

ALLEGATO A - Verifiche per il rilascio di nuovi accreditamenti					
Oltre al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento definiti in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recante "Disciplina per revisione della normativa dell'accredimento" (Rep. Atti n. 259/CRS), e riportati negli allegati al DCA n. 81/2016 sono verificati i seguenti elementi per quanto applicabili in ragione della tipologia di struttura considerata					
Ambito	Requisito. Verifica: controlli e monitoraggio	Specifiche interpretative ai fini dell'autovalutazione	Criteri applicativi in area socio-sanitaria	Peso requisito	Punteggio Raggiunto
SICUREZZA	E presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie")	Per gli eventi sentinella: coerenza rispetto al debito informativo previsto nel Decreto SIMES (DM 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) per le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di ricovero e che, pertanto, devono essere in possesso delle credenziali di accesso Per gli altri eventi: utilizzo di un registro interno per tutte le altre strutture (ambulatoriali e territoriali