

FAQ

SCADENZE ACCREDITAMENTI

Quesito

Qual è la scadenza dell'accREDITAMENTO in seguito all'approvazione della LR 22/2019?

Risposta

A decorrere dall'anno 2014 la validità degli accreditamenti sanitari è stata disciplinata da questa Regione con atti a valenza generale ai sensi delle delibere di Giunta regionale nn. 1311/2014, 1604/2015: gli accreditamenti già concessi sono stati prorogati nella loro validità fino al 31/07/2018.

Si segnala da ultimo la delibera n. 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie" con la quale la Giunta regionale, tra l'altro:

- ha introdotto una nuova scadenza, limitatamente alle strutture per le dipendenze patologiche, al 31/07/2019;
- ha confermato l'accREDITAMENTO a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che hanno presentato valida richiesta di rinnovo dell'accREDITAMENTO, estendendone di fatto il periodo di validità nelle more del procedimento di rinnovo in corso. Tali strutture possono, pertanto, continuare a svolgere in regime di accREDITAMENTO le medesime attività già accreditate fino all'adozione del provvedimento conclusivo.

Conseguentemente, in attuazione di tale previsione, a fronte del ricevimento di istanza di rinnovo presentata dalle strutture, è stata inviata dai competenti Servizi della Direzione, formale comunicazione di validità della domanda ricevuta e quindi procedibile.

Successivamente con la L.R. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della Legge Regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle Leggi Regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008" questa Regione ha innovato la disciplina complessiva dell'accREDITAMENTO sanitario, confermando tale principio al comma 4 dell'art. 18 "Procedura per la concessione del rinnovo dell'accREDITAMENTO".

Infatti, il comma recita:

"4. Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di rinnovo, le strutture sanitarie che hanno presentato domanda, possono continuare a svolgere le funzioni già accreditate e le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensioni nella erogazione dei servizi."

La previsione contenuta nella delibera di Giunta regionale n. 1943/2017, ed ora nel comma 4, si sostanzia in una equiparazione tra le strutture sanitarie in possesso di un atto di rinnovo e le strutture che hanno presentato valida domanda di rinnovo, consentendo a queste ultime, pur in assenza di un apposito atto, di operare comunque, in regime di accREDITAMENTO, fino alla conclusione del procedimento regionale di verifica del possesso dei requisiti generali e specifici ed alla conseguente adozione dell'atto.

È importante sottolineare che la decorrenza e la conseguente scadenza dell'accREDITAMENTO in essere, di durata quinquennale, deve avere a riferimento necessariamente la data indicata nell'atto di concessione/rinnovo dell'accREDITAMENTO.

Diverso è il caso degli atti di variazione (sono da intendersi variazioni le modifiche intervenute dopo la prima concessione es. nuova sede, nuova attività/funzione, disciplina ecc.). La variazione dell'accREDITAMENTO decorre dalla data riportata nell'atto e non comporta la modifica della scadenza dell'accREDITAMENTO già vigente.

Nel caso di procedimento di rinnovo ancora in corso la variazione di cui sopra acquisirà la medesima scadenza del provvedimento di rinnovo conclusivo.

Qualora una struttura non presenti domanda di rinnovo nei tempi previsti dalla LR 22/2019 (almeno 90 giorni prima della scadenza) e comunque entro la data di scadenza del precedente accREDITAMENTO, la struttura

dovrà attivarsi per richiedere un nuovo accreditamento; la domanda sarà valutata secondo la disciplina e i fabbisogni regionali vigenti al momento della richiesta.

Inoltre, la concessione di un nuovo accreditamento a una Struttura il cui accreditamento precedente è scaduto comporta riflessi sugli accordi eventualmente già stipulati dalle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, in quanto si determina una soluzione di continuità nel contratto.

Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, le principali condizioni relative alle scadenze degli accreditamenti sanitari concessi e la normativa di riferimento.

