RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
SANITA' E POLITICHE SOCIALI

SERVIZIO INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
E POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGETTO DI AFFIANCAMENTO E ACCOMPAGNAMENTO DEI SERVIZI PER ANZIANI E DISABILI VERSO L'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

Indice

1. introduzione

2. Premessa

3. Obiettivi
3.1.Obiettivo generale
3.2 Obiettivi specifici

4. Azioni

4.1 Diffusione e condivisione di un approccio positivo all'accreditamento

4.2 Elaborazione di strumenti tecnici da proporre ai soggetti gestori di servizi accreditati da utilizzare nel percorso di avvicinamento ai requisiti dell'accreditamento definitivo.

4.2.1 Strumenti che devono essere definiti dalla Regione
4.2.1.1 Schema di massima per la relazione annuale (elementi comuni e specificità per le singole tipologie di servizio)
4.2.1.2 Identificazione degli indicatori di risultato comuni a tutti i servizi
4.2.1.3 Elementi minimi comuni della cartella socio-sanitaria integrata adottata dai soggetti gestori

4.2.2 Ulteriori proposte finalizzate a favorire un approccio omogeneo
4.2.2.1 Gestione del sistema documentale interno
4.2.2.2 Struttura ed elementi indispensabili del PAI /PEI
4.2.2.3 Proposta di procedure, metodologie di lavoro e strumenti operativi per alcune aree a maggior impatto sul benessere delle persone
4.2.2.4 Valorizzazione e Formazione degli operatori
4.2.2.5 Qualità delle attività sanitarie e dell'integrazione professionale

4.3 Definizione condivisa e coerente con un approccio proattivo di strumenti e metodi di verifica delle evidenze e di valutazione tecnica del possesso dei requisiti dell'accreditamento definitivo

5. Destinatari

6. Metodologia e strumenti di lavoro

7. Tempi

8. Monitoraggio e verifica

1. Introduzione

Il processo di accreditamento socio sanitario rappresenta contemporaneamente la conclusione e l'avvio di un percorso intrapreso dalla Regione Emilia-Romagna con la legge 2/2003 con l'obiettivo di garantire un migliore livello di qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni da essi erogate, la qualificazione dei soggetti erogatori/gestori, la tutela del lavoro sociale svolto dai professionisti operanti all'interno dei servizi e per garantire il più alto livello di benessere delle persone.

L'avvio dell'accreditamento socio sanitario deve essere interpretato e vissuto dai soggetti coinvolti, committenti e gestori, come un sistema finalizzato alla promozione di un processo di miglioramento e successivamente di mantenimento della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione a garanzia del raggiungimento del maggior grado di benessere possibile per gli utenti dei servizi interessati dal processo di accreditamento.
In continuità con l'approccio di sostegno e accompagnamento fino ad oggi tenuto dalla Regione, nella convinzione che l'accreditamento dei servizi sia un processo e non un dato puntuale, nasce questo progetto che dai primi mesi del 2012 e per tutto il 2013 si propone di accompagnare, in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti a vario titolo, i gestori dei servizi accreditati nella fase dell'accreditamento transitorio e provvisorio sino al raggiungimento dei requisiti dell'accreditamento definitivo, con particolare attenzione alle modalità e agli strumenti operativi.

2. Premessa

Il primo provvedimento della giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei Servizi Socio-Sanitari ha dato avvio ad un percorso di qualificazione che coinvolge più di 900 servizi socio-sanitari.
I servizi interessati dal percorso di accreditamento così come definito dalla DGR 772/2007 sono:

- Casa Residenza per anziani non autosufficienti
- Centro Diurno assistenziale per anziani
- Assistenza domiciliare
- Centro socio-riabilitativo residenziale per disabili.
- Centro socio riabilitativo semiresidenziale per disabili.

