



Il Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante

Contesto normativo regionale

DGR n.775 del 23.04.2013

Recepimento Intesa CSR n.259/2012 *'Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento'*

DGR n.2078 del 30.11.2015

Recepimento Intesa CSR n.32/2015 *'Adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie'*

LR n.9 del 02.05.2017 e ss.mm.ii.

'Nuova disciplina in materia di accreditamento istituzionale'

RR n.16 del 23.07.2019

'Approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie'



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

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).

Rep. n. *258/CSA* DEL *20/12/2012*

Accreditamento Istituzionale



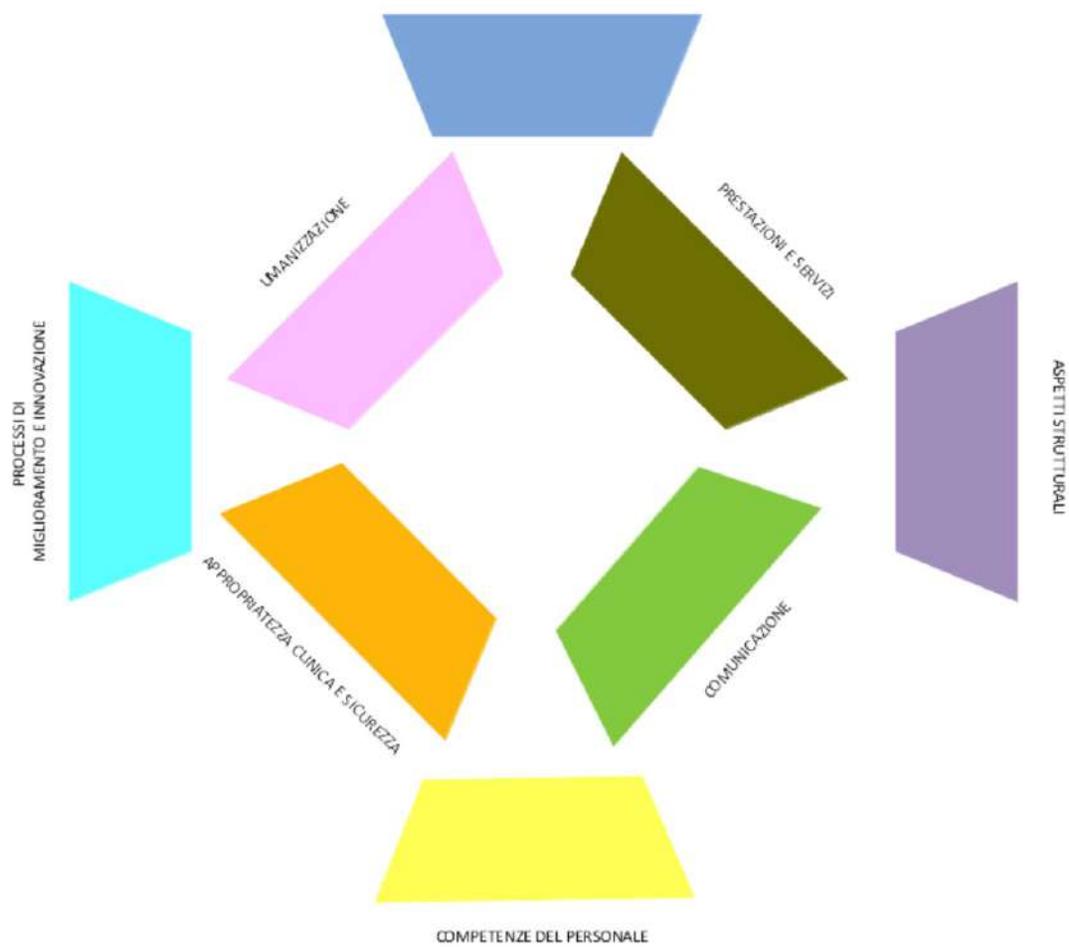
Accreditamento Istituzionale

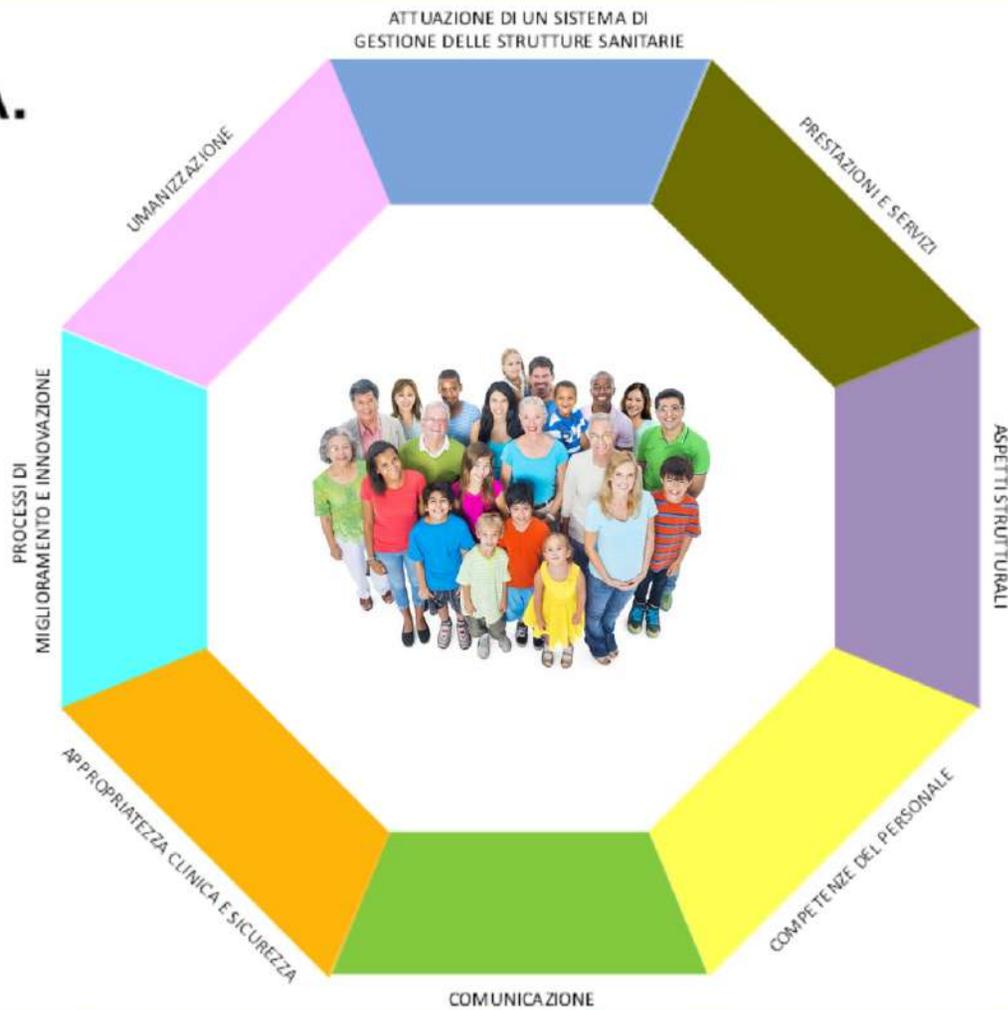


Accreditamento Istituzionale



ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI
GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE





REGOLAMENTO REGIONALE 23 luglio 2019, n. 16

“Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 1296 del 09/07/2019 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1
Approvazione Manuali di accreditamento

Sono approvati i Manuali di accreditamento:

- per le strutture ospedaliere di cui all'allegato A;
- per le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera di cui all'allegato B;
- per le strutture che erogano prestazioni in regime ambulatoriale di cui all'allegato C;
- per le strutture di medicina di laboratorio di cui all'allegato D.

Art. 2
Struttura dei Manuali di accreditamento, tempi e modalità di prima applicazione