Condizione	Descrizione	Scadenza	Normativa di riferimento	Indicazioni da seguire
1	Strutture che hanno presentato domanda di rinnovo entro il 31/07/2018 (o 31/07/2019 per le strutture per le dipendenze patologiche) con procedimento ancora in corso.	Le strutture hanno ricevuto una nota di validità, e quindi procedibile, della domanda presentata che estende di fatto il periodo di validità dell'accREDITAMENTO posseduto nelle more del procedimento di rinnovo in corso (non c'è una data di scadenza stabilita).	Delibere di Giunta Regionale nn. 1311/2014, 1604/2015, 1943/2017. L.R. 22/2019, art. 18, comma 4.	Le strutture non devono presentare una nuova domanda di rinnovo in quanto il relativo procedimento è in corso.
1bis	Strutture che hanno presentato domanda di rinnovo entro il 31/07/2018 (o 31/07/2019 per le strutture per le dipendenze patologiche) con procedimento ancora in corso e con successiva domanda di variazione.	La variazione dell'accREDITAMENTO decorre dalla data riportata nell'atto e non comporta la modifica della scadenza dell'accREDITAMENTO già vigente. Si precisa che l'accREDITAMENTO ha validità fino alla prossima determinazione di rinnovo e variazioni dell'accREDITAMENTO (procedimento in corso), ove sarà indicata la scadenza complessiva, così come comunicato nella nota di validità formale della domanda di rinnovo presentata.	Delibere di Giunta Regionale nn. 1311/2014, 1604/2015, 1943/2017. L.R. 22/2019, art. 18, comma 4.	Le strutture non devono presentare una nuova domanda di rinnovo in quanto il relativo procedimento è in corso.
2	Strutture che hanno presentato domanda di rinnovo entro il 31/07/2018 e hanno ottenuto un atto di rinnovo	La scadenza quinquennale è indicata nell'atto di rinnovo.	L.R. 22/2019, art. 12, comma 3.	Le strutture devono presentare una nuova domanda di rinnovo almeno 90 giorni prima della scadenza

Condizione	Descrizione	Scadenza	Normativa di riferimento	Indicazioni da seguire
	dell'accREDITAMENTO dopo l'entrata in vigore della L.R. 22/2019.			quinquennale dell'atto di rinnovo ottenuto.
3	Strutture che hanno presentato domanda di rinnovo in data successiva al 31/07/2018 (o 31/07/2019 per le strutture per le dipendenze patologiche) e prima dell'entrata in vigore della L.R. n. 22/2019 (21/11/2019).	Le strutture hanno ricevuto una nota di validità, e quindi procedibile, della domanda presentata che estende di fatto il periodo di validità dell'accREDITAMENTO posseduto nelle more del procedimento di rinnovo in corso (non c'è una data di scadenza stabilita).	L.R. 22/2019, art. 23, comma 4.	Le strutture non devono presentare una nuova domanda di rinnovo in quanto il relativo procedimento è in corso.
4	Strutture con accREDITAMENTO vigente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 22/2019 (21/11/2019): il loro atto di accREDITAMENTO conserva validità e ne sono fatti salvi gli effetti per la durata di cinque anni (e non più quattro) dalla data di concessione.	La scadenza quadriennale indicata nell'atto di accREDITAMENTO/ rinnovo diventa quinquennale.	L.R. 22/2019, art. 23, comma 3. La determinazione dirigenziale n. 5460/2020 elenca tutte le strutture sanitarie private con accREDITAMENTO in scadenza in data successiva al 21/11/2019 suddivise per funzione/ disciplina. Il provvedimento, riporta per ogni struttura la data effettiva della scadenza.	Le strutture devono presentare una domanda di rinnovo almeno 90 giorni prima della scadenza quinquennale dell'atto di accREDITAMENTO/ rinnovo ottenuto.
5	Strutture il cui accREDITAMENTO è stato concesso/ rinnovato in data successiva a quella di entrata in vigore della L.R. 22/2019 (21 novembre 2019).	La scadenza quinquennale è indicata nell'atto di concessione/ rinnovo.	L.R. 22/2019, art. 18, comma 1.	Le strutture devono presentare una domanda di rinnovo almeno 90 giorni prima della scadenza quinquennale dell'atto di concessione/ rinnovo ottenuto.
6	Strutture con accREDITAMENTO vigente e con successiva domanda di variazione.	La variazione dell'accREDITAMENTO decorre dalla data riportata nell'atto e non comporta la modifica della scadenza	Delibera di Giunta n. 886 del 6/06/2022.	Le strutture devono presentare una domanda di rinnovo almeno 90 giorni prima della scadenza quinquennale dell'atto di concessione/

Condizione	Descrizione	Scadenza	Normativa di riferimento	Indicazioni da seguire
		dell'accreditamento già vigente.		rinnovo ottenuto (la scadenza non deve essere calcolata a partire dall'atto di concessione della variazione).

MODULISTICA

Premessa

Con questa nuova modulistica, nel caso di più strutture sanitarie afferenti allo stesso soggetto richiedente l'accreditamento, che condividono gli stessi processi direzionali e trasversali, il titolare/legale rappresentante può presentare un'unica domanda di rilascio/rinnovo/variazione dell'accreditamento indicando chiaramente a quali strutture fa riferimento e descrivendo i dati relativi a ciascuna struttura oggetto della domanda di accreditamento.

