**Modulo 3/2022 – Modello di dichiarazione del possesso dei requisiti generali di Accreditamento - Autovalutazione**

Il /la sottoscritto/a .....................................................................................................................................................................................................................................

nato/a a ......................................................... il ............................., C.F. ...........….…............................................................................................................................

titolare / legale rappresentante di (studio/ditta/società/azienda) denominato/a ………..………………………………………………………..……………………..

con sede legale in .................................................. (Pr. ...), via/piazza …………………..….............., Nr. ……., C.F. ……………………………………………………., Partita IVA ………………………………………...

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

dichiara,

ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, che la struttura sanitaria / studio denominata/o …………………………… sita/o in via ………………………………… città ………………………………………………………………………………………………………………… (gli elementi identificativi - denominazione, indirizzo, ecc. - sono da ripetere per ciascuna struttura per cui si presenta domanda)

di cui chiede rilascio / variazione / rinnovo dell’accreditamento

possiede i requisiti di accreditamento come di seguito autovalutati.

| **Requisiti RER** | **Note della Struttura** | **SÌ** | **sì** | **no** | **NO** | **Elementi di valutazione** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1° Criterio Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie** |
| * 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. 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.

*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | 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. 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. La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).
 |  |  |  |  |  | 1.4.1 I sistemi informativi garantiscono: * 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. La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.
 |  |  |  |  |  | * + 1. Il programma prevede l’utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino
 |
| * + 1. Sono definite le responsabilità per la valutazione
 |
| * + 1. Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne)
 |
| * + 1. È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione
 |
| * + 1. Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica
 |
| * + 1. I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).
 |
| **2° Criterio Prestazioni e Servizi** |
| * 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. |
| * 1. 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

*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | 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 |
| * 1. L’organizzazione assicura la continuità dell’assistenza
 |  |  |  |  |  | * + 1. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per il passaggio in cura nei diversi setting assistenziali
 |
| * + 1. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per dimissioni protette
 |
| * + 1. Sono definite modalità definite per garantire i collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e socio sanitarie coinvolte nell’assistenza
 |
| * + 1. Sono definite modalità definite per effettuare il trasporto sicuro del paziente (intra – inter – extraospedaliero)
 |
| * + 1. Sono presenti documenti che definiscano l’appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche
 |
| * + 1. Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all’interno della documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite.
 |
| * 1. 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.

*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | * + 1. È effettuata la valutazione della qualità dei percorso di assistenza mediante indicatori e audit
 |
| * + 1. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate
 |
| * + 1. 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
 |
| * + 1. Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all’organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.
 |
| * 1. L’organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.
 |  |  |  |  |  | * + 1. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione
 |
| * + 1. 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
 |
| * + 1. Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti
 |
| * + 1. Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni
 |
| * + 1. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici
 |
| * + 1. Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria
 |
| * + 1. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.
 |
| **3° Criterio Aspetti Strutturali** |
| * 1. La direzione garantisce l’idoneità all’uso delle strutture.
 |  |  |  |  |  | 3.1.1 É 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 supporto della pianificazione della riduzione dei rischi. |
| 3.1.3 É garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti. |
| 3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni. |  |  |  |  |  | * + 1. È presente l’inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l’identificazione delle stesse
 |
| * + 1. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione
 |
| * + 1. Il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi
 |
| * + 1. È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione
 |
| * + 1. Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
 |
| * + 1. 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. |  |  |  |  |  | * + 1. Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.
 |
| * + 1. Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze
 |
| * + 1. Il sistema tiene conto dei bisogni formativi
 |
| * + 1. 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.  |
| 4.2.2 I 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. *Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali semplici* |  |  |  |  |  | 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.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | * + 1. È disponibile l’evidenza dell’analisi dei risultati delle attività di valutazione
 |
| * + 1. I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto
 |
| * + 1. Sono pianificate le azioni conseguenti.
 |
| 5.3 L’organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini. |  |  |  |  |  | * + 1. Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione
 |
| * + 1. 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.
 |  |  |  |  |  | * + 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.).
 |
| * + 1. Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).
 |
| * + 1. È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi …
 |
| * + 1. Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.
 |
| * + 1. Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il riaccadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.
 |
| * + 1. Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.
 |
| **6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza** |
| 6.1 La Struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l’appropriatezza nella pratica professionale. |  |  |  |  |  | * + 1. I professionisti sono coinvolti nell’implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
 |
| * + 1. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
 |
| * + 1. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
 |
| * + 1. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.
 |
| * + 1. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.
 |
| * + 1. 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.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | * + 1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.
 |
| * + 1. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.
 |
| * + 1. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.
 |
| * + 1. 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.  |  |  |  |  |  | * + 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.
 |
| * + 1. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.
 |
| * + 1. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.
 |
| * + 1. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.
 |
| * + 1. Sono adottati strumenti proattivi per l’identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).
 |
| * + 1. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.
 |
| * + 1. 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.  |  |  |  |  |  | * + 1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.
 |
| * + 1. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).
 |
| * + 1. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.
 |
| * + 1. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.
 |
| 7.2 L’organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | 7.2.1 La 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.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | * + 1. È coinvolto il personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.
 |
| * + 1. È monitora l’efficacia del percorso di innovazione attraverso una valutazione periodica.
 |
| 7.4 L’organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | 7.4.1. Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi). |
| 7.4.2. È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici. |
| 7.4.3. 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.*Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali* |  |  |  |  |  | * + 1. Sono definite modalità organizzative per l’accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità
 |
| * + 1. È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali
 |
| * + 1. Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti
 |
| * + 1. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.
 |

 Il/la titolare / legale rappresentante

Data ...................................... Firma Digitale

Solo nel caso in cui non si possegga la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore[[1]](#footnote-2).

1. se studio associato inserire copie della carta d’identità di tutti i titolari. [↑](#footnote-ref-2)