1. I Manuali di cui all'articolo 1, stabiliscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 22 della legge regionale 2 maggio 2017 n. 9 e s.m.i. e sono articolati in "Criteri", declinati in "Requisiti" a cui corrispondono le "Evidenze", queste ultime individuate in relazione alle quattro fasi del ciclo di Deming (PDCA), ossia:

- | | | |
|-----------------|---------|--|
| - prima fase: | "Plan" | (pianificazione/programmazione); |
| - seconda fase: | "Do" | (attuazione/implementazione); |
| - terza fase: | "Check" | (monitoraggio/controllo); |
| - quarta fase: | "Act" | (azione volta al miglioramento della qualità). |



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE DI MEDICINA DI LABORATORIO

- a) entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, limitatamente alle evidenze previste per la prima fase di "Plan";
- b) entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, oltre a quelle per la fase precedente, limitatamente alle evidenze previste per la seconda fase di "Do";
- c) entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, oltre a quelle previste per le fasi precedenti, anche le evidenze previste per la terza e quarta fase di "Check" e di "Act" (tutte).

Il possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento deve essere attestato dal legale rappresentante della struttura mediante la presentazione entro le scadenze sopra indicate, alla sezione regionale competente ed all'organismo tecnicamente accreditante (OTA), di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000 corredata da una griglia di autovalutazione debitamente compilata e firmata.

