineranno gli Istituti dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento Istituzionale, seguendo percorsi differenti, che condurranno: ad una diversa implementazione del sistema Accreditamento, ad un diverso livello di “applicabilità” del

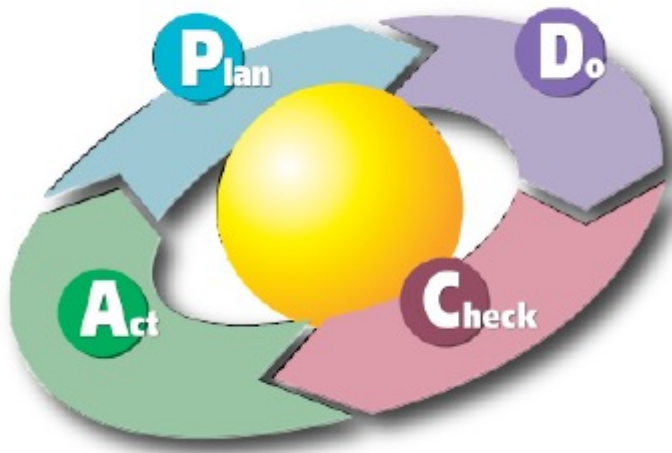
sistema Accredитamento nel Servizio Sanitario Regionale (alcune Regioni applicheranno il sistema a tutte le strutture pubbliche e private, altre limiteranno l'accreditamento ad alcune specialità o ad alcune particolari tipologie di strutture); ad una differente definizione di caratteristiche peculiari per i diversi modelli Regionali in relazione, ad esempio, alle funzioni assegnate al sistema o al grado di complessità da esso raggiunto.

l'Istituto dell'Accreditamento Istituzionale si inserisce in un continuum di atti istituzionali che coinvolgono gli erogatori di prestazioni, quali l'Autorizzazione (la Realizzazione e l'Esercizio), la contrattazione e il controllo, con il compito di accertare la legalità dei servizi offerti, il buon uso delle risorse ed il monitoraggio della qualità.

Il processo di Accredитamento contribuisce infatti al miglioramento della qualità dell'assistenza, dal momento che implementa realtà organizzative in cui i comportamenti degli operatori sono aderenti agli strumenti professionali tipici di organizzazioni complesse (procedure, linee guida, protocolli, ecc.) e sono altresì gestiti come sistema per la realizzazione del mandato organizzativo.

L'accreditamento implica quindi la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e dei processi di cura/assistenza secondo quanto previsto dal modello "*Deming Cycle*" o ciclo di PDCA, acronimo di Plan-Do-Check-Act: "Pianificare - Fare - Verificare - Agire"

Figura 1 Rappresentazione del ciclo di Deming "Deming Cycle" o ciclo di PDCA



Il modello proposto dal ciclo di Deming è in grado di promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. Questo strumento parte dall'assunto che per perseguire la qualità è necessaria la costante integrazione fra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi, miglioramento.

Applicare costantemente le quattro fasi del ciclo di Deming consente di migliorare costantemente la qualità e soddisfare quindi le esigenze del cittadino/ paziente.

All'interno del Patto per la Salute 2010-2012, in attuazione di quanto stabilito dall'articolo 7, comma 1, le Regioni si impegnano inoltre a rivedere, entro il mese di giugno del 2013, la propria normativa in materia di Accreditamento.

All'articolo 7 (Accreditamento e Remunerazione) "1. si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di Accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie; "2. si conviene sulla necessità di prorogare al 31 dicembre

2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accreditamento definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio Sanitario Nazionale.”

Il Patto della Salute 2010-2012, introduce, infatti, una profonda e radicale innovazione che va al di là della semplice riformulazione dei criteri dell'accreditamento dal momento che prevede una nuova Struttura Tecnica per il monitoraggio dei Servizi Sanitari Regionali, che farà capo alla Conferenza Stato-Regioni, e che dovrà revisionare e definire criteri, requisiti ed evidenze, con modalità omogenee a livello nazionale, collegando le remunerazioni delle prestazioni sanitarie e il controllo sui bilanci aziendali a quello dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Ma per capire cosa abbia spinto lo Stato Italiano verso questo radicale mutamento, occorre oltrepassare i confini nazionali e volgere lo sguardo all'Unione Europea: il nuovo vero contesto in cui diritti e persone si delineano e si muovono.

Ed è proprio la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento e del Consiglio Europeo, del 9 marzo 2011, concernente “l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera” che segna la svolta al cambiamento.

1.2 Il percorso legislativo: successione normativa della Regione Emilia Romagna in materia di Accredimento Istituzionale

Con il D. Lgs. 502/1992, e l'introduzione in Italia dell'Istituto dell'Accreditamento la Regione Emilia Romagna (RER), come molte altre Regioni intraprende una serie di azioni per produrre un modello di riferimento e dei requisiti rispetto ai quali realizzare le verifiche di Accredimento.

Per la RER il percorso di riflessione e sperimentazione in materia di Accredimento inizia nel 1996, e coinvolge Professionisti, Gestori, Rappresentanze dell'Utenza, nonché le Università, la Sanità Privata profit e non-profit.

Così come riportato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, sono riconducibili a quattro, i principali ambiti su cui la RER focalizza il proprio lavoro:

- la **definizione delle procedure** sia giuridico-amministrative (le modalità di accesso, concessione e revoca dell'Accreditamento) che tecniche (la visita di verifica, il rapporto, la relazione motivata);

- la **creazione di consenso**, attraverso la costruzione di interrelazioni positive fra le Strutture Sanitarie e gli strumenti per accreditare, fra il metodo utilizzato e la professionalità dei Valutatori. Il consenso diventa quindi fattore di successo per il risultato finale di ogni singola verifica e del processo di Accreditamento nel suo insieme.

- la **definizione degli strumenti per realizzare le verifiche**, e nello specifico: modello di riferimento e struttura di ispezione. Nello specifico il modello di riferimento, co-costruito dai professionisti fiduciari delle Aziende Sanitarie, è stato definito nel 1997 e sperimentato nell'anno successivo, quale modello regionale per l'Accreditamento. La struttura dell'ispezione si configura inoltre come "pre-contrattuale" di parte seconda, mantenendo quindi un'esternalità tecnica rispetto al committente.

La Legge Regionale n. 34/1998 individua nell' Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale l'organismo tecnico di riferimento per le verifiche, realizzate direttamente o attraverso l'utilizzo di altri soggetti qualificati.

- lo **sviluppo di competenze per la valutazione**. I "Valutatori" vengono formati con percorsi interni al Servizio Sanitario Regionale e presso le Aziende Sanitarie si avviano

iniziative di sviluppo, particolarmente orientate a formare "facilitatori" capaci di guidare dall'interno delle Unità Operative e dei Dipartimenti i percorsi di adeguamento all'Accreditamento.

La formazione dei "valutatori" si arricchisce ulteriormente: si sviluppano due programmi finanziati dal Ministero della Salute ("Sviluppo e sperimentazione di metodologie per la qualificazione di valutatori idonei a svolgere attività di verifica delle strutture sanitarie a scopo di accreditamento..." 1997-2000 e "Collaborazione interregionale per lo sviluppo e il mantenimento di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento" 2001-2004), e diversi percorsi formativi realizzati annualmente con la collaborazione delle Aziende USL. Alcuni dei Valutatori proseguono la propria formazione fino al superamento di un esame di qualificazione da parte del CEPAS, Organismo di Certificazione del Personale, accreditato EA ai sensi della normativa tecnica EN UNI 45013. Alcuni di essi entrano quindi nel registro nazionale "Addetti all'esecuzione di audit ai fini dell'accREDITamento nel settore sanitario" altri nel registro degli "Auditor di sistemi di gestione per la qualità nel Settore Sanitario" detenuto da CEPAS.

Con la prima applicazione, nel giugno 1999, della normativa relativa all'autorizzazione si rende vincolante (e pertanto diffuso e capillare) l'utilizzo delle liste di riscontro (o di verifica o check list), per il percorso di autovalutazione delle strutture sanitarie richiesto dalla Legge Regionale n. 34/1998 ai fini della verifica del possesso dei requisiti necessari. Questo strumento è attualmente regolarmente utilizzato in tutte le verifiche di accreditamento.

Dal punto di vista normativo, il percorso si caratterizza per il progressivo raggiungimento delle seguenti tappe:

- l'approvazione della Legge regionale n. 34/1998 (modificata dalla Legge Regionale n. 4/2008) che regola Autorizzazione e Accredimento e recepisce il DPR 37 del 14 gennaio 1997;
- la delibera di definizione dei requisiti (allegato tecnico del DPR 37 del 14 gennaio '97, integrato) e delle procedure per l'Autorizzazione (DG RER n. 125/1999);
- lo sviluppo di ampi percorsi di definizione di requisiti specialistici, specificativi dei "requisiti" generali o di "sistema qualità" e verifica della loro adeguatezza e di sperimentazione delle modalità operative delle verifiche;
- altri provvedimenti, contenenti i requisiti "ulteriori e diversi" per l'Accredimento e le procedure valutative, prima fra tutte la DGR n. 327/2004 che ha recepito le innovazioni introdotte dal D.Lgs n. 229/1999 in materia di accredimento e che semplifica il percorso per ottenere l'Autorizzazione, integrando il processo di Accredimento con gli elementi relativi all'accredimento dei professionisti e dei programmi assistenziali, nonché con i requisiti specialistici nel frattempo prodotti;
- l'avvio delle procedure di accredimento sul campo, a partire dalla Determinazione n. 10256/2004 del Direttore generale sanità e politiche sociali, applicativa della DGR n. 327/2004.

Alla DGR 327/2004, ne fanno seguito altre, approvative di ulteriori requisiti specifici per varie specialità cliniche (neuropsichiatria infantile, medicina nucleare, ...). La delibera di Giunta regionale 327/2004, pertanto, riconferma e innova un percorso precedente delineato con due delibere, la 125/1999 (**Autorizzazione**) e la 594/2000 (**Accredimento**).