Obiettivo prioritario del processo di accreditamento è corrispondere ai cittadini fruitori dei servizi la personalizzazione degli interventi in modo tale da poter rispondere in modo adeguato e con equità ai loro bisogni, bisogni che sempre più trovano risposte attraverso azioni che si esplicano attraverso la vicinanza e l'interazione, la diversificazione dell'offerta e la flessibilità nelle forme organizzative.
Parimenti, per garantire risposte adeguate non è possibile prescindere dalla valorizzazione del lavoro sociale e di cura e dal supporto motivazionale e formativo degli operatori dei servizi.
La realizzazione del progetto è assicurata dal coordinamento del Servizio Governo dell'integrazione sociosanitaria, in collaborazione con l'area innovazione sociale dell'Agenzia regionale sociale e sanitaria, con l'apporto dei Servizi coinvolti della Direzione Sanità e Politiche sociali.

3. Obiettivi

3.1 Obiettivo generale

Obiettivo principale è quello di sostenere e accompagnare i soggetti gestori nella fase di accreditamento provvisorio e transitorio, nella prospettiva di un progressivo raggiungimento dei requisiti generali e specifici da garantire al momento dell'avvio dell'accreditamento definitivo.

3.2 Obiettivi specifici

3.2.1 Creare le condizioni di un approccio positivo all'accreditamento e di un reale ascolto

Si è rilevata una certa diffusione di un precomprensione negativa dell'accreditamento, vissuto come atto "burocratico" dovuto, senza che siano stati illustrati e condivisi nei singoli servizi i reali obiettivi e le opportunità /potenzialità del percorso .

Estendere la conoscenza ai gestori, agli operatori, ai responsabili tecnici pubblici della committenza, agli utenti e loro familiari dei servizi socio sanitari accreditati dei reali obiettivi del sistema di accreditamento socio sanitario e dello spazio di azione previsto e richiesto a tutti i soggetti per realizzarli, appare in questo contesto un obiettivo prioritario.
Questa azione risulta essere presupposto essenziale al fine di evidenziare l'opportunità/necessità di esplicitare e rendere concreti i requisiti e gli standard dell'accreditamento definitivo, orientando così ogni azione a garanzia del maggior benessere possibile per la persona/utente.
La conoscenza precisa, da parte degli operatori tutti risulta essere essenziale affinché il processo di accreditamento non sia solo un "atto dovuto", un iter burocratico che rischia di sottrarre tempo e risorse alla cura e all'assistenza, ma diventi occasione di equità e qualificazione professionale.

3.2.2 Accompagnare e sostenere i soggetti gestori di servizi accreditati nel percorso tecnico teso al raggiungimento dei requisiti dell'accreditamento definitivo
Il punto di arrivo dell'accreditamento definitivo (in termini di criteri e standard) è stato definito.
Ciascun soggetto gestore di servizi accreditati è tenuto a raggiungere quell'obiettivo.
L'obiettivo centrale del progetto è far uscire questo percorso dalla realtà chiusa di ogni singolo servizio, mettere a disposizione strumenti, riflessioni, opportunità di confronto, documentazione, in una parola accompagnare e sostenere questo percorso.
Farlo con una produzione di strumenti tecnici che, anche valorizzando le migliori pratiche esistenti nel territorio regionale, forniscano un quadro di riferimento omogeneo è un obiettivo specifico, non soltanto per gli strumenti che la Regione è comunque tenuta ad identificare (in quanto previsto dalle normative esistenti), ma anche andando oltre a ciò che è dovuto, in una logica di proposta proattiva.