Modulo 1

Quesito

Non riesco ad utilizzare il servizio e@bollo, come posso fare l'invio con PEC della domanda?

Risposta

È necessario acquistare marca da bollo (contrassegno telematico) di importo pari a € 16,00 da apporre nell'apposito riquadro presente nel Modulo 1 – Domanda di concessione, rinnovo e/o variazioni dell'accreditamento; il bollo apposto va annullato con data e firma autografa.

Quesito

La marca da bollo è di 16 euro o altro importo?

Risposta

Sì, ad oggi (giugno 2022) la marca da bollo da apporre è quella da 16 euro.

Quesito

Il modulo 1 può essere usato per tutte le casistiche (concessione, rinnovo e variazioni)?

Risposta

Sì, il modulo può essere usato per la richiesta di concessione, di rinnovo e per tutte le eventuali variazioni dell'accreditamento non precedentemente segnalate o che si intende richiedere nell'occasione specifica. Si ricorre altresì al Modulo 6 nel caso intervengano variazioni che non prevedono modifiche al C.F. dello/a studio/ditta/società/azienda titolare della struttura accreditata e riguardino modifiche della denominazione della struttura accreditata, dell'assetto proprietario / societario, della ragione / denominazione sociale, del legale rappresentante della struttura sanitaria o della sede legale del soggetto gestore, ovvero nell'ipotesi di rinuncia TOTALE dell'accreditamento.

Quesito

Rispetto all'accreditamento ottenuto e in essere, vi è stata una variazione a livello societario: dobbiamo richiedere contemporaneamente il rinnovo e la variazione sull'accreditamento attuale?

Risposta

No, nel caso in cui siano presenti variazioni (relative ad esempio al soggetto gestore, al trasferimento della sede erogativa, all'ampliamento / cessazione di una sede erogativa o a modifiche strutturali della sede erogativa, ove queste influiscano sui requisiti di accreditamento) e non sia imminente la scadenza

dell'accreditamento, occorre segnare la casella "VARIAZIONI" nel modulo 1 – Domanda di concessione, rinnovo e/o variazioni dell'accreditamento, indicandovi le informazioni richieste.

Invece, qualora le variazioni non comportino modifiche alle attività richieste in accreditamento e/o al C.F. dello/a studio/ditta/società/azienda titolare della struttura accreditata (ad esempio modifiche della denominazione della struttura accreditata, dell'assetto proprietario / societario, della ragione / denominazione sociale, del legale rappresentante della struttura sanitaria o della sede legale del soggetto gestore), ovvero abbiano ad oggetto la rinuncia complessiva all'accreditamento, si deve predisporre la dichiarazione prevista nel Modulo 6.

Quesito

La parte del modulo 1 relativa alle variazioni delle attività comprende anche la possibilità di ampliamento di attività nell'ambito di discipline già accreditate, cosa andrebbe declinato? La tipologia di prestazione? Per esempio, nella branca di oculistica già accreditata la prestazione di campo visivo non elencata a suo tempo, va elencata in fase di rinnovo? O il rinnovo è implicito per tutte le prestazioni ricomprese nella branca?

Risposta

Se le variazioni riguardano le tipologie di prestazioni indicate nel modulo 2 occorre specificarle espressamente. Nel caso specifico, il campo visivo è già ricompreso nelle prestazioni di oculistica.

Sempre a titolo esemplificativo, per le **strutture di specialistica ambulatoriale**, anche per quanto riguarda la richiesta di ampliamento di attività nell'ambito di discipline già accreditate, la struttura dovrà siglare in domanda (nel Modulo 1) le caselle "VARIAZIONI" e la più specifica casella "Variazioni delle attività svolte (...)", rimandando poi al Modulo 2 – Scheda sintetica di presentazione delle attività, l'indicazione delle discipline e delle relative attività richieste in accreditamento.

Quesito

Una struttura accreditata come laboratorio analisi e poliambulatorio per alcune specialità, in occasione del rinnovo può rinunciare all'accreditamento delle attività poliambulatoriali e mantenere solo quello di laboratorio analisi e punto prelievi? Nel modulo 1 bisogna indicare "rinnovo" o solamente "variazione" oppure "entrambe" le voci?