Nel corso del 2007 e 2008 vengono poi emanate altre due rilevanti normative: la delibera 772/2007 di definizione del contesto di principi per lo sviluppo

dell'accreditamento alle strutture sociali e socio-sanitarie e la promulgazione della legge 24/2008 detta *Omnibus* che rivede complessivamente il processo autorizzativo e modifica quello di accreditamento, prolungando a quattro anni la validità di quest'ultimo e attribuendo al Direttore Generale Sanità e politiche sociali la delega della firma dei provvedimenti conclusivi dell'iter di verifica.

Appare chiaro quindi che il modello di accreditamento istituzionale della RER, si fonda su quattro istituti, ampiamente normati ed oggetto di studio costante:

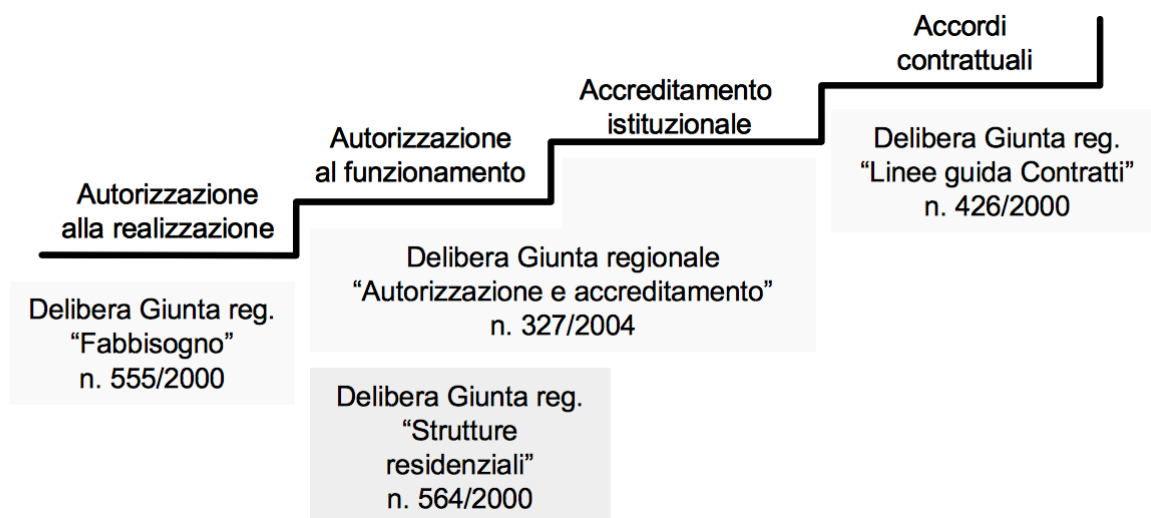
I - l'Autorizzazione alla Realizzazione, che mira a garantire la coerenza della struttura sanitaria rispetto ai fabbisogni manifestati dalla comunità;

II- l'Autorizzazione al Funzionamento delle attività sanitarie, che assicura i livelli di legalità e sicurezza;

III. l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e dei Professionisti, fissato a garanzia dei livelli di qualità;

IV. gli Accordi Contrattuali, che hanno lo scopo di garantire un impiego efficiente dei mezzi finanziari del Sistema Sanitario Nazionale, destinati all'erogazione di prestazioni sanitarie ai cittadini.

Figura 2 Rappresentazione grafica dei quattro Istituti dell'Accreditamento della RER



1.3 Sviluppo dell'Accreditamento Istituzionale nell'ambito del panorama delle Regioni Italiane

Ad integrazione di quanto precedentemente illustrato, si proverà ora ad indicare una visione di sintesi del panorama attualmente presente nell'ambito dell'Accreditamento Istituzionale nelle Regioni Italiane. Verrà a tal fine utilizzata, pur senza specifici approfondimenti normativi, una revisione documentale della normativa in merito all'Accreditamento, antecedente la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento e del Consiglio Europeo, del 9 marzo 2011, che, come riferito nel precedente paragrafo 1.1, comportava una essenziale svolta al riguardo.

In estrema sintesi, analizzando la relativa documentazione, risulta possibile individuare tre gruppi principali in cui poter collocare le Regioni Italiane:

- 1- L'insieme delle Regioni che, in maniera costruttiva, risultano concretamente impegnate nella fase di elaborazione e sperimentazione di modelli di

Accreditamento, pervenendo a sistemi strutturati; tra queste: Regione Emilia Romagna, Regione Toscana e Lombardia;

- 2- Le Regioni che procedono nella direzione di una progressiva focalizzazione delle modalità di Accreditamento, tramite l'individuazione di obiettivi interni ai piani regionali della salute; devono essere individuate in: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano;
- 3- il gruppo finale delle Regioni, il cui percorso di Accreditamento risulta tuttora incompleto, a causa della mancata definizione di requisiti a completamento del modello e/o la cui sperimentazione è stata portata del tutto a termine (laddove il modello risulti essere stato delineato).

1.4 La revisione normativa dell'Accreditamento: verso il nuovo modello nazionale

L'esame della direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, evidenzia l'esistenza di un sistema di accreditamento nazionale quale garanzia del diritto a ricevere "un trattamento equo di tutti i pazienti in base ai loro bisogni di assistenza sanitaria e non in base allo Stato membro di affiliazione", nel rispetto dei "valori superiori di universalità, di accesso a un'assistenza di elevata qualità, di equità e di solidarietà".

Con la costituzione dell'Unione Europea (UE) che risale al trattato di Maastricht del 7 febbraio 1992 (entrato in vigore il 1° novembre 1993) gli Stati aderenti dopo un lungo percorso intrapreso a partire dalle Comunità Europee precedentemente esistenti e dopo la stipulazione di parecchi trattati, si impegnano reciprocamente a garantire ai

propri cittadini pace, riconciliazione, democrazia e diritti umani. L'UE assicura la libera circolazione di persone, merci, servizi e capitali, mira alla stabilità politica, cercando di attenuare le differenze socio-economiche per incrementare il benessere socio-economico. Fra gli obiettivi principali dell'UE, c'è la protezione dei diritti umani: dignità umana, libertà, democrazia e stato di diritto.

Dall'entrata in vigore del trattato di Lisbona, sino alla Carta dei Diritti Fondamentali, approvata a Nizza, nel 2000, il panorama legislativo europeo viene progressivamente integrato e perfezionato, imponendo tra l'altro alle Istituzioni che ne fanno parte, l'obbligo giuridico di tutelarli, come egualmente risultano tenuti a fare i Paesi membri all'atto dell'applicazione della normativa europea.

Nonostante le diverse interpretazioni riguardo il valore e l'efficacia delle disposizioni della Carta, è evidente la sua portata innovativa, con particolare riferimento all'art. 357, dedicato alla "Protezione della salute", inserito nel Capo IV, relativo alla "Solidarietà" che introduce in maniera definitiva il "diritto soggettivo, autentico, assoluto e pienamente operante nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei Privati tutelabile dinanzi agli organi giurisdizionali" di ogni cittadino, appartenente all'Unione Europea a ricevere cure preventive e riabilitative a tutela della propria salute.

Ed è proprio nell'ambito dell'applicazione di questi diritti di salute, riconosciuti ai cittadini europei, che vanno delineandosi sia l'assistenza sanitaria transfrontaliera che la "mobilità sanitaria" entrambe riconducibili ad un fenomeno strettamente legato alla possibilità, riconosciuta come diritto, così come più volte sancito dalla Corte di Giustizia, di cercare terapie più efficaci e di curarsi nei centri migliori.

Si generano così due ordini di problematiche: una di tipo legislativo, ed una ancor più evidente di ordine economico, legata ai rimborsi. Viene introdotto il concetto della cosiddetta "esportabilità della prestazione sanitaria", con l'obiettivo di consentire al

“malato autorizzato” il diritto ad una prestazione sanitaria in un Paese diverso da quello di residenza (tramite il modulo E111) e dunque fuori dal proprio Sistema Previdenziale di iscrizione, quando le cure richieste figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato di provenienza e se, tenuto conto dello stato di salute del paziente e dell'evoluzione della sua patologia, non possano essere praticate in tempo utile nel suo Stato di residenza.

Ma se appaiono sempre più evidenti le maggiori e migliori possibilità di cura per i cittadini europei, appare altrettanto preoccupante la sostenibilità finanziaria dei Sistemi Sanitari degli Stati che devono così farsi carico delle spese sostenute dai propri cittadini che usufruiscono di cure all'estero.

Dopo un lungo percorso di approvazione, il 9 marzo del 2011 viene emanata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio, la Direttiva 24/2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Si può sicuramente dire che tale Direttiva s'inserisce nella linea giurisprudenziale seguita dalla Corte di Giustizia, sin dalla fine degli anni '90. Il giudice europeo, con le sentenze relative ai casi Kohll (C-158/96) e Decker (C-120/95), stabilisce per la prima volta che il cittadino europeo ha diritto al rimborso delle spese sanitarie sostenute in uno Stato membro, diverso da quello di residenza, facendo dunque rientrare nella materia europea della libera circolazione delle persone, dei beni e dei servizi, anche la “circolazione dei pazienti.” Nello specifico, oltre alle prestazioni sanitarie, anche l'acquisto di prodotti utilizzati nell'assistenza sanitaria come ad esempio i dispositivi medici, oggetto della sentenza Decker (nella fattispecie si trattava dell'acquisto di occhiali), rientrano nelle spese sanitarie esigibili di rimborso.

La Direttiva ha quindi stabilito non solo i “parametri”, o requisiti minimi per avere accesso alle cure transfrontaliere da parte dei cittadini (principalmente si tratta

dell'Autorizzazione Preventiva), ma anche i criteri per stabilire il quantum del rimborso spettante al paziente che decide di curarsi all'estero.

In sintesi i cardini della Direttiva 2011/24, possono essere ricondotti ai seguenti ambiti:

- la libertà di scelta del cittadino, purchè la Struttura sia riconosciuta dallo Stato di appartenenza;
- il pagamento (o rimborso al cittadino) di quanto sarebbe costata la prestazione nello Stato di appartenenza;
- l'obbligo di istituire punti di informazione per la cittadinanza;
- l'obbligo di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni;
- la facoltà di istituire la pre-autorizzazione con possibilità di negarla solo in caso di seri dubbi su qualità e sicurezza.