A tal fine, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, l'OTA predispone le griglie di autovalutazione con note esplicative, secondo le tipologie di strutture individuate dai Manuali di accreditamento e assicura la loro diffusione e conoscenza agli operatori interessati mediante pubblicazione sul proprio sito istituzionale e nelle altre forme ritenute più appropriate.



Deliberazione del Direttore Generale

N. 315/2019

OGGETTO: Approvazione griglie di autovalutazione delle evidenze per la prima fase di Plan di cui al R.R. n.16/2019 ad oggetto: *“Disposizioni in materia di accreditamento – approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”*.

L'anno 2019 il giorno 8 del mese di NOVEMBRE in Bari, nella sede della Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS),

Allegati delibera DG AReSS n.315/2019

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture ospedaliere pubbliche**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture ospedaliere private**

Griglia di autovalutazione requisiti **comuni** per la fase PLAN delle **strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture per anziani**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture per persone con disabilità**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture per persone con patologie psichiatriche**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture per persone con dipendenze patologiche**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture hospice**

Griglia di autovalutazione requisiti specifici per la fase PLAN delle **strutture che erogano prestazioni per persone con necessità di assistenza domiciliare**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture pubbliche che erogano prestazioni in regime ambulatoriale**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture private che erogano prestazioni in regime ambulatoriale**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture pubbliche di medicina di laboratorio**

Griglia di autovalutazione requisiti per la fase PLAN delle **strutture private di medicina di laboratorio**



SERVIZIO QUALITA' E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE
Corso Sidney Sonnino, 177 - BARI
e-mail: ota@aress.regione.puglia.it - PEC: ota.aress@pec.rupar.puglia.it

**Manuale operativo per la compilazione delle
Griglie di autovalutazione
requisiti per la fase PLAN delle strutture ospedaliere
pubbliche,
ex Reg. Reg. n. 16/2019 - Allegato A**

Criterio 1 - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

Requisito 1.1: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Obiettivo

"L'obiettivo di questo requisito è di garantire che un'organizzazione sanitaria abbia un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientate al miglioramento continuo della qualità. La programmazione e la pianificazione devono tradursi in un piano organizzativo ben articolato, che rifletta gli orientamenti strategici dell'organizzazione e sia in grado di aiutare l'organizzazione ad operare secondo criteri di efficienza, efficacia e qualità e di supportare ciascun operatore a condividere la stessa missione, visione, obiettivi e valori."

Razionale

"La pianificazione, la programmazione e l'organizzazione delle attività di assistenza e di supporto devono riflettere i bisogni sanitari della popolazione che insiste sul territorio di riferimento. I bisogni sanitari tendono a modificarsi nel corso del tempo e, quindi, un'organizzazione sanitaria deve essere in grado di rimodulare i propri obiettivi e la propria organizzazione per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni."

"I piani organizzativi descrivono le cure e i servizi da erogare in conformità alla mission e agli orientamenti strategici dell'organizzazione."

(Rif. Intesa CSR n. 259/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento")

Fase Ciclo PDCA	Rif. Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	NOTE ESPLICATIVE Riferimenti alla normativa previgente e/o ai documenti tipici attestanti le evidenze
PLAN	1.1.1	<i>(P)</i> 1.1.1. Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi / prestazioni sanitarie	Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.01.01 "Responsabilità della Direzione" · Obiettivi Direzione strategica; · Piano Attuativo Locale; · Piano triennale delle performance; · Atto aziendale; · Altro.
	1.1.2	<i>(P)</i> 1.1.2. Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.01.05 "Piano di lavoro della Direzione" · Piano annuale delle attività (Ciclo delle performance); · Schede di budget; · Altro.
	1.1.3	<i>(P)</i> 1.1.3 Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	Reg. Reg. n. 3/2005 e ss.mm.ii., Requisito A.01.01.04 "Documentazione della Verifica" · Sistema di misurazione di valutazione delle performance (SMVP); · Altro.

Milestone timeline



Take home messages

Cambio paradigma culturale istituto dell'accreditamento

Forte commitment del Governo regionale

Necessario engagement di tutti gli attori del Servizio sanitario regionale

Gradualità applicativa dei nuovi requisiti di accreditamento

Approccio valutazione requisiti accreditamento come "audit tra pari" con prospettiva paziente

Audit ministeriali

Condizione Win-win

Contatti

Servizio Qualità e Organismo Tecnicamente Accreditante - Qu.O.T.A. ARESS Puglia

responsabile *Domenico Lagreca*

collaboratori *Cesira Mangia, Andrea Pappalardo, Maria Sinisi e Francesca Tinelli*

indirizzo *Corso Sidney Sonnino, 177 – Bari*

segreteria *080.5403483*

mail *quota@aress.regione.puglia.it*

PEC *quota.aress@pec.rupar.puglia.it*