Risposta

In questa occasione si possono inserire le variazioni che si desidera apportare, in particolare nel caso indicato si deve barrare sia la parte di rinnovo (per il laboratorio analisi e punto prelievi) sia quella di variazione; nel Modulo 2 - Scheda sintetica di presentazione delle attività, da presentare unitamente al Modulo 1, si indicano tutti i dettagli della richiesta, tra cui le attività / discipline soggette a rinnovo e quelle cessate negli apposti spazi.

Quesito

In relazione al Modulo 2 sul quale deve essere effettuata la dichiarazione del possesso dei requisiti specifici, come comportarsi in caso di presenza nell'ultimo verbale di verifica ricevuto di valutazioni negative (NO grandi) senza prescrizione e/o di requisiti specifici valutati Non Applicabili (NA)?

Risposta

Il possesso dei requisiti deve essere valutato allo stato attuale e non in relazione ad eventuali non conformità (NO) o non applicabilità (NA) riscontrate in corso di precedenti verifiche.

Quesito

Cosa si intende per "Dichiarazione di presenza o assenza di prestazioni esternalizzate rivolte alla persona con denominazione della Struttura/Fornitore che le effettua" nell'elenco della documentazione da allegare al Modulo 1?

Risposta

Le "**prestazioni esternalizzate rivolte alla persona**" sono attività / prestazioni / funzioni sanitarie complementari al processo diagnostico – assistenziale, direttamente connesse alla assistenza al paziente, che la struttura **non effettua direttamente**, ma che fa eseguire a una struttura esterna accreditata. Ad esempio, un laboratorio analisi che esegue indagini di I° livello nell'ambito di biochimica clinica, ematologia, coagulazione, immunometria, sierologia e che ha un contratto con un laboratorio per indagini di II° livello o

di microbiologia. In questi casi il laboratorio di I° livello deve indicare in un documento l'elenco delle indagini effettuate dal laboratorio di II° livello.

Le suddette attività esternalizzate non devono essere prevalenti rispetto a quelle effettuate direttamente, con riferimento a un determinato ambito disciplinare, e non devono essere espressamente previste dai requisiti specifici di accreditamento della disciplina per cui la struttura è accreditata.

Quesito

Un Poliambulatorio che garantisce al proprio personale la formazione necessaria all'integrazione dell'operatore all'interno dell'organizzazione e si preoccupa di verificare che il personale medico sanitario abbia e continui a mantenere le competenze, deve richiedere nel Modulo 1 anche l'accreditamento come Provider ECM?

Risposta

No, questa parte del Modulo 1 deve essere compilata solo dalle strutture sanitarie che vogliono richiedere l'accreditamento anche come provider ECM.

La presenza nella struttura sanitaria dei requisiti della funzione di governo della formazione è un presupposto necessario ed obbligatorio per la concessione, il rinnovo o la variazione dell'accreditamento. Il soggetto richiedente, in sede di rilascio, rinnovo o variazioni di accreditamento, dichiara espressamente nel Modulo 1 che le strutture sanitarie interessate dal procedimento possiedono i requisiti per la Funzione di governo aziendale della formazione continua di cui alla DGR n. 1332/2011.

L'accreditamento come provider è, invece, facoltativo: le strutture sanitarie accreditate possono richiedere tale tipo di accreditamento per poter erogare formazione ECM per i propri professionisti, per professionisti di altre strutture e per i liberi professionisti.

Quesito

Il manuale di accreditamento può essere sostituito, come nei rinnovi antecedenti, dal precedente elenco dei documenti?

Risposta

No, con la revisione normativa il manuale per l'accreditamento deve essere presentato al posto dei singoli documenti. Il manuale è lo strumento con cui la Struttura esplicita le modalità con cui gestisce il proprio sistema qualità, in modo armonico in rapporto ai requisiti generali di accreditamento. Non può essere considerato sostituito neanche dalla Carta dei Servizi.

Quesito

Il manuale di accreditamento deve essere obbligatoriamente organizzato secondo i nuovi 8 criteri?

Risposta

Sì, la DGR 1943 è del 2017 e quindi se in fase iniziale era accettata una tabella di 'equivalenza', ora deve essere strutturato secondo gli 8 criteri.

Quesito

Quando un legale rappresentante presenta una unica domanda per diverse strutture, deve presentare un manuale per ciascuna struttura?

Risposta

No, il Manuale può essere unico quando sono condivisi i processi direzionali.

Quesito

Posso inviare i file del Manuale zippati (cartella compressa)?