L'aumento delle possibilità di scelta degli utenti, l'obbligo di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni, la necessità di promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'Assistenza Sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'UE, richiedono a questo punto di disporre di fonti di valutazione e di informazione fondate su standard riconosciuti ed omogenei a livello nazionale. In altre parole è necessario superare la frammentarietà dei sistemi di accreditamento regionali, per arrivare all'individuazione di un nuovo modello di accreditamento nazionale.

Nel giugno del 2011, il Ministero della Salute istituisce quindi a livello nazionale, il Tavolo per la Revisione della Normativa dell'Accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, di Agenas e delle Regioni e Province Autonome e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con un mandato preciso: arrivare, alla definizione di un modello nazionale di Accreditamento.

CAPITOLO II – REQUISITI NAZIONALI DELL'ACCREDITAMENTO

2.1 Esame del Disciplinare Tecnico e nuovi requisiti nazionali dell'Accreditamento Istituzionale

Alla luce del mandato del Ministero della Salute, il tavolo per la Revisione della Normativa dell'Accreditamento (TRAC), predispone un documento, il “Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento” (Intesa del 20 dicembre 2012), che individua i nuovi requisiti nazionali dell'Accreditamento.

Tutti i sistemi di Accreditamento regionali dovranno quindi uniformarsi ai contenuti del “Disciplinare Tecnico” che individua 8 criteri, 28 requisiti e 123 evidenze, ritenuti dal TRAC “essenziali per l'Accreditamento Istituzionale e comuni a tutte le Regioni”. Successivamente all'approvazione di questo documento, il TRAC definisce la tempistica di adeguamento ai contenuti del “Disciplinare tecnico” con un provvedimento d'intesa, in Conferenza Stato Regioni del 19 febbraio 2015.

Il Cronoprogramma (contenuto nell'Allegato A) distingue per ciascuna evidenza i tempi di adeguamento, prevedendo due scadenze a 12 e 24 mesi. L'Intesa definisce, inoltre, le modalità di funzionamento degli “Organismi tecnicamente accreditanti” (Allegato B), 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 Pubbliche Amministrazioni che ne siano prive entro il 31 ottobre 2015.

Il modello scelto e utilizzato per la declinazione/puntualizzazione dei requisiti e delle evidenze del Disciplinare, in linea con i prevalenti indirizzi europei e internazionali, si basa sulla logica del ciclo di Deming (ciclo di PDCA: plan–do–check–act), in grado di favorire una cultura della qualità tesa allo sviluppo continuo dei processi e all'utilizzo

ottimale delle risorse. Finalmente in Italia abbiamo un insieme di requisiti di qualità che saranno comuni in tutti i sistemi di Accredimento Regionale.

Vediamo ora nel dettaglio gli 8 criteri del Disciplinare Tecnico:

I- PRIMO CRITERIO: “Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture Sanitarie”

1.1 *“Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto”*: piano strategico, piano annuale, verifica degli obiettivi;

1.2 *“Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali”*: trauma, ictus, infarto, ecc.; integrazione tra Ospedale e Territorio; reti di cure palliative e di terapia del dolore;

1.3 *“Definizione delle responsabilità”*;

1.4 *“Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)”*: liste d’attesa; qualifica dei dati;

1.5 *“Modalità e strumenti di valutazione delle qualità dei Servizi”*: standard di prodotto/percorso-organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione. Audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality and morbidity review. Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;

1.6 *“Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi”*: raccolta e tracciabilità dei disservizi e analisi dei reclami;

II - SECONDO CRITERIO: “Prestazioni e Servizi”

2.1 *“Tipologia di prestazioni e di servizi erogati: Carta dei servizi”*;

2.2 *“Eleggibilità e presa in carico dei pazienti”*: protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extra ospedalieri);

2.3 *“Continuità assistenziale”*: processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure e procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento;

2.4 *“Monitoraggio e valutazione”*: audit clinici, analisi degli eventi avversi, incident reporting e near missing;

2.5 *“Modalità di gestione della documentazione sanitaria”*.

III- TERZO CRITERIO: “Aspetti strutturali”

3.1 *“L’idoneità all’uso delle strutture”*;

3.2 *“Gestione e manutenzione delle attrezzature”*: inventario, manutenzione, collaudi

IV - QUARTO CRITERIO: “Competenze del personale”

4.1 *“Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica”*: piano della formazione, valutazione dell’efficacia della formazione, condivisione delle conoscenze e funzioni di provider per il riconoscimento degli ECM legato ad eventi di formazione continua;

4.2 *“Inserimento e addestramento di nuovo personale”*.

V - QUINTO CRITERIO: “Comunicazione”

5.1 *“Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori”*: formalizzazione dei processi comunicativi;

5.2 *“Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l’organizzazione”*: analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;

5.3 *“Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver”*: riguardo alla carta dei servizi, donazione organi, prevenzione infezioni, studi clinici, ecc;

5.4 *“Coinvolgimento dei pazienti, dei loro familiari e caregiver nelle scelte clinico assistenziali”*: ascolto, educazione, coinvolgimento nelle scelte;

5.5 *“Modalità di ascolto dei pazienti”*: reclami, customer satisfaction.

VI- SESTO CRITERIO: “Appropriatezza clinica e sicurezza”

6.1 *“Approccio alla pratica clinica secondo evidenze”*: protocolli e linee guida basate sulle evidenze;

6.2 *“Promozione della sicurezza e gestione dei rischi”*;

6.3 *“Programma per la gestione del rischio clinico”*: near miss, eventi avversi, eventi sentinella; root cause analysis, audit clinico, significant event audit; checklist, FMEA, FMECA;

6.4 *“Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze”*.

VII- SETTIMO CRITERIO: “Processi di miglioramento ed innovazione”

7.1 *“Progetti di miglioramento”*;

7.2 *“Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi”*;

7.3 *“Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale ed organizzativa”*: sviluppo di modalità di integrazione fra assistenza-didattica-ricerca.

VIII- OTTAVO CRITERIO: “Umanizzazione”

8.1 “Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza”: bambino in Ospedale, percorso nascita, supporto psicologico, multiculturalità, counselling, semplificazione dell’accesso alle cure.

Figura 4 Tabella di sintesi di “Criteri, Requisiti, Evidenze” contenuti nel Disciplinare Tecnico



CRITERI	REQUISITI	EVIDENZE
1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie	6	25
2° Criterio - Prestazioni e Servizi	5	27
3° Criterio - Aspetti Strutturali	2	10
4° Criterio - Competenze del Personale	2	10
5° Criterio - Comunicazione	5	23
6° Criterio - Appropriately clinica e sicurezza	4	18
7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione	3	6
8° Criterio/fattore di qualità - Umanizzazione	1	4
	28	123

2.2 Evoluzione e sviluppo: dai requisiti generali e specifici dell'Accreditamento al nuovo modello nazionale

Con la Deliberazione di Giunta Regionale del 26 ottobre 2015 (Recepimento 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) la Regione Emilia Romagna recepisce quanto stabilito dal Disciplinare Tecnico e dagli allegati A e B dell'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015.

Nella deliberazione, la RER considera che sia “necessario, nelle more della formulazione delle proposte di revisione del modello di accREDITamento e della definizione delle nuove regole, confermare, fino al 31 luglio 2018, la validità di tutti i provvedimenti di accREDITamento delle strutture pubbliche e private, degli studi professionali, già rilasciati, compreso l'accREDITamento delle funzioni di governo aziendale della formazione, riservandosi la facoltà di effettuare ogni verifica della qualità dell'assistenza che venga ritenuta opportuna” e delibera al punto 2, “di dare atto di avere già ottemperato alle previsioni di cui all'Intesa (allegato B) poiché in questa Regione è già operante un organismo tecnico con le caratteristiche ivi previste, nelle vesti dell'attuale Funzione accREDITamento dell'AgENZia Sanitaria e Sociale Regionale”.

Sempre nella medesima deliberazione, al punto 4 conferisce il mandato alla Funzione AccREDITamento della AgENZia Sanitaria e Sociale Regionale, quale Organismo tecnicamente accREDITato “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”.

Ma per comprendere appieno questa ampia ed articolata azione di revisione e di “armonizzazione”, avviata dalla RER nell’ottobre del 2015, è bene almeno accennare al modello dell’Accreditamento Istituzionale sino ad ora elaborato ed utilizzato in Regione.

Con la Delibera di Giunta Regionale 327/2004, la RER approva ed adotta i requisiti generali per l’accreditamento di strutture, di ambulatori mono-specialistici e di professionisti.

I requisiti generali del modello di accreditamento istituzionale sono dieci:

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

Accanto ai requisiti generali, il modello regionale si completa con una serie di requisiti specifici, elaborati con il contributo dei professionisti.

Di seguito i Servizi/Strutture di cui sono stati individuati i requisiti specifici:

- Anestesia e rianimazione
- Cardiochirurgia

- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Fisica sanitaria
- Genetica medica
- Hospice
- Malattie infettive
- Medicina di emergenza-urgenza
- Medicina di laboratorio
- Medicina fisica e riabilitativa
- Medicina interna
- Nefrologia e dialisi
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Neuroradiologia
- Ortopedia
- Ostetricia e ginecologia
- Programma screening dei tumori della mammella
- Programma trapianti
- Psichiatria
- Radiologia
- Servizi per tossicodipendenti

E' su questo modello strutturato dalla RER (fatto di requisiti generali e specifici) che si inserisce la deliberazione di giunta regionale del 26 ottobre 2015 di Recepimento Intesa Stato-Regioni, che avvia il modello dell'Accreditamento Istituzionale verso una

profonda revisione e riformulazione. Si delinea quindi un “periodo di transizione” che dall’ottobre 2015 al luglio 2018 dovrà portare alla definizione del nuovo modello dell’Accreditamento Istituzionale, attraverso un percorso di revisione ed armonizzazione del modello sin qui rappresentato, verso quanto individuato dal disciplinare tecnico.

Nelle tabelle sottostanti, per completare la descrizione del modello di accreditamento RER qui illustrato, si riportano i criteri generali, declinati nei loro principali contenuti.

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
	<p>supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.</p> <p>3.1.3 È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.</p>
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.
	4.2.2I 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

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

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.