3.2.3 Garantire coerenza tra il sostegno e l'accompagnamento ed il processo di verifica dei requisiti.
La ricerca di aderenza da parte del soggetto gestore ai requisiti non deve concretizzarsi né principalmente né esclusivamente in una produzione di documentazione cartacea.
Per evitare questo rischio si pone l'esigenza fondamentale di un approccio metodologico condiviso fra chi eroga, chi sostiene e accompagna e chi verifica (OTAP) il possesso dei requisiti.
La garanzia di tale coerenza passa attraverso la proposta di una metodologia ed un approccio alla verifica dei requisiti coerente con il sistema di accreditamento, con la scelta di valorizzazione del ruolo dei soggetti gestori, preventivamente condivisa e conosciuta da tutti gli attori del sistema

4. Azioni

4.1 Diffusione e condivisione di un approccio positivo all'accreditamento

Per il raggiungimento dell'obiettivo specifico 3.2.1 si intende agire attraverso:

a) L'elaborazione a livello regionale di materiale informativo per condividere con tutti gli attori del sistema il significato e gli obiettivi fondamentali dell'accreditamento e i suoi principi fondanti.

Il materiale da predisporre (brochure, pieghevoli, slide, video) sarà differenziato per il tipo di contenuti da trasmettere e per il livello di coinvolgimento da perseguire rispetto almeno ai seguenti target:

Nei servizi accreditati
- Responsabili dei soggetti gestori di servizi accreditati.
- Coordinatori responsabili dei servizi accreditati.
- Operatori dei servizi di supporto non addetti al processo assistenziale.
- Operatori addetti al processo assistenziale (oss, educatori, terapisti, infermieri,animatori).
- Figure assistenziali di coordinamento (Raa, Infermieri responsabili, Responsabili del Caso).

Fuori servizi accreditati
- Figure di coordinamento della rete (Responsabili UDP, Responsabili SAA e UVM, Responsabili del Caso).
- Utenti e familiari
- Rappresentanti dei gruppi portatori di interessi (associazioni disabili, sindacati pensionati, etc.).

b) Promozione di un'attività di divulgazione e condivisione a cascata.
Il materiale prodotto e messo a disposizione a livello regionale potrà essere utilizzato in un'azione

divulgativa a cascata che farà perno su due snodi principali:
- Un riferimento tecnico di ambito distrettuale, espressione della committenza (di norma un esperto individuato dall'Ufficio di Piano), affiancato da un gruppo di esperti (anzitutto gli esperti valutatori che svolgeranno la propria attività nell'OTAP);
- Il responsabile del processo di accreditamento interno ad ogni servizio accreditato.

A livello regionale sarà sostenuta questa azione attraverso momenti di incontro e coordinamento con i riferimenti tecnici di ambito distrettuale. Non è da escludersi l'organizzazione di momenti di incontro anche con i responsabili interni ai servizi, su ambito territoriali e/o tematici aggregati.
Un obiettivo prioritario è quello di raggiungere, entro il mese di febbraio 2012, un contatto con un'alta percentuale degli operatori dei servizi accreditati

4.2 Elaborazione di strumenti tecnici da proporre ai soggetti gestori di servizi accreditati da utilizzare nel percorso di avvicinamento ai requisiti dell'accreditamento definitivo.

4.2.1 Strumenti che devono essere definiti dalla Regione

4.2.1.1 Schema di massima per la relazione annuale (elementi comuni e specificità per le singole tipologie di servizio).

La relazione annuale predisposta dal soggetto gestore costituisce, insieme alla verifica svolta dall'Organismo tecnico, uno degli strumenti finalizzati all'attività di monitoraggio e vigilanza dei servizi in merito all'accreditamento.
L' elaborazione di uno schema di massima della relazione rappresenta quindi un elemento di garanzia di omogeneità, comparabilità e trasparenza.
La relazione annuale di ogni servizio dovrà quindi dare evidenza, con una modalità comune a tutti i soggetti gestori degli obiettivi raggiunti e della valutazione del posizionamento del servizio rispetto ad alcuni indicatori di risultato definiti a livello regionale (vedi successivo punto 4.2.1.2).
Nella definizione dello schema di massima si terrà conto anche delle specificità relative ai servizi per demenze, alle gravissime disabilità acquisite e all'accoglienza temporanea di sollievo.