Risposta

Il Manuale deve essere inviato in file; se nel suo complesso è costituito da diversi file, può essere inviato come file unico in formato .pdf modificabile (non una scansione della versione cartacea). È preferibile il Manuale in un unico file pdf.

MODULO 2

Scheda sintetica di presentazione delle attività richieste in accreditamento dalla Struttura

Quesito

Per le strutture di specialistica ambulatoriale, nella sezione ambulatorio chirurgico vanno inserite le branche già inserite nell'ambulatorio medico? Ad esempio, la dermatologia per asportazione tessuto cutaneo? Nella attività di diagnostica per immagini, quando viene inserita l'ecografia si chiede di precisare per quale disciplina, cosa si intende? Ad esempio, l'ecografia della tiroide può essere effettuata sia nella branca di endocrinologia che nella radiologia. Quindi dovrebbero essere inserite tutte le branche per ogni singola prestazione ecografica? O viceversa tutte le branche specialistiche dove si eroga anche ecografia?

Risposta

La richiesta di accreditamento per ambulatorio chirurgico è possibile solo per le attività già autorizzate all'interno dell'ambulatorio chirurgico. Per riferirsi all'esempio nel quesito, se l'autorizzazione ricomprende la dermatologia nell'ambulatorio chirurgico, allo stesso modo è possibile richiederla in accreditamento.

Per l'attività di ecografia vanno indicate le discipline all'interno delle quali vengono effettuate le diverse prestazioni (solitamente si tratta delle discipline di radiologia, cardiologia, neurologia, angiologia/chirurgia vascolare, medicina interna, ginecologia, ...), se in possesso delle relative clinical competence.

Nel caso di attività di diagnostica per immagini, sono eseguibili dal radiologo tutte le prestazioni ecografiche soprarichiamate.

Quesito

La funzione di governo aziendale prevede il campo articolazioni: si considerano i consulenti esterni a cui la struttura fa riferimento e le loro sedi?

Risposta

Per quanto attiene la funzione di governo della formazione, non bisogna fare riferimento ai consulenti, né alle loro sedi. Il governo della formazione contempla la presenza di articolazioni in organizzazioni ad elevata complessità; pertanto, per le strutture a bassa complessità la voce articolazioni non deve essere compilata.

Quesito

Quali sezioni del modulo 2 devono compilare i Poliambulatori?

Risposta

Per questo tipo di strutture devono essere compilati: Denominazione e indirizzo, quindi la sezione b) Strutture di specialistica ambulatoriale. Nel caso in cui il poliambulatorio sia già accreditato anche come provider ECM, deve essere compilata anche la sezione j) Funzione di provider ECM. Il Modulo deve essere datato e firmato dal titolare/legale rappresentante.

SCADENZA DELL'ACCREDITAMENTO

Quesito

Cosa succede se non si presenta domanda di rinnovo prima della scadenza dell'accREDITAMENTO?

Risposta

La struttura che non presenta domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO prima della scadenza, di regola almeno 90 giorni prima, dovrà presentare domanda di rilascio dell'accREDITAMENTO, come se fosse una nuova struttura.

Ciò comporterà la valutazione del fabbisogno sulla base delle disposizioni vigenti e l'adozione di un atto di nuovo accREDITAMENTO. Inoltre, la concessione di un nuovo accREDITAMENTO a una Struttura il cui accREDITAMENTO precedente è scaduto comporta riflessi sugli accordi eventualmente già stipulati dalle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, in quanto si determina una soluzione di continuità nel contratto.

REQUISITI GENERALI

Premessa

L'autovalutazione dei requisiti generali deve essere effettuata **per ciascun requisito** e **non per ciascun elemento di valutazione**; infatti, gli elementi di valutazione individuano aspetti valutabili in modo diverso dalle strutture in relazione alle loro tipologie e complessità.

La valutazione deve essere espressa con le scale di valutazione indicate (SI-si-no-NO), e non con risposte differenti (es. NV, NA, ecc); in caso di valutazioni negative (no e NO, che comunque generano prescrizioni) è necessario specificare nel campo "Note" le motivazioni.

Nel modulo 3 sono già previsti alcuni requisiti non applicabili a strutture a bassa complessità (ambulatori monospecialistici e studi professionali).

Quesito

Nel modulo 3 in alcuni punti si specifica la seguente dicitura: "Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali". Il caso di un laboratorio di genetica che adotta il CCNLL Studi professionali rientra in queste esclusioni? In caso affermativo le sezioni vanno lasciate in bianco?

Risposta

No, anche se può ritenersi una struttura a bassa complessità e adotta il CCNLL Studi professionali, un laboratorio di genetica non è paragonabile ad un ambulatorio monospecialistico o a uno Studio professionale, anche se adotta il CCNLL Studi professionali.

Quesito

La struttura richiede l'accreditamento per un'unica attività / disciplina (es. oculistica), inserita nel contesto di un poliambulatorio; è da considerarsi ambulatorio monospecialistico?

Risposta

No, anche se è richiesto l'accreditamento per una sola attività / disciplina, rileva il fatto che questa è svolta nel contesto organizzativo e gestionale di un poliambulatorio.

Requisito 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"

Quesito

Visto che la progettazione di reti clinico-assistenziali è chiaramente di competenza delle aziende pubbliche, cosa ci si aspetta dalle strutture di ricovero private? Possiamo descrivere come operiamo per il nostro ruolo e che non abbiamo la possibilità di descrivere la rete nel suo complesso?

Risposta

La partecipazione a reti anche se progettate da aziende pubbliche risponde al requisito. L'autovalutazione può essere comunque positiva (SI o si) in relazione alla partecipazione ai percorsi e/o ad altre forme di integrazione clinico-organizzativa, o negativa (no, NO), quando tale partecipazione non sia al momento prevista da accordi, contratti o indicazioni regionali.

Quesito

L'attività di una struttura di specialistica ambulatoriale a bassa complessità, tendenzialmente deputata alla sola riabilitazione, può essere equiparata a un ambulatorio monospecialistico? Per questo tipo di strutture è infatti difficile pensare di poter creare delle reti assistenziali per i pazienti per garantire continuità delle cure, pur essendo disponibili a partecipare a reti create dagli enti istituzionali deputati (AUSL, Regione, ...).

Risposta

Le strutture private di specialistica ambulatoriale non possono autonomamente sviluppare azioni per garantire la continuità delle cure e attualmente sono coinvolte scarsamente in reti assistenziali e partecipano ancora a pochi percorsi di cura gestiti dalla Azienda USL di riferimento (es. percorsi riabilitativi, percorso glaucoma, percorso cardiologico, rete SOLE, fascicolo sanitario per l'inserimento dei referti di diagnostica, ...). L'autovalutazione può essere comunque parzialmente positiva (sì) in relazione alla partecipazione ai percorsi e/o altre situazioni sopra descritti o negativa (no, NO), quando tale partecipazione non è ancora richiesta.

Requisito 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"

Quesito

Per una struttura di specialistica ambulatoriale a bassa complessità questo requisito è difficilmente documentabile. L'unico percorso presente è quello riabilitativo che trattiene il paziente per circa 2 settimane, tratta patologie muscolo-scheletriche in fase acuta. Normalmente il paziente, dopo la visita fisiatrica, esegue la terapia prescritta e conclude il percorso con una visita fisiatrica di controllo, che può proporre un nuovo piano terapeutico oppure accertare il risultato terapeutico. A parte il percorso riabilitativo, non c'è una presa in carico del paziente che preveda una valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona. Solo nell'ambito della cardiologia è possibile, al termine della visita specialistica, qualora ve ne sia l'indicazione, prenotare direttamente l'ecocardiogramma internamente in regime convenzionato. Per questo punto può essere considerato valido il percorso prioritario per i pazienti con sospetto glaucoma e che necessitano di esame diagnostico di approfondimento, oppure il percorso di Breast Unit mammografico? Il percorso clinico-assistenziale può essere identificato nella presa in carico per pazienti che devono fare un ciclo di fisioterapia o nel percorso glaucoma per strutture coinvolte nel progetto?

Risposta

Assolutamente sì.

Quesito

Con riferimento al criterio di valutazione 2.2.2, come devono essere identificati i criteri di eleggibilità dei pazienti?

Risposta

Per **criterio di eleggibilità** si intendono le caratteristiche che un paziente deve avere per accedere a una determinata attività/prestazione/percorso.

Quesito

Chi può rientrare nel percorso clinico-assistenziale? Ad esempio, il paziente per accedere alle cure di fisioterapia deve effettuare una visita fisiatrica?

Risposta

Dipende se è prevista negli accordi definiti con la struttura pubblica di riferimento per la gestione dello stesso percorso riabilitativo.

Requisito 2.3

"L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza"

Quesito

Sebbene non vi siano ancora accordi scritti per i quali è necessario creare procedure ad hoc condivise con le strutture pubbliche, potrebbe essere considerata una corretta evidenza l'invio del paziente presso la struttura pubblica?