CAPITOLO III- L'ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

3.1 I requisiti specifici dell'Accreditamento dei Dipartimenti Cure Primarie della Regione Emilia Romagna

Con la DGR 1604/2015 “Requisiti specifici per l'Accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie”, la RER definisce, in un unico documento, i requisiti dei Dipartimenti Cure Primarie (DCP), le relative funzioni di governo e le articolazioni organizzative nelle quali esso si articola:

- i Nuclei di Cure Primarie (NCP)
- il Consultorio Familiare
- la Pediatria di Comunità
- l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale
- le Cure Domiciliari
- gli Ospedali di comunità

La DGR esclude dai requisiti dell'accREDITamento dei DCP, le Case della Salute e le Cure Palliative, per i quali si riserva di predisporre ulteriori specifici documenti, in funzione delle caratteristiche di forte integrazione interdipartimentale che connota questi setting assistenziali ove si realizza l'opportunità di integrare e coordinare le diverse competenze all'interno di percorsi assistenziali inter-professionali e multifunzionali.

Il documento comprende anche un “cruscotto di indicatori utili per monitorare l'andamento delle attività svolte, la performance del dipartimento e delle sue articolazioni organizzative e il trend inteso come visione prospettica che parte dai risultati conseguiti e si focalizza sulle condizioni di gestione che si proiettano nel futuro

e che costituiscono i presupposti per il mantenimento e il miglioramento delle performance”.

Per l’Azienda USL di Parma, il percorso di accreditamento dei DCP, quale forma organizzativa complessa e territoriale, con il mandato regionale di garantire a tutti i Cittadini le Cure Primarie, vede coinvolti quattro Dipartimenti: DCP del Distretto di Parma, DCP del Distretto di Fidenza, DCP del Distretto Sud Est e DCP del Distretto Valli Taro e Ceno.

I DCP garantiscono il governo clinico del sistema di produzione dei servizi di assistenza primaria, organizzando l’intera sequenza dei servizi assistenziali intorno ai bisogni della persona, perseguendo l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni erogate e l’uso razionale delle risorse assegnate.

A tal fine nei DCP vengono definiti i percorsi di cura e i relativi processi assistenziali della medicina territoriale, in integrazione con i servizi ospedalieri per il trattamento delle fasi acute e per l’erogazione delle prestazioni sanitarie di alta specializzazione.

Nei DCP viene altresì promossa la presa in carico globale del singolo paziente (caso clinico) e degli aspetti socio-sanitari allo stesso correlati, anche attraverso la definizione di forme di coordinamento per l’integrazione tra le diverse fasi assistenziali e i diversi professionisti che ne condividono la presa in carico. Sempre nei DCP viene garantita l’elaborazione di programmi di formazione ed aggiornamento del personale.

I DCP sono organizzati in Strutture che gestiscono le specifiche linee di produzione individuate: Nuclei per le Cure Primarie (Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, Infermieri, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti territoriali), Rete delle Cure Palliative ed Hospice Territoriale, Consultorio Pediatrico e Familiare, Area Anziani, Area Disabili, Area Riabilitativa, Assistenza Protesica, Demenze e disturbi del comportamento.

3.2 La MISSION del Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento di Cure Primarie è la forma organizzativa della funzione di produzione che ha il mandato di garantire a tutti i cittadini le cure primarie. Le cure primarie sono un sistema di cure che, erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali), costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria sul territorio che garantisce la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni della persona, ha valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata.

Gestisce le risorse assegnate allo scopo di:

- facilitare l'accesso alle cure nell'ambito della riduzione delle disuguaglianze;
- assicurare l'assistenza primaria alle persone nell'arco di tutta la vita, sia come risposta alle patologie in fase acuta, che durante le fasi della cronicità e nell'ultima fase della vita
- assicurare l'assistenza a persone con patologie croniche, utilizzando gli strumenti e le modalità assistenziali che fanno riferimento alla medicina di iniziativa, e intervenire anche sulla promozione della salute.
- definire e garantire standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria, assistenza specialistica ambulatoriale, consultoriale rivolta alla donna, all'infanzia e all'età evolutiva, assistenza agli anziani e ai disabili;

- assicurare relazioni operative con i Dipartimenti ospedalieri e le strutture sanitarie accreditate, con il DSM-DP, DSP e Dipartimento o Servizio farmaceutico territoriale, i Servizi Sociali dei Comuni, il Terzo settore, finalizzate a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura;
- promuovere e verificare la qualità delle cure attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico.

3.3 La Visione strategica del Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento Cure Primarie:

- si pone l'obiettivo strategico della presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure, definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o caregiver;
- promuove lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità anche aumentando le competenze e le capacità di autocura dei pazienti;
- si pone l'obiettivo di garantire una prima risposta ai problemi acuti dei cittadini gestibili nell'ambito delle cure primarie;
- promuove lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di cure primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale;
- costruisce, in collaborazione con i servizi sociali, le opportune integrazioni tra i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed i percorsi socio-sanitari, al fine di fornire al paziente complesso, con una

molteplicità di problemi sanitari e sociali, una risposta integrata ottimizzando l'utilizzo delle risorse

- sviluppa la competenza di tutti gli operatori coinvolti, dipendenti e convenzionati, al fine di garantire livelli omogenei e qualificati delle prestazioni;
- promuove ed implementa l'innovazione e la ricerca, per migliorare la qualità dell'assistenza;
- promuove il consolidamento delle relazioni tra il sistema territorio (risposta continua) e il sistema ospedale (risposta puntuale per singoli episodi);
- garantisce la gestione dei casi in modo integrato con i Servizi Sociali, a partire dalla valutazione multidimensionale

3.4 Le Cure Domiciliari all'interno del Dipartimento Cure Primarie

Le cure domiciliari devono dare una risposta alle persone (adulti e bambini) non autosufficienti o in condizioni di fragilità (affetti da patologie croniche, riacutizzazioni, patologie in fase terminale, portatori di gravi disabilità, dimessi da strutture sanitarie o residenziali, ecc.) integrandosi con i Servizi sociosanitari e sociali.

Le cure domiciliari integrate si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale che garantisce:

- interventi medici, infermieristici, riabilitativi necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, migliorare la qualità della vita;

- supporto alle persone che assistono (“caregiver”);
- interventi di aiuto alle attività di vita quotidiana.

Le cure domiciliari in ambito sanitario, devono essere considerate una risposta essenziale per l'emergente domanda di salute di una popolazione con bisogni sempre più complessi. Per individuare il livello di complessità assistenziale è necessaria una valutazione per identificare i bisogni assistenziali sanitari e sociali dei possibili fruitori delle cure domiciliari.

Qualora siano identificati bisogni assistenziali complessi deve essere attivata una valutazione:

- multidimensionale e multiprofessionale dello stato funzionale della persona e della sua situazione sociale ed abitativa, in integrazione con gli operatori dei servizi sociali; utilizzando strumenti valutativi condivisi ed omogenei;
- finalizzata alla stesura di piani personalizzati di assistenza (PAI);
- che individui un responsabile “case manager” nell'ambito dell'équipe assistenziale.

Per garantire una modalità assistenziale complessiva, tale da non considerare l'intervento domiciliare come un episodio assistenziale a sè stante e per superare la frammentarietà di diversi episodi di cura, l'integrazione tra territorio e ospedale, la rete dei servizi sanitari e sociali territoriali e tra professionisti, risulta essere elemento imprescindibile.

L'accesso e la continuità delle cure, richiede un punto di raccolta integrato (sanitario e sociale) della domanda di assistenza posto nei NCP. Tale punto di accesso è il luogo

di attivazione dei percorsi di presa in carico, e punto di riferimento e orientamento per utenti e famiglie, MMG e PLS, operatori sanitari (delle diverse unità operative sia ospedaliere che territoriali), servizi sociali e associazioni di volontariato. Quando l'accesso non avviene attraverso un punto di raccolta integrato, deve essere garantito un collegamento funzionale con lo sportello sociale. Chi opera in tali contesti deve essere in grado di indirizzare i pazienti al servizio della rete assistenziale più idoneo. Le funzioni prioritarie da svolgere, pertanto, sono l'accoglienza, la valutazione della domanda e l'avvio della presa in carico.

Requisiti strutturali

- Sede con accesso diretto e senza barriere architettoniche
- Spazio/locale per la gestione delle richieste di cure domiciliari, anche telefoniche, di facile accesso, con garanzia per la privacy
- Locale per gli infermieri
- Locale per il coordinatore assistenziale
- Sala d'attesa anche in comune
- Sala riunioni (incontri multiprofessionali, valutazione/discussione casi, briefing, ecc.) anche in comune
- Adeguati spazi per deposito materiale in uso (zaini/borse con materiale sanitario, armadi farmaci, ecc.)
- Spazio per archivio

- Spogliatoi e area relax
- Disponibilità di parcheggi e/o garage, per le auto di servizio, in prossimità della sede

Requisiti tecnologici/strumentali

- Strumenti tecnologici per l'informatizzazione della documentazione sanitaria con la possibilità di connessione con la rete aziendale.
- Utilizzo di software per:
 - gestione e documentazione dei processi sanitari e sociosanitari,
 - pianificazione dell'assistenza,
 - continuità informativa, implementazione e utilizzo dati,
 - costruzione di indicatori quali-quantitativi,
 - accesso alle banche dati e ai flussi informativi sanitari e sociali,
 - risposta al debito informativo regionale e nazionale.
- Disponibilità di mezzi di trasporto, con caratteristiche che rispettino le normative di sicurezza sul lavoro, in un numero pari al numero dei professionisti che accedono contemporaneamente ai domicili dei pazienti.
- Borse, zaini, frigo portatili (con controllo della temperatura), ecc., adeguati al trasporto del materiale e degli strumenti sanitari, nel rispetto delle normative di

sicurezza sul lavoro e almeno in un numero pari al numero dei professionisti che accedono contemporaneamente ai domicili dei pazienti.

- Telefono cellulare ad ogni infermiere impegnato nell'assistenza domiciliare per una comunicazione immediata.