4.2.1.2 Identificazione degli indicatori di risultato comuni a tutti i servizi
La definizione degli indicatori di risultato ha l'obiettivo di garantire su tutto il territorio regionale equità nella verifica della qualità offerta agli utenti dei servizi come previsto dalla DGR 514/09. Gli indicatori dovranno essere orientati alla valutazione del reale miglioramento del benessere e dell'empowerment delle persone che ricevono cure e assistenza all'interno dei servizi.
L'obiettivo è quello di identificare indicatori di risultato misurabili che rispecchino e diano reale riscontro delle specificità dei servizi. Tale identificazione è parte fondamentale del processo di monitoraggio e contribuisce a costruire un sistema di riferimento valido per ogni servizio per posizionarsi sia rispetto agli altri servizi sia rispetto a se stesso nel tempo, in un confronto teso al miglioramento continuo ed alla individuazione specifica delle aree dove concentrare maggiore impegno e migliorare le proprie performance.
Anche in questo caso andrà posta l'attenzione sulle specificità legate ai servizi per demenze (programmi di qualificazione diffusa, servizi dedicati), alle gravissime disabilità acquisite (inserimenti singoli, nuclei) all'accoglienza temporanea di sollievo.
Nella impostazione e nella elaborazione di questa tematica si assicurerà, in particolare per l'area sanitaria, il raccordo e l'integrazione, previa valutazione, con i risultati che emergeranno dal progetto Indicatori per le strutture per anziani coordinato dalla Regione Toscana, al quale partecipa l'Agenzia Sanitaria e sociale regionale.

4.2.1.3 Elementi minimi comuni della cartella socio-sanitaria integrata adottata dai soggetti gestori
Come previsto dalla DGR 514/09 occorre definire gli elementi minimi comuni che dovranno essere inseriti all'interno della cartella socio-sanitaria integrata dal soggetto gestore di servizi accreditati. Gli elementi individuati oltre a valorizzare l'esistente, dovranno tenere conto delle esigenze legate alla definizione dei piani assistenziali e sanitari(PAI/PEI) e di quanto richiesto ai soggetti gestori al fine dell'assolvimento del debito informativo regionale/ministeriale(FAR, ADI socio-sanitaria). Tale definizione dovrà avvenire in modo sinergico con il percorso di

costruzione di un sistema informativo socio-sanitario integrato, avviato sulla base di un progetto approvato dalla Cabina di regia.

4.2.2 Ulteriori proposte finalizzate a favorire un approccio omogeneo.

4.2.2.1 Gestione del sistema documentale interno

Come indicazione generale il sistema documentale prodotto all'interno dei servizi dovrà, sulla base delle raccomandazioni scientifiche, fare riferimento a quanto definito dalla normativa vigente, tenendo conto di quelli che sono gli obiettivi propri dei servizi interessati dall'accreditamento socio-sanitario volti al benessere della persona. Il sistema documentale, al di là del rispetto formale dei requisiti, dovrà attestare l'effettivo impegno del gestore nella progettazione individualizzata come strumento fondamentale per la personalizzazione degli interventi e quindi il sostanziale impegno nel raggiungimento del perseguimento del benessere delle persone.

La gestione del sistema documentale interno è relativo alle modalità da utilizzare nella elaborazione delle procedure e dei documenti e le responsabilità coinvolte nelle varie fasi (redazione, verifica e approvazione, autorizzazione, emissione e distribuzione).

E' necessario garantire che la documentazione risponda a criteri comuni di redazione in tutta la Regione Emilia-Romagna cercando il più possibile standard di lettura e un linguaggio comune alle diverse professionalità pur mantenendo le peculiarità del contesto territoriale e del servizio.

Uniformare le caratteristiche della documentazione agevola la consultazione da parte di tutti gli operatori interni ed esterni ai servizi.

Riveste carattere altrettanto importante la modalità di gestione del sistema documentale (emissione, distribuzione, archiviazione, duplicazione e modifica) interna ai servizi, in particolare per quanto riguarda la documentazione relativa allo svolgimento delle attività assistenziali, con attenzione particolare alle modalità di distribuzione e di conoscenza estesa a tutti gli operatori al fine di un reale e appropriato utilizzo da parte degli stessi.

4.2.2.2 Struttura ed elementi indispensabili del PAI /PEI

La proposta di individuazione di elementi minimi comuni che devono essere presenti e delle modalità da attuare, nella stesura e aggiornamento del Piano di attività assistenziale e/o educativo, rappresenta un terreno di lavoro importante per sostenere un processo di omogeneità orientato però alla costante personalizzazione degli interventi.

Questo approfondimento rappresenta anche l'occasione per definire chi fa e cosa sia a livello dei servizi territoriali invianti sia a quello dei soggetti gestori contribuendo così a delimitare le aree di competenza.

4.2.2.3 Proposta di procedure, metodologie di lavoro e strumenti operativi per alcune aree a maggior impatto sul benessere delle persone

Per promuovere un approccio orientato al benessere della persona, si ritiene utile per ogni servizio individuare alcune tematiche a maggior impatto sul benessere delle persone e per queste sviluppare, sulla base anche delle migliori pratiche, proposte di procedure e metodologie di lavoro più efficaci anche riferite all'organizzazione dei tempi di vita ridefiniti sulla base delle esigenze e dei tempi delle persone.

Tali proposte, oltre a fornire un contributo per le aree tematiche prese a riferimento, hanno anche un valore "prototipale", in quanto rappresentano un esempio metodologico che in ogni servizio può essere esteso progressivamente a tutte le aree tematiche oggetto dei requisiti dell'accreditamento, favorendo un approccio non formale ma sostanziale al possesso ed al mantenimento dei requisiti.

Tale azione potrà inoltre riguardare la definizione di strumenti tecnici (schede rilevazione, gestione, informazione, altre azioni) per aree oggetto di specifici progetti regionali (ad esempio mantenimento delle abilità motorie e prevenzione delle cadute, corretta gestione del dolore, etc.) e per la specializzazione di alcuni servizi o attività (demenze: programmi di qualificazione diffusa, servizi dedicati).

4.2.2.4 Valorizzazione e Formazione degli operatori

Definizione di strumenti finalizzati alla valorizzazione della professionalità degli operatori con particolare attenzione alle modalità di inserimento dei neo assunti. Gli argomenti da approfondire, oltre a quelli specifici e relativi al ruolo svolto dall'operatore

nell'erogazione del processo assistenziale dovranno affrontare anche tematiche a forte impatto rispetto al contesto in cui gli operatori sono inseriti, come ad esempio l'organizzazione, le interfacce, etc.

4.2.2.5 Qualità delle attività sanitarie e dell'integrazione professionale

L'area delle attività sanitarie rappresenta un'area di specifica criticità nei servizi accreditati in considerazione delle ricadute organizzative e nella relazione con i servizi territoriali conseguenti alla completa realizzazione del principio della responsabilità gestionale unitaria.
In questa prospettiva è opportuno elaborare e condividere protocolli e procedure finalizzati sia all'integrazione delle figure professionali sanitarie che alla valorizzazione delle competenze specifiche, in particolare per quanto riguarda il personale infermieristico e fisioterapico.

Per quanto riguarda i servizi per anziani occorre inoltre definire il nuovo ruolo che in questa prospettiva debbono svolgere le AUSL, stabilendo nuove forme di collaborazione con i soggetti gestori in termini di supporto, qualificazione e promozione di approcci territoriali coordinati e condivisi.
Per quanto riguarda l'area disabili invece si tratterà di avviare un approfondimento e la messa a tema dei nodi problematici più rilevanti.

4.3 Definizione condivisa e coerente con un approccio proattivo di strumenti e metodi di verifica delle evidenze e di valutazione tecnica del possesso dei requisiti dell'accreditamento definitivo.

Attraverso uno specifico approfondimento ed in collaborazione con l'area innovazione sociale dell'Agenzia regionale sociale e sanitaria è opportuno definire la proposta di una metodologia e di un approccio alla verifica dei requisiti coerente con il sistema di accreditamento, con la scelta di valorizzazione del ruolo dei soggetti gestori, preventivamente condivisa e conosciuta da tutti gli attori del sistema.
In sostanza occorre definire come dare conto delle evidenze, evitando che questo processo si risolva in una impegnativa produzione documentale e cartacea e non sia invece il risultato di un processo di innovazione e qualificazione interno delle strutture.
Si ritiene che oltre alla definizione preventiva e condivisa delle modalità di esercizio dell'attività di valutazione degli OTAP, un contributo importante alla creazione di un clima positivo ed attivo sia costituito dalla partecipazione a tutto il presente progetto di accompagnamento degli esperti valutatori impegnati negli OTAP.
Questo dovrebbe favorire un approccio ed una relazione attiva e non soltanto di "verifica ex post" rispetto ad un percorso difficile e differenziato da servizio a servizio

5. Destinatari

Il progetto si rivolge a diversi destinatari e prevederà diverse modalità di coinvolgimento, rispetto alle specifiche azioni previste.
I destinatari del progetto sono:
- gli utenti ed i loro familiari come principali soggetti coinvolti dal processo di accreditamento in quanto beneficiari dei servizi;
- i soggetti gestori in qualità di produttori e primi responsabili della gestione dei Servizi e come collaboratori fondamentali per la loro esperienza e conoscenza del territorio e della necessità delle persone;
- i Coordinatori dei servizi, il responsabile delle attività sanitarie, il responsabile di nucleo come persone, professionisti che hanno un ruolo fondamentale di mediazione fra ente gestore e operatori oltre alla conoscenza profonda del loro servizio delle esigenze dello stesso, dei singoli ospiti che accoglie e del personale che vi lavora;
- gli operatori coinvolti nel processo assistenziale (OSS, animatori, educatori , infermieri, fisioterapisti, medici) come persone e professionisti che quotidianamente svolgono la loro attività direttamente con le persone accolte nei servizi;
- gli operatori dei servizi di supporto non coinvolti nel percorso assistenziale;
- i tecnici del sistema di governance pubblica in quanto titolari del ruolo di guida nello svolgimento ed applicazione dell'accreditamento socio sanitario;
- i Responsabili delle direzioni infermieristiche e tecniche delle AUSL e dei dipartimenti delle ausl interessati.

Le singole azioni potranno prevedere modalità di coinvolgimento solo di alcuni destinatari o anche modalità di coinvolgimento a diversità intensità e con diversi strumenti, specificatamente elaborati in relazione al

target di riferimento.

6. Metodologia e strumenti di lavoro

Tutto il progetto è impostato in una logica di promozione e diffusione a cascata delle proposte e delle opportunità messe a disposizione.
In questa logica tre sono gli snodi chiave:
- il livello regionale;
- L'ambito territoriale ; che verrà declinato in diverse dimensioni in relazione alle specifiche tematiche, a volte a livello di ambito distrettuale, a volte a livello sovraprovinciale;
- La realtà del singolo servizio accreditato.

Per ognuno di questi tre livelli si prevede un ruolo chiave per:
- Il coordinamento regionale del progetto, assicurato dal Servizio Governo del'integrazione sociosanitaria in stretto rapporto con l'area innovazione sociale dell'Agenzia sociale e sanitaria regionale;
- Un referente dell'UDP e uno distrettuale per ogni ambito distrettuale e uno per l'ambito sovraprovinciale
- un responsabile del processo di accreditamento interno ad ogni servizio accreditato.

Livello regionale:

Si prevede l'istituzione di un "**gruppo di "Regia"** del progetto che avrà il compito di condividere e validare i percorsi di lavoro e di monitorare e verificare l'attività di realizzazione del progetto stesso.
Nel gruppo, di dimensioni ridotte, sarà assicurato l'apporto di:
- Responsabili dei servizi regionali maggiormente coinvolti o loro delegati;
- Responsabili UDP
- Rappresentanti dei gestori
- Rappresentanti degli Enti Locali
- Direttori dell'Attività Socio Sanitarie delle AUSL
- Direttori di distretto AUSL.
- Organizzazione dei rappresentanti dei soggetti gestori (cooperazione,associazioni)
- Terzo settore

Sempre a livello regionale si prevede l'attivazione di uno o più gruppi di lavoro per le azioni previste al punto 4.2. La composizione dovrà prevedere l'apporto delle diverse figure professionali (coordinatori dei servizi accreditati , infermieri,fisioterapisti, Raa, educatori , OSS, animatori) su indicazione del Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia per quanto riguarda gli EELL e le AUSL e delle organizzazioni di rappresentanza regionale dei soggetti gestori,.
Il lavoro tecnico sarà coordinato dal servizio governo dell'integrazione sociosanitaria in stretta collaborazione con l'area innovazione sociale dell'Agenzia sociale e sanitaria regionale.
Sempre a livello regionale si prevede l'attivazione di momenti di confronto, sugli strumenti e sulle proposte elaborate, con rappresentanti dei soggetti portatori di interessi dei destinatari dei servizi (associazione disabili, sindacati pensionati, etc.).

Livello territoriale

In relazione alle singole azioni va previsto l'identificazione di due referenti territoriali che svolgano la funzione di cerniera per la realizzazione del progetto.
Si ritiene che due debbano essere le possibili articolazioni:
- L'ambito distrettuale, con l'individuazione da parte dell'Ufficio di Piano e del Distretto di una figura di riferimento e di contatto con gli Enti Gestori
- L'ambito sovra provinciale , con l'individuazione concordata tra gli Uffici di supporto interessati, di una figura di riferimento che assicuri il coordinamento operativo, in costante contatto con i Direttori delle Attività Socio Sanitarie.

Questo anche al fine di riconoscere come elemento qualificante l'avvio di un confronto tra gli stessi soggetti impegnati nella fase di definizione dei contratti di servizio non solo più soltanto sugli aspetti economici, ma a partire dalla prospettiva del contenuto e della qualità dei servizi resi e dell'impatto in termini di benessere per le persone.

Il percorso di accompagnamento ai servizi dovrà prevedere, a livello territoriale, il ruolo attivo degli esperti valutatori (formati per svolgere tale ruolo negli OTAP) al fine di rendere più efficace l'azione di supporto ai

servizi, evitando così fratture e possibili orientamenti non omogenei o addirittura contrastanti tra quanto prospettato nella fase di accompagnamento e quanto richiesto al momento della verifica del possesso dei requisiti.
Ciò potrà inoltre favorire lo sviluppo di relazioni positive anche per la valorizzazione di un approccio interno ad ogni singolo servizio teso al costante miglioramento dell'organizzazione dello stesso,attraverso la costante individuazione di aree critiche oggetto di possibile miglioramento. In questo modo gli esperti valutatori non interverranno, ferma restando la diversità dei ruoli, nel processo soltanto alla fine in veste di "giudici", ma potranno essere anche risorsa attiva o meglio proattiva per i servizi accreditati.
Si ritiene quindi importante garantire la partecipazione a questa azione di incontro e sostegno con i referenti di ogni singolo servizio accreditati (vedi punto seguente) degli esperti valutatori formati in ogni territorio, in quanto in possesso di specifiche competenze atte ad accompagnare il percorso di crescita e qualificazione dei singoli servizi, rispettando ovviamente il principio di incompatibilità contenuto nelle norme regionali.
A tal fine si ritiene opportuno proporre, a sostegno delle figure di riferimento per il coordinamento a livello distrettuale e di area vasta:
- l'identificazione delle disponibilità di esperti (individuati principalmente tra i valutatori formati per gli OTAP) a livello di ambito distrettuale o sovraprovinciale, che in relazione con la progressiva elaborazione a livello regionale dei materiali indicati al precedente capitolo 4, assicurino un punto per l'orientamento/consulenza per i responsabili dei servizi accreditati che vorranno utilizzare questa opportunità. L'organizzazione di tale riferimento consulenziale, che sarà necessario portare a conoscenza dei referenti di ogni servizio, potrà essere articolato per ambito territoriale (distrettuale o meta distrettuale) e/o per tipologia di servizio e/o per specifiche aree problematiche;
- una organizzazione del lavoro di sostegno ed accompagnamento che garantisca l'attività degli esperti in un territorio diverso da quello nel quale operano nel loro ruolo professionale, se coinvolti nella gestione e produzione diretta di servizi

Livello del singolo servizio accreditamento e ruolo del responsabile del processo di accreditamento interno ad ogni servizio accreditato.
Il processo di accreditamento costituisce un percorso a carattere dinamico che deve prevedere valutazioni periodiche in particolare per quanto riguarda la qualità degli interventi erogati.
L'accreditamento definitivo prevede che venga messa in evidenza la responsabilità interna e la conseguente figura di riferimento alla quale è assegnata la responsabilità per il conseguimento degli obiettivi di qualità (RG 1.6).
Anticipando quanto previsto per l'accreditamento definitivo si propone che i soggetti gestori di servizi accreditati individuino il o i responsabile/i del processo di accreditamento interno, che costituiranno l'interfaccia interna al servizio alla quale collegarsi per la condivisione dei contenuti e delle azioni del progetto.
I responsabili interni al servizio sono quindi attori fondamentali del presente progetto ed il loro coinvolgimento rappresenta la principale azione di sostegno ed accompagnamento del progetto stesso.

Diffusione del materiale, informativo ed operativo prodotto dai gruppi di lavoro.
Man mano che verranno elaborati i materiali di supporto e di esemplificazione ai quali i gruppi hanno lavorato, il lavoro svolto verrà presentato alle singole realtà distrettuali attraverso incontri di formazione e/o tavoli di confronto.
Verranno prodotti degli strumenti informativi per argomento finalizzati a raggiungere il maggior numero degli operatori come ad esempio: presentazione attraverso slides, brochure, incontri frontali, ecc.(come dettagliato in seguito nelle singole schede di azione/intervento).

7. Tempi

Il Progetto si realizza nel periodo novembre 2011- dicembre 2013.
In particolare si ritiene opportuno evidenziare la necessità di attivare rapidamente gli strumenti di lavoro, ed in particolare per i gruppi di lavoro.
Più in dettaglio per ogni singola iniziativa i tempi di realizzazione saranno indicate nelle schede azione /intervento che verranno predisposte dopo la condivisione/approvazione delle linee generali di progetto.

8. Monitoraggio e verifica

Al fine di mantenere l'attenzione sull'efficacia ed efficienza di tale percorso e potervi apporre cambiamenti e aggiustamenti laddove se ne ravveda la necessità, si ipotizza:

A) la produzione di una relazione sullo stato di avanzamento a giugno 2012

B) nel periodo Giugno 2013 – sino alla data di avvio dell'accreditamento definitivo, in concomitanza con l'avvio delle verifiche dei requisiti da parte dell'OTAP, una valutazione dei risultati del progetto in termini di esiti dell'applicazione del percorso fatto e il gradimento da parte dei soggetti gestori e l'eventuale evidenziazione delle altre azioni utili al miglioramento da attivarsi anche nel primo periodo di validità dell'accreditamento definitivo.

C) una relazione finale entro due mesi dall'avvio dell'accreditamento definitivo, con l'eventuale evidenziazione della necessità di altre azioni utili al miglioramento da attivarsi da parte della RER anche nel primo periodo di validità dell'accreditamento definitivo.