La continuità assistenziale come dobbiamo intenderla? Non facciamo dimissioni, siamo ambulatori.

Risposta

Vedi risposta al requisito 1.2. Per le strutture private di specialistica ambulatoriale una possibile evidenza di continuità assistenziale potrebbe essere ad esempio l'attivazione di rapporti con il MMG e/o con l'Azienda USL committente, nel caso in cui durante l'effettuazione di una prestazione a un utente emerga la necessità di proseguire il trattamento con ulteriori interventi specifici.

Requisito 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"

Quesito

All'interno di una struttura di specialistica ambulatoriale è difficile prevedere l'attuazione di un audit clinico che fornisca dati sulla qualità dei percorsi. L'unico percorso mappato è quello riabilitativo, che viene tenuto sotto controllo attraverso indicatori di qualità. Nello specifico cosa bisogna presentare per dare evidenza delle valutazioni richieste?

Risposta

Per le strutture di specialistica ambulatoriale un esempio di possibile evidenza è la valutazione degli indicatori di qualità definiti per un percorso, ad esempio quello riabilitativo, oppure per prestazioni continuative per le quali è possibile effettuare una valutazione dell'efficacia dei trattamenti erogati.

Requisito 2.5

"L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria"

Quesito

Con riferimento all'elemento 2.5.3, la documentazione sanitaria a cui si fa riferimento è la cartella clinica? Quali sono le normative a cui ci si riferisce? Come strutture ambulatoriali la documentazione viene restituita all'AUSL.

Risposta

Per le strutture di specialistica ambulatoriale sono da considerare **documentazione sanitaria** la scheda ambulatoriale, il progetto riabilitativo, il referto, ...

Quesito

Con riferimento all'elemento 2.5.5, studi clinici e protocolli di ricerca non vengono effettuati in strutture ambulatoriali.

Risposta

In questi casi, il mancato possesso di un singolo elemento di valutazione non genera necessariamente un riscontro negativo sull'intero requisito; occorre inserire comunque nel campo note la eventuale non effettuazione di studi clinici.

Requisito 5.2

"L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione".

Quesito

Cosa ci si aspetta su questo punto? Quali modalità di valutazione? Si intende indagine sul clima?

Risposta

Le indagini di clima organizzativo possono essere una risposta così come altri strumenti, quali la misurazione di indicatori (es. turnover) o altre modalità per la valutazione del rapporto tra personale e organizzazione, il benessere organizzativo, la condivisione dei risultati ottenuti, ecc.

Requisito 5.4

"L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, familiari e caregiver delle scelte clinico-assistenziali e delle attività di promozione della salute".

Quesito

Le prestazioni erogate dal Poliambulatorio, prenotate dai pazienti nei punti CUP, sono prime visite, terapie elettromedicali e fisiokinesiterapia. Salvo che per il percorso riabilitativo, non esiste una fase di pianificazione assistenziale da condividere con il paziente e i suoi familiari. Si può parlare di percorsi assistenziali finalizzati alla riabilitazione del paziente quando si effettuano ad esempio prestazioni di fisioterapia e/o di infiltrazioni? Cosa si intende per condivisione della pianificazione assistenziale con i pazienti?

Risposta

Deve essere condiviso con il paziente (e/o con il caregiver dove necessario) tutto quanto prevede il suo piano di trattamento che va oltre la singola prestazione, ad esempio il progetto riabilitativo, il percorso sul glaucoma, ecc.

Requisiti 6.2 e 6.3

"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" e "La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti"

Quesito

Nel poliambulatorio sono erogate prestazioni a basso rischio, la struttura non ha barriere architettoniche, i pochi farmaci usati sono gestiti secondo procedure formalizzate. Costruire un sistema di gestione del rischio con strumenti articolati come l'analisi FMEA o audit non risulta proporzionale all'attività svolta.

Risposta

Per le strutture di specialistica ambulatoriale è necessario effettuare un'analisi del rischio, valutare quali azioni preventive mettere in atto e definire tramite una procedura le azioni da attuare in caso di accadimento di possibili incidenti.

Requisito 7.3

"L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico-professionali e organizzative"

Quesito

All'interno della nostra organizzazione abbiamo uffici e personale adibito esclusivamente alla valutazione e acquisizione di nuovi strumenti e apparecchiature, che non necessariamente vedono coinvolto il personale medico che generalmente è a rapporto libero professionale, ma di cui però si tiene conto a fronte di particolari richieste o suggerimenti.

Risposta

Per le strutture di specialistica ambulatoriale è necessario tenere conto e conservare le evidenze delle segnalazioni di richieste e suggerimenti e della loro valutazione nella definizione del fabbisogno di innovazioni tecnico-professionali e organizzative.

Requisito 7.4

"L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca"

Quesito

Presso il Poliambulatorio non viene svolta attività didattica né di ricerca. Il personale e tutti i professionisti che lavorano presso il Poliambulatorio partecipano a corsi di formazione/aggiornamento e tutti possiedono i crediti formativi richiesti dalle norme vigenti. Solo per quanto riguarda la sede e gli uffici centrali è previsto personale tirocinante, ma per quanto riguarda l'ambulatorio non siamo in grado di garantire ricerca o formazione di studenti. Il centro aderisce però a screening promossi da Onlus, è un esempio calzante per gli elementi di valutazione 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3?

Risposta

Se non si partecipa ad attività didattiche o di ricerca, si può rispondere NO al requisito, con l'aggiunta di spiegazioni / motivazioni nel relativo campo note.

Requisito 8.1

"L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente."

Quesito

Al punto 8.1.1 della check list di autovalutazione dei requisiti (Modulo 3) non è chiaro quali possano essere le modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e al rispetto delle differenze e delle fragilità. A tal proposito è possibile avere qualche esempio specifico che ci aiuti nella comprensione del requisito?

Risposta

Differenze e fragilità possono essere rappresentate da difficoltà linguistiche, condizioni di svantaggio socioeconomico, disabilità fisiche e/o sensoriali. Le strutture accreditate devono prevedere modalità e strumenti che consentano anche a questi pazienti l'accesso alle prestazioni e una dimissione sicura. Esempi di azioni in questo senso possono essere rappresentati da materiali informativi in diverse lingue, forme di supporto per pazienti ipovedenti o con disabilità fisiche, attenzione a particolari condizioni di disagio sociale al momento della dimissione, disponibilità di mediatore culturale, ecc.

Quesito

Per un Poliambulatorio è difficile rispondere al quesito: i pazienti arrivano con prescrizioni di altri medici per ricevere una prestazione sanitaria prenotata tramite CUP. Una volta effettuata la visita medica ricevono immediatamente il referto e raramente tornano per controlli successivi. A parte il percorso riabilitativo, non esistono altri PDTA. Abbiamo regole formalizzate per l'accoglienza e l'assistenza di soggetti con difficoltà motorie (pazienti in carrozzina o allettati), che possono ricevere comunque le prestazioni specialistiche prenotate; persone non italiane vengono regolarmente accolte in accettazione senza alcuna difficoltà, come le persone extracomunitarie (che di solito sono accompagnate da interprete volontario del centro di accoglienza).

Risposta

Le azioni descritte consentono di affermare che il poliambulatorio ha messo in atto attività per realizzare azioni di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza. Potrebbero esserne valutati i risultati ed eventualmente rilevati le eventuali segnalazioni e/o reclami in merito.

Quesito

Negli elementi di valutazione al punto 8.1.1 sono richiamate le dimissioni. Per un poliambulatorio si potrebbe intendere quale dimissione la fine del trattamento fisioterapico?

Risposta

Sì, il termine di un trattamento (percorso diagnostico-terapeutico o di riabilitazione) effettuato presso un poliambulatorio può essere considerato una "dimissione" e pertanto per particolari tipologie di utenti (fragili, disabili, ...) è necessario valutare se siano necessarie specifiche modalità per renderli partecipi dei risultati raggiunti e delle scelte future.

REQUISITI SPECIFICI

Quesito

È necessario inviare le check list dei requisiti specifici?

Risposta

No, il Modulo 2 – Scheda sintetica di presentazione delle attività prevede una specifica autocertificazione da parte del soggetto richiedente circa il possesso dei requisiti specifici di accreditamento, richiesti dalla normativa vigente (quest'ultima può essere verificata al link <https://salute.regione.emilia-romagna.it/autorizzazione-e-accreditamento-strutture-sanitarie>, indicato sul modulo).

Quesito

L'eventuale verifica sul campo riguarderà solo i requisiti generali o anche gli specifici?

Risposta

La verifica sul campo riguarderà sia i requisiti generali che gli specifici.

Quesito

I requisiti specifici deliberati dopo la data dell'ultima verifica ricevuta verranno valutati comunque, anche in relazione al raggiungimento o meno degli eventuali volumi richiesti?

Risposta

Tutti i requisiti già approvati al momento di presentazione della domanda devono essere posseduti e pertanto potranno essere verificati.