- Strumenti, ad uso infermieristico/fisioterapico, che permettano semplici trattamenti e indagini diagnostiche (macchina fotografica/cellulare, ECG portatile, glucotest, flebo in contenitori leggeri, ecc.).

Requisiti organizzativi

- Utilizzo di procedure per l'accesso e la valutazione di presa in carico dei pazienti/parenti.

- Utilizzo delle procedure per garantire la continuità assistenziale con le unità operative ospedaliere e per l'attivazione di reciproche consulenze.

- Utilizzo delle procedure di collegamento con medici di continuità assistenziale, MMG, medici specialisti, servizi sociali, strutture di cure intermedie, volontariato.

- Utilizzo di strumenti integrati per la valutazione multidimensionale, la presa in carico, la stesura del piano assistenziale e la verifica degli obiettivi raggiunti.

- Utilizzo di una cartella integrata informatizzata.

- Utilizzo di procedure e protocolli condivisi a livello aziendale relativi all'assistenza domiciliare.

- Utilizzo dei protocolli aziendali relativi al controllo del dolore.
- Presenza del programma degli interventi manutentivi dei mezzi di trasporto.

CAPITOLO IV - Piano Organizzativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) del Distretto Sud Est

Da aprile 2017 a giugno 2017, sono stati programmati e realizzati una serie di incontri fra i professionisti del gruppo di miglioramento, con l'obiettivo di condividere le fasi del processo di Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie. Nel dettaglio, è stata completata la prima versione del Manuale dell'Accreditamento Dipartimentale con relativi allegati e link, e sono stati realizzati i piani organizzativi per ogni Servizio/Funzione/Unità Operativa presente nel DCP Aziendale.

Si sono quindi distribuiti i compiti ad ogni DCP, in modo da poter realizzare entro luglio 2017, un piano organizzativo per ogni ambito di attività dipartimentale, così come previsto dalla DGR 1604/2015: un piano organizzativo per il Consultorio Familiare, la Pediatria di Comunità, l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale territoriale, le Cure Domiciliari, gli Ospedali di Comunità.

Accanto a questi ambiti, previsti dalla normativa, è stato scelto di portare a sistema, formulandone i relativi piani organizzativi, l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), la Geriatria Territoriale, la Riabilitazione Territoriale, l'attività dello Sportello Unico (Centro Unico di Prenotazione, retro-sportello CUP ed Ufficio Protesica).

4.1 Introduzione

Nell'ambito dei compiti affidati a ciascun Dipartimento Cure Primarie, al fine di garantire concretamente la realizzazione delle finalità di Accreditamento, è stato sviluppato il Piano Organizzativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica presso la Casa della Salute di Langhirano.

Il Servizio area anziani (SAA), così come connotato all'interno della Casa della Salute di Langhirano svolge, oltre all'attività Unità di Valutazione Geriatrica di cui viene presentato il piano organizzativo, altre funzioni che riguardano:

- Il monitoraggio dell'assistenza domiciliare integrata;
- L'attività del Punto Unico di Ascolto (PUA) area anziani;
- Il governo dell'accesso alla rete territoriale dei letti di Cure Intermedie;
- La collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per la valutazione dell'anziano nell'ambito della Commissione di accertamento dell'invalidità civile;
- Il coordinamento, la formazione, la consulenza, la promozione del miglioramento della qualità assistenziale nelle Case di Cura per Anziani;
- Il monitoraggio della spesa farmaceutica delle strutture socio-sanitarie.

Nel dettaglio:

- Incarico referente distrettuale per la gestione dei contratti di Assistenza Domiciliare ADI/ADP/ADR in termini di autorizzazione/monitoraggio/verifica/inserimento contratti nel sistema ADIWEB;
- Valutazione degli anziani nella commissione geriatrica per il riconoscimento dell'invalidità civile e Legge 104 e formulazione del giudizio sul grado di non autosufficienza;

- Predisposizione, per gli utenti chiamati a visita in commissione invalidi civili, della documentazione utile per la valutazione globale del caso;
- Attività PUA: accoglie la domanda, valuta le segnalazioni, facilita e organizza percorsi di presa in carico dell'utente anziano sul territorio;
- Governa l'accesso alle Cure Intermedie mediante l'accoglienza e la valutazione dell'appropriatezza della domanda, definisce le priorità d'accesso, svolge attività di monitoraggio del rispetto dei tempi di dimissione, valuta l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse.

4.2 DESCRIZIONE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

L'UVG nasce come strumento tecnico del Servizio Assistenza Anziani (SAA) (L.R. 5/94) per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza ultra 65enni. Costituisce un Servizio afferente al Dipartimento Cure Primarie Area Anziani.

Si colloca, nell'organigramma del Dipartimento Cure Primarie nell'attività dell'“Area Assistenza Anziani e Disabili Adulti” (Piano Performance 2016-2018)

Tale articolazione organizzativa ha natura trasversale e di integrazione socio-sanitaria (DGR 221-2015).

L'attività dell'UVG si basa sull'adozione di un modello integrato di lavoro tra servizi sociali e sanitari orientato all'equità d'accesso ai servizi socio-sanitari e alla continuità delle cure.

Possiede tra gli obiettivi il consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale con le altre articolazioni aziendali (Interfacce interne) ed esterne (Interfacce esterne) (Piano delle Performance 2016-2018)

Compiti prioritari sono:

- La valutazione multidimensionale dei bisogni socio-sanitari degli anziani non autosufficienti nei diversi setting assistenziali;
- La decisione sulla presa in carico della situazione;
- La formulazione e l'approvazione del Piano Individuale di Vita e Cura (PIVC) condiviso con l'utente, la famiglia, l'Assistente Sociale responsabile del caso e il Medico di Medicina Generale, che comprende un pacchetto di servizi personalizzato;
- L'individuazione di un case-manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente del progetto formulato;
- Consentire, in accordo con SAA, l'accesso e l'utilizzo della rete dei servizi socio-sanitari;
- L'invio della Valutazione Multidimensionale ai soggetti erogatori con specifiche indicazioni sull'attività assistenziale prevista nel progetto;
- Il monitoraggio del progetto individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative, assistenziali in considerazione della possibile evoluzione del bisogno stesso;
- Fornire consulenza specialistica e supporto decisionale alle figure professionali coinvolte nei PIVC;
- Svolgere funzioni di supporto e qualificazione dei servizi della rete tramite la diffusione di un corretto approccio geriatrico e gerontologico favorendo l'adozione di linee guida o raccomandazioni assistenziali.

A tali attività di valutazione ne consegue una conoscenza e un contatto costanti con il fabbisogno distrettuale inerente all'area della non autosufficienza anziani, in stretta collaborazione con Servizio Assistenza Anziani (SAA). Tale funzione di valutazione consente di studiare e approntare linee di indirizzo, programmazione e pianificazione dei servizi.

4.3 Struttura dell'Unità di Valutazione Geriatrica

L'équipe è formata da un'infermiera, un medico geriatra e un'assistente sociale. Ad oggi l'équipe nel distretto Sud-Est è composta da due infermiere e un medico geriatra afferenti al DCP, un'assistente sociale, un responsabile del caso territoriale afferente a Enti territoriali.

Il Servizio si rivolge alla popolazione anziana residente nel Distretto Sud Est e ha sede nella Casa della Salute di Langhirano

4.4 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Riferimenti Regionali

- EX LR 5/1994 e s.m.i.
- DGR 1377/1999 e s.m.i. "direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto"
- DGR 1378/1999 e s.m.i. "direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio sanitari all'art.20 della 5/94"
- Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- DGR 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

- DGR 1206/2007 “fondo regionale non autosufficienza, indirizzi attuativi della DGR 509/2007” [“Fondo regionale per la non autosufficienza - programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007/2009”]

- Piani Sociale e Sanitario Regione Emilia Romagna 2017

Regolamenti aziendali

-Piano delle Azioni 2017

-Piano delle performance 2016-2018

Riferimenti Distrettuali

-Protocollo per la gestione in rete dei posti accreditati e autorizzati delle case residenze per anziani

-Protocollo per l'accoglienza temporanea residenziale

-Linee operative servizio di assistenza domiciliare (anziani)

-Regolamento Assegni di Cura

-Regolamento Case Famiglia

-Verbali Coordinamento SAA

Contratti/Convenzioni

-Contratti di servizio stipulati tra i Comuni, l'ASL, l'Ente Gestore per regolare le prestazioni, le modalità di accesso e il rimborso per i servizi accreditati

-Protocollo Dimissioni Difficili/Protette tra AUSL e Azienda Ospedaliera di Parma

4.5 MISSION

L'Unità di valutazione geriatrica territoriale mediante l'approccio multidisciplinare alla persona che si realizza attraverso la Valutazione Multidimensionale valuta i bisogni socio - sanitari dell'anziano non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza e definisce per ciascun anziano il PAI accompagnandolo nella rete dei servizi socio – sanitari garantendo appropriatezza nell'invio alla rete dei servizi socio-sanitari e nella presa in carico sociale e sanitaria.

Nella certificazione di non autosufficienza consente l'accesso al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

4.6 VISION

L'Unità di Valutazione Geriatrica territoriale nasce come un modello per l'attività di presa in carico della persona anziana. L'attività del Servizio è riassumibile nei seguenti punti:

- presa in carico “globale” della persona anziana
- appropriatezza nella risposta ai bisogni rilevati
- Garanzia di equità di accesso alla rete dei servizi

4.7 Obiettivi specifici

Rappresentazione sintetica degli obiettivi specifici della Struttura.

(Piano delle Azioni 2017 AUSL Parma)

Obiettivi	Pianificazione e monitoraggio	Responsabile
Qualificazione ed omogeneità criteri di valutazione dell'UVG e condivisione priorità	Incontri tra professionisti UVG	UVG/SAA/UdP/OTAP
Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio	Protocollo Dimissioni Difficili/Protette tra AUSL e AOSP Case di Cura private accreditate	UVG/SAA/udP/OTAP
Miglioramento qualità assistenziale delle strutture accreditate anziani	Recepimento raccomandazioni aziendali (misure restrizione fisica, valutazione e gestione disfagia...) Incontri di coordinamento con i Medici di Diagnosi e Cura nelle CRA distrettuali Incontri periodici di coordinamento infermieristico	UVG/SAA/UdP/OTAP Medico Geriatra

4.8 PRODOTTI

UVG EQUIPE
Effettua la valutazione multidimensionale, definisce il PAI in accordo con la famiglia, il MMG, e l'assistente sociale responsabile del caso.
Valuta l'idoneità per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari in specifico: Accesso al Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) Accesso Assegno di Cura Accesso Centro Diurno Accesso C.R.A./RSA Accesso Comunità Alloggio, Appartamenti Protetti
Dispone della eventuale diversa destinazione dell'anziano nella rete dei servizi sulla base della periodica revisione del PAI e tenuto conto dell'evoluzione del bisogno dell'anziano
Collaborazione con il SAA nella definizione di graduatorie per accesso alla rete socio-sanitaria, nella definizione delle priorità
Valuta gli anziani segnalati come dimissione difficile dai reparti ospedalieri e case di cura e si raccorda con i sanitari dei reparti ospedalieri programmando tempi e modi di dimissione
Garantisce la continuità assistenziale nei vari setting assistenziali
Provvede alla certificazione della non autosufficienza della persona anziana necessaria ai fini dell'inserimento

nella rete dei servizi socio sanitari e per l'accesso al FRNA
Collabora con il SAA, nella programmazione territoriale, nell' individuazione e pianificazione delle risorse
Valuta il livello assistenziale nelle strutture residenziali e semiresidenziali al fine del rimborso degli oneri sanitari (case mix)
Effettua consulenza e attività di formazione nelle strutture socio-sanitarie
Verifica la qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani
Collabora con altri specialisti dell'AUSL, territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale nell'individuazione di progetti individualizzati
Collabora con altri servizi territoriali: Hospice, Cure intermedie.
Collabora, con coordinamento del DASS, con gli altri servizi della geriatria territoriale della provincia nella stesura di protocolli, percorsi, progettazione nella rete anziani
Geriatra UVG
Puo'prescrivere ausili, presidi per incontinenza per le persone anziane
Svolge attività di consulenza e di indirizzo nella rete geriatrica
Infermiera UVG (coordinatore)
Effettua attività di segreteria: gestione e archiviazione degli atti, programmazione quotidiana attività uvg
Effettua consulenza ai servizi/utenza (contatti telefonici)
Infermiera UVG
Effettua attività di segreteria: gestione e archiviazione degli atti, programmazione quotidiana attività uvg
Effettua consulenza servizi/utenza (contatti telefonici)
Collabora nella certificazione non autosufficienza nei pivc
Inserimento dati flusso SIADI

MACROPRODOTTO	MICROPRODOTTO
Accesso ai servizi socio-sanitari territoriali	Valutazioni specifiche su target di pazienti differenti, attraverso l'uso di scale di valutazione standardizzate
Partecipazione ai programmi distrettuali ed aziendali per non autosufficienza	Partecipazione a tavoli tematici

4.9 Modalita' di accesso

L'attivazione del servizio avviene di norma dal SAA per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari attraverso protocolli definiti e dall'Azienda Ospedaliera e Case di Cura Private per le Dimissioni Difficili/Protette attraverso protocolli definiti per percorso Dimissioni Difficili/Protette (DD/DP)

Il servizio può essere attivato direttamente anche da altri servizi all'interno dell'azienda USL, dai MMG al fine di fornire consulenza.

La richiesta di valutazione UVG, proveniente dal SAA, composta dalla valutazione dell'Assistente Sociale responsabile del caso e dal certificato del medico di medicina generale riguardanti l'utente in oggetto, viene inviata al servizio tramite fax o posta elettronica.

La richiesta di valutazione UVG in DD/DP avviene tramite apposita modulistica compilata dai professionisti operanti all'interno dell'azienda ospedaliera e case di cura private e inviata via fax al servizio.

La richiesta di valutazione UVG da servizi dell'azienda USL avviene mediante contatto telefonico o mail.

Per situazioni urgenti, che necessitano di una risposta immediata, la richiesta di valutazione UVG dai professionisti del territorio può avvenire anche solo telefonicamente.

Per le richieste di valutazione UVG per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari provenienti dal territorio, le infermiere prendono visione della documentazione e programmano la visita domiciliare secondo criteri di priorità condivisi con il SAA.

Per la richiesta di valutazione UVG in DD/DP la coordinatrice Infermieristica o l'infermiera UVG prende visione della richiesta e dei bisogni evidenziati, prende contatti con i sanitari del reparto segnalante per completare le informazioni necessarie e, in caso di dimissibilità clinica, programma la valutazione in reparto con i familiari / rete informale per la visita. Per i casi complessi il medico geriatra prende contatti con i medici del reparto.

Lo strumento di lavoro del servizio è la Valutazione Multidimensionale (VMD)

Il servizio effettua la VMD utilizzando scale di valutazione per le diverse dimensioni esplorate. Fra le principali in utilizzo per:

- Dimensione cognitiva: SPSMQ, NPI, GDS, CDR;
- Dimensione funzionale motoria e autonomie: ADL, IADL, TINETTI, BARTHEL;
- Dimensione sanitaria: CIRS, PAINAD, NRS, BRADEN;
- Dimensione sociale: relazione sociale, CBI Caregiver burden inventory.

Dalla compilazione delle scale si rilevano i bisogni, le capacità residue e viene pianificato il PAI. La compilazione delle scale permette la successiva compilazione della B.I.N.A. (Breve Indice Non Autosufficienza) scala della Regione Emilia Romagna per l'accesso alla rete dei servizi socio sanitari tramite FRNA (Fondo Regionale per la Non autosufficienza).

Al termine della valutazione viene predisposta una relazione riassuntiva dove viene formulata una diagnosi con riferimento nello specifico alle disabilità funzionali, motorie, cognitive. Viene descritto l'utente nella sua globalità e vengono evidenziati i bisogni. La relazione comprende anche gli aspetti sociali e le aspettative dell'utente e/o dei familiari. Viene formulato il PAI che contiene le indicazioni per la presa in carico.

4.10 Indice percorsi/procedure

L'area "Assistenza Anziani e Disabili" recepisce le seguenti procedure e raccomandazioni aziendali:

- PG.01.DIR.ASS.000 “Riduzione delle misure di restrizione fisica nelle Case Residenza per anziani non autosufficienti”;
- Regolamento per la formulazione della graduatoria per l’inserimento in strutture residenziali per pazienti affetti da grave disabilità acquisita (verbale delle deliberazioni del Direttore Generale n. 234 dell’11-04-2011);
- Raccomandazioni sulla valutazione e gestione della disfagia nei servizi socio-sanitari (verbale delle deliberazioni del Direttore Generale AUSL Parma n. 509 del 22 agosto 2017);
- PG.01.DIR.SAN.000 “La gestione in qualità della documentazione”;
- PG.02.DIR.SAN.000 “Verifica dei risultati”;
- PG.09.DIR.SAN.GC “Igiene delle mani”;
- PG.13.DIR.SAN.SIT “Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti”;
- PG.17.DIR.SAN.GC “Procedura per la gestione e segnalazione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari.

4.10 Interfacce Interne e Esterne

Elenco Interfacce Interne ed Esterne

Interraccia		di governo dell'interfaccia	regolamentazione del rapporto con l'interfaccia	monitorare	modalità di controllo
SID (DCP)	ACCESSO INFERMIERISTICO	PUA	AUTORIZZAZIONE ACCESSO INFERMIERISTICO	ACCESSI INFERMIERISTICI C/O CENTRI DIURNI	ALLE MODIFICHE DEL QUADRO SANITARIO
SERVIZIO TERRITORIALE DI RIABILITAZIONE (DCP)	CONSULENZA PRESCRIZIONE AUSILI COLLABORAZIONE NELLA DEFINIZIONE DEL PAI	SERVIZIO RIABILITAZIONE	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	ALLE MODIFICHE DEL PAI
UVM (DCP)	VALUTAZIONE ASSIMILABILITA' DELLA PERSONA ADULTA AD ANZIANA. (UVG) COLLABORAZIONE PER INSERIMENTO DI ADULTI GRAVI NELLA RETE ANZIANI DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI (UVG) VALUTAZIONE ASSIMILABILITA' ANZIANO ALLA RETE GRADA (UVM)	UVM SAA UVG	PROCEDURA REGOLAMENTO UVM / L.REGIONALE 5 DEL '94 NOTA DEL SAA NORMATIVA SULLA GRAVE DISABILITA'	IDONEITA' ALLA PERMANENZA IN STRUTTURA IDONEITA' ALLA PERMANENZA IN STRUTTURA	ALLE VERIFICHE DEI PAI ALLE VERIFICHE DEI PAI ALLE VERIFICHE DEI PAI
UFFICIO PROTESICA (DCP)	- PRESCRIZIONE PRESIDI INCONTINENZA (UVG) -COLLABORA NELLA VERIFICA, CONGRUITA' E TEMPI DI FORNITURA AUSILI	UFFICIO PROTESICA	NORMATIVA REGIONALE SULLA PRESCRIZIONE AUSILI DOCUMENTO AZIENDALE SULLA PROTESICA (IN ELABORAZIONE)	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
CENTRO DISTURBI COGNITIVI (DCP)	CONSULENZA, INTEGRAZIONE E DEFINIZIONE DEI PAI (UVG/GERIATRA CONSULTORIO/PSICOLOGA CONSULTORIO)	UVG	////////////////////////////////////	PAI	VISITE DI VERIFICA DEL CENTRO VERIFICHE PER VARIAZIONE PAI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE (DCP)	Attività di consulenza e integrazione prevalentemente per le branche di : FISIATRIA DIABETOLOGIA		PROTOCOLLO OPERATIVO PER MONITORAGGIO/FORNITURA PRESIDI AD UTENTI DIABETICI OSPITI DI CRA		
CSM (AUSL)	-VALUTAZIONE INTEGRATA DEI CASI CON PATOLOGIA A CONFINE (UVG/CSM) -DOMANDA DI ACCESSO ALLA RETE SANITARIA AFFERENTE AL CSM (UVG) -PREDISPOSIZIONE PIANI TERAPEUTICI -COLLABORAZIONE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI AFFERENTI AL SAA (UVG)	UVG/CSM CSM CSM SAA	//////////////////////////////////// //////////////////////////////////// //////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	//////////////////////////////////// //////////////////////////////////// //////////////////////////////////// ////////////////////////////////////	VERIFICHE AL PAI VERIFICHE AL PAI OGNI 2 MESI VERIFICHE AL PAI

UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE (AUSL)	-CONSULENZA E INTEGRAZIONE DEFINIZIONE PAI -CONTINUITA' OSPEDALE/TERRITORIO CASE DI CURA/TERRITORIO	NET	PROTOCOLLI AZIENDALI		VERIFICHE DEI PAI
SERVIZIO TERRITORIALE DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE (AUSL)	-CONSULENZA E INTEGRAZIONE DEFINIZIONE PAI -CONTINUITA' NEI VARI SETTING ASSISTENZIALI	SERVIZIO OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE	PROTOCOLLI AZIENDALI		VERIFICHE DEI PAI
SERVIZIO FARMACEUTICO AZIENDALE (AUSL)	GESTIONE FORNITURA FARMACI /DISPOSITIVI ALLE CRA	FARMACIA AZIENDALE	PROTOCOLLI AZIENDALI	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA (AUSL)	-GESTIONE INTEGRATA DELLA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' CIVILE E DISABILITA' DELL'ANZIANO (IGIENE PUBBLICA)	IGIENE PUBBLICA	POSTER CONVEGNO AGE/ DOCUMENTO AZIENDALE (ZATELLI)	DEFINIZIONE PRATICHE DEI CASI CON VALUTAZIONE INTEGRATA	////////////////////////////////////
	-CONSULENZA TECNICA E SUPPORTO PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE (MEDICINA DEL LAVORO)	MEDICINA DEL LAVORO	DOCUMENTI REGIONALI PER ACCREDITAMENTO E AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
DASS	CONSULENZA, LINEE DI INDIRIZZO, COORDINAMENTO	DASS	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
UO GOVERNO CLINICO	PARTECIPAZIONE ALLA RETE DEL GOVERNO CLINICO E RELATIVI PROGETTI				

interfaccia		governo dell'interfaccia	regolamentazione del rapporto con l'interfaccia	monitorare	modalità di controllo
SAA	-COLLEGAMENTO TERRITORIO/UVG (SAA)	SAA	L. REGIONALE 5/94 E SUCCESSIVE MODIFICHE	PROCEDURE E PROTOCOLLI	COORDINAMENT SAA
	-VMD AI FINI DELL'ACCESSO ALLA RETE SOCIO-SANITARIA (UVG)	SAA		PAI	VERIFICHE PAI
UFFICIO DI PIANO	CONSULENZA TECNICA AI FINI DELLA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE RACCORDO TRA I SERVIZI	UDP	NORMATIVA	PROGETTI	//////////
AZIENDA OSPEDALIERA	-PERCORSO DIFFICILE/PROTETTA DIMISSIONE	AUSL AOSP	PROTOCOLLI INTERAZIENDALI	CORRETTA APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI	OSSERVATORIO DIMISSIONI
	-ACCOGLIENZA INVIVIDUAZIONE , ATTIVAZIONE RISORSE TERRITORIALI DOMANDE, BISOGNI , RISORSE	PUA	DOCUMENTO PUA	APPRPPRIATEZZA INVIO AI SERVIZI COMPETENTI (SOCIALI E SANITARI)	OSSERVATORIO
	-COLLABORAZIONE NELL'INDIVIDUAZIONE PERCORSI DI MIGLIORAMENTO/OSSERVATORIO INTERAZIENDALE	AUSL/AOSP		GRUPPI DI LAVORO	VERBALI E MODIFICHE DI PROTOCOLLI
CASE DI CURA PRIVATE	-PERCORSO DIFFICILE/PROTETTA DIMISSIONE	UVG	//////////	CORRETTA APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI	
	-ATTIVITA' DI CONSULENZA NELL'INVIO ALLA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI				
	-ACCOGLIENZA DOMANDE , INVIVIDUAZIONE BISOGNI , ATTIVAZIONE RISORSE TERRITORIALI	PUA	//////////		
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE/SERVIZI DELLA RETE (RSA, CRA, CD, CA, APPARTAMENTI PROTETTI, SAD, ASSEGNI DI CURA)	VALUTAZIONE DI TUTTI GLI UTENTI CHE ENTRANO ATTRAVERSO IL PERCORSO PUBBLICO (UVG/A.S./MMG)	SAA	NORMATIVA REGIONALE (L.5/'94 E SUCCESSIVE MODIFICHE) PROTOCOLLI DISTRETTUALI	GESTIONE DELLA RETE SOCIO-SANITARIA	AUTORIZZAZIONI AL MOMENTO DELL'ACCESSO ALLA RETE
	VERIFICHE DEI PAI (UVG/A.S.)	A.S. RESP. DEL CASO	L.5/'94 E SUCCESSIVE MODIFICHE	PAI	VERIFICHE DEL F
	COMMISSIONI GRADUATORIE PER LA PRIORITA' PER L'ACCESSO (UVG/A.S.)	SAA	PROTOCOLLI DISTRETTUALI	FORMALIZZAZIONE DELLA GRADUATORIA	ACCESSO ALLA RETE
	COLLABORAZIONE NEL GARANTIRE ADEGUATA QUALITA' ASSISTENZIALE NELLE CRA/CD (UVG-SAA)	SAA	//////////	PROTOCOLLI OPERATIVI	INDICATORI DI VERIFICA
	COMMISSIONE DI VERIFICA	DASS	DOCUMENTO AZIENDALE	QUALITA' ASSISTENZIALE	OGNI 2 ANNI
MMG	COLLABORAZIONE VALUTAZIONE E PREDISPOSIZIONE DEL PAI	GERIATRA UVG	CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO ALLA DOMANDA DI ATTIVAZIONE UVG	PAI	VERIFICHE DEL F

			RELAZIONE DELL'UVG		
ASSISTENTI SOCIALI DEL TERRITORIO	COLLABORAZIONE NELLA VALUTAZIONE E DEFINIZIONE DEL PAI	SAA	PROTOCOLLI PER L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI	PAI	VERIFICHE PAI
CENTRO CURE PROGRESSIVE	VALUTAZIONE PER INSERIMENTO ANZIANI PER CURE INTERMEDIE (UVG)	CCP	PROTOCOLLO PER L'ACCESSO	PAI	VERIFICHE PAI
	VALUTAZIONE SU RICHIESTA DELLA STRUTTURA PER DIMISSIONE DI UTENTI ANZIANI (UVG)	CCP	////////////////////	PAI	VERIFICHE PAI
RETE LETTI C.I.	PAI	CCP			

4.12 Risorse Umane

Descrizione sintetica del personale

PERSONALE/QUALIFICHE	Dipendente	Convenzionato	Altro	Tempo pieno	Tempo parziale
Geriatra UVG	X		-310,0 h/anno Commissioni I.C. -150,0 h/anno ADI - 180,0 h/anno Gestione Cure Intermedie -300,0 h/anno coordinamento CRA		581/h/anno Circa 48/h/mese (UVG)
Coord. Inf. UVG	X		Coordinamento 450h/anno		1148,00 h/anno (UVG)
Infermiera UVG	X		100h/anno Collaborazione dipartimento sanità pubblica	1593,00 (UVG)	1493,00h/anno (UVG)

4.13 STRUTTURA

- Il Servizio ha sede nella Casa della Salute di Langhirano. L'area destinata al servizio UVG è composta da 2 uffici: uno dove operano le infermiere e uno del medico.
- Il servizio è dotato di una macchina aziendale.
- Svolge la propria attività effettuando valutazioni domiciliari e presso strutture residenziali e semiresidenziali per anziani accreditate e non accreditate su tutto il territorio del distretto sud-est. Effettua valutazioni presso l'Azienda Ospedaliera di Parma, Case di Cura private e presidi ospedalieri anche nelle province vicine

(es.Ospedale di Montecchio).

- Il servizio è aperto dal lunedì al giovedì dalle 8,00 alle 18,00 con reperibilità telefonica durante tutto l'orario di apertura (telefono ufficio, cellulare), il venerdì dalle 8,00 alle 14,00.

4.14 PIANO DI LAVORO

Si riporta il piano di lavoro settimanale delle infermiere e del medico geriatra; si sottolinea che il piano di lavoro si svolge in maniera flessibile e può modificarsi a seconda delle priorità/criticità.

FASCIA ORARIA	ATTIVITA'	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
Mattino 08,00-14,00	Segreteria-sociale/PUA/	X	X	X	X	X
Pomeriggio 14,00-18,00	Stesura relazioni/PAI/contatto con interfacce esterne e presentazione dei casi valutati	X	X	X	X	
8,00 11,00	Equipe UVG-SAA		X			
08,00 – 18,00	Valutazioni domiciliari (equipe UVG medico- infermiera)		X (dom.)	X (DD)	X (dom.)	
Mattino 8,00- 14,00						X (domiciliari-Case di Cura private)
9,30 14,00	Predisposizione graduatorie				(ogni 15 gg)	

Il servizio è aperto dal lunedì al giovedì dalle 8,00 alle 18,00 con reperibilità telefonica durante tutto l'orario di apertura (telefono ufficio, cellulare), il venerdì dalle 8,00 alle 14,00.

4.15 Continuità assistenziale e tecnologica

Dato il numero esiguo di personale afferente all'area, la continuità del servizio in caso di congedi o malattie di breve durata viene garantita dalla flessibilità oraria del personale in servizio, compatibilmente ai vincoli posti da altri incarichi ricoperti.

I congedi ordinari del personale sono programmati in modo da garantire la continuità assistenziale secondo i criteri della normativa vigente.

La programmazione delle ferie avviene entro aprile e viene comunicata al Direttore DCP e al SIT, a seconda dei profili professionali.

Le ferie estive e quindi non richiamabili, pari a 15 gg. consecutivi, vengono pianificate cercando di tener conto delle preferenze del personale e comunque concordate

seguendo criteri di rotazione, in modo da garantire la presenza in servizio.

La **continuità tecnologica** viene garantita tramite un programma di verifiche periodiche e di collaudi per le nuove acquisizioni, gestito per l'AUSL da ... in maniera informatizzata (programma GEOS WEB versione 3.0, <http://172.23.221.112>)

Conclusioni

A distanza di 20 anni dalla legge regionale n.34/1998, sulla base dei risultati raggiunti, la Regione Emilia Romagna ha ritenuto necessario rivedere il meccanismo complessivo dell'Accreditamento, al fine di renderlo coerente con le innovazioni tecnico scientifiche ed organizzative di questi anni e di introdurre principi di semplificazione dell'intero sistema.

Con la DGR 1604 del 26 ottobre 2015 sono stati recepiti gli indirizzi nazionali in materia di accreditamento istituzionale. Sono inoltre state ribadite le esigenze di revisione organica del modello organizzativo che si è andato sviluppando fino ad ora sia in tema di autorizzazione che di accreditamento, ed è stata confermata fino al 31 luglio 2018, la validità di tutti i provvedimenti di accreditamento già rilasciati.

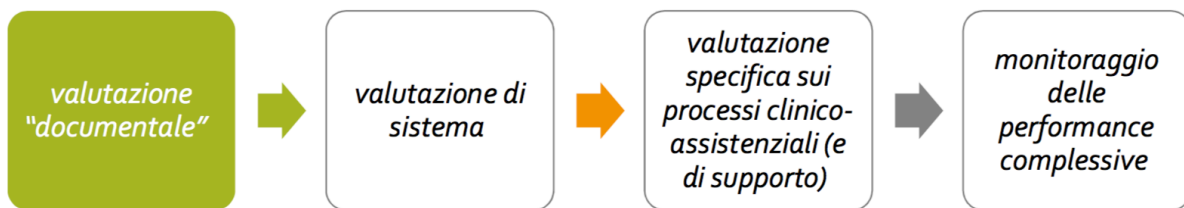
Con la DGR 1943 del 4 dicembre 2017 sono stati adottati nuovi requisiti generali ed è stato avviato un percorso di revisione delle modalità di accreditamento con lo scopo di:

- Mantenere il sistema adeguato a supportare/accompagnare le aziende e la RER nei processi di cambiamento ed innovazione;
- Rendere il sistema efficace nel valutare dimensioni ed ambiti che nel tempo sono diventati più rilevanti;
- Garantire la sostenibilità del processo di verifica mentre si ampliano gli ambiti di

- applicazione;
- Semplificare il lavoro di tutti anche nell'ottica di una maggiore efficienza per la regione;
 - Orientare maggiormente il sistema di valutazione ai risultati rispetto alla conformità ai requisiti;
 - Integrare maggiormente i processi di autorizzazione ed accreditamento

Nel corso del 2018 dovrà quindi essere avviato il "nuovo" sistema di autorizzazione ed accreditamento. A questo fine è stato predisposto un progetto di Legge Regionale di revisione complessiva.

Il sistema accreditamento che si intende delineare prevede 4 livelli di valutazione:



Viene introdotta sistematicamente la possibilità di rilasciare l'accreditamento su base documentale (autocertificazione del possesso dei requisiti) in modo che la verifica sul campo dell'effettivo possesso sia effettuata in tempi successivi.

La valutazione «di sistema» è effettuata mediante i nuovi requisiti generali.

Si applica una sola volta al livello di governo della struttura/azienda ed è finalizzato a verificare l'implementazione sistematica di processi volti a garantire il controllo sulla qualità e la sicurezza della propria organizzazione, dei servizi erogati e dei risultati prodotti. Il superamento di questo step determina la conferma dell'accreditamento per tutte le attività e discipline.

Il terzo livello di valutazione può riguardare l'intera organizzazione o parti di essa come componenti di funzioni anche sovra-aziendali (singoli processi, attività o discipline o aggregazioni delle stesse quali percorsi, reti, dipartimenti, programmi). È effettuata utilizzando Requisiti Specifici. L'eventuale mancato superamento di queste verifiche può determinare la revoca parziale o totale dell'accreditamento o la sua sospensione.

Il quarto livello è quello del monitoraggio condotto sulla base di indicatori di risultato (clinici ed organizzativi); di fatto sostituisce l'attuale autovalutazione ex-post. Il monitoraggio prevede che in base agli esiti potranno essere effettuate valutazioni specifiche ed ulteriori verifiche, fino alla sospensione e revoca dell'accreditamento in caso di mancato superamento delle criticità.

Il processo di evoluzione e sviluppo dell'Accreditamento Istituzionale sta concretamente procedendo verso una fase di ulteriore transizione comprensiva di un'importante svolta, che si identifica nella necessità di semplificare i criteri generali dell'Accreditamento a valenza nazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *“Proposta di modello per l’accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale”* Giugno 2015.
2. Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, *“Atto Aziendale”*, deliberazione n. 428 del 24/05/2000 concernente l’attribuzione in materia di adozione degli atti da parte della dirigenza, modificato con le seguenti deliberazioni: n. 399 del 17.06.2010, n. 813 del 16.12.2010, n. 965 del 29.12.2010, n.198 del 28.03.2011, n.757 del 28.11.2011, n.79 del 10.02.2012, n.656 del 09.10.2012, n.380 del 26.06.2013, n.507 del 13.08.2013, n.569 del 25.09.2013, n.703 del 25.11.2013, n. 105 del 28.02.2014, n.211 del 07.04.2014, n.75 del 16.02.2015
3. Bonucci L, Cinotti R, Distante C, Magi B, Renzi A., *Dossier n.97/2004, “Il sistema qualità per l’Accreditamento Istituzionale in Emilia Romagna. Sussidi per l’autovalutazione e l’Accreditamento”*
4. Calamandrei C. *“Manuale di management per le professioni sanitarie”* 4/e, McGraw-Hill 2017 Capogna S., *“Scuola, università e-learning. Un’analisi sociologica”* Armando Editore 2014
5. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 03/12/2009, *“Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012”*, Repertorio n. 243/CSR, G.U. Serie Generale, n.3 del 5 gennaio 2010
6. CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 19.02.2015: *“Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.”* Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Repertorio Atti n.: 32/CSR del 19/02/2015 Conticelli M., *“Privato e pubblico nel servizio sanitario”* Saggi di Diritto Amministrativo- Giuffrè Editore, 2012
7. Conticelli M. *“Accreditation in healthcare: National Standards and Regional Implementation”* Annual Report – 2014 – Italy.
8. Carta Europea dei diritti fondamentali: introduzione e testo, Pubblicata in GUCE

2000/C 364/01

9. De Nuccio M., *“L’accreditamento: un sistema per la qualità in piena evoluzione. La ricostruzione legislativa della normativa in materia”* Servizio Sanitario, Affari Generali ASL BT, 2012
10. Delibera di Giunta Regionale, Regione Emilia-Romagna, dell’8/02/1999, n.125, *“Riferimenti normativi sull’accreditamento e autorizzazione delle strutture sanitarie in Emilia Romagna”*
11. Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna, *“Requisiti specifici per l’accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie”*, n° 1604/2015
12. Deliberazione della Giunta Regionale, Regione Emilia-Romagna, 26 OTTOBRE 2015, N. 1604
13. *“Recepimento 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”*
14. DGR 327/2004, Regione Emilia-Romagna, *“Applicazione della Legge regionale 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti. Revoca dei precedenti provvedimenti”*
15. DGR 1943/29017, Regione Emilia Romagna, *“Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”*
16. DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, del 9 marzo 2011 concernente *“L’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera”*
17. D. Lgs. del 19 giugno 1999, n. 229, *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”* Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132
18. D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502, *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, G.U. n.4 del 7/01/1994 - Supplemento ordinario n. 3
19. D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37, *“Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”* Pubblicato

- nella Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.
20. D.P.R. 20 del maggio 1987, n. 270, *“Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.”*
 21. D.P.R. del 28 novembre 1990, n. 384, *“Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale,”* di cui all'art. 6 del Decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, N. 68”
 22. D.P.R del 1 marzo 1994, n. 171, *“Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994- 1996”*, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 luglio 1994
 23. Elefanti M, Zangrandi A. *“L’accreditamento di eccellenza: l’esperienza della Joint Commission negli USA”*, Università degli Studi di Parma, 2014
 24. Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome 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
 25. Legge 23 dicembre 1994, n. 724, *“Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.”* G.U. Serie Generale n. 304 del 30/12/1994, Supplemento Ordinario
 26. Legge Regionale, n. 34/1998, *“Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio- assistenziale”*
 27. Pastore A, Vernuccio M, *“Impresa e comunicazione. Principi e strumenti per il management.”* Seconda edizione, Apogeo 2013
 28. Presidenza del Consiglio dei Ministri, *“Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, sui criteri da applicare per le procedure di accreditamento delle Agenzie per le imprese, in attuazione del Decreto del Presidente della Repubblica 9 luglio 2010, n.159”*, Rep. Atti n°46/CU del 20/12/2012
 29. Pellegrini L. *“Le quattro fasi dell’ accreditamento: perchè il sistema stenta a decollare”* Monitor n.2/2002.
 30. Quintiliani G., Gori f., Lenci E., *“Accreditamento istituzionale in Sanità”*, Ante

2003-06-04

31. RER, Agenzia Sanitaria Regionale, *“Il sistema qualità per l’accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna Sussidi per l’autovalutazione e accreditamento”* DOSSIER 97-2004
32. RER, Agenzia Sanitaria Regionale, *“L’accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna Studio pilota sull’impatto del processo di accreditamento presso l’Azienda USL di Ferrara”* DOSSIER 165- 2008
33. Senni P., *“La filosofia di Deming e il ciclo PDCA”*, Estratto da Senni, P., Luisi A. (a cura di), *“Strumenti per l’autovalutazione negli istituti scolastici”*, TEMI spa, Bologna, 2003.
34. Taroni, *“Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000: aspetti di qualità.”*
In Atti del Convegno: *“La ricerca della qualità in Nefrologia. Accredimento istituzionale e Accredimento di eccellenza”* Milano 15-02-1999
35. Trattato di Maastricht, *“Trattato sull’Unione Europea”* Gazzetta Ufficiale n. C 191 del 29 luglio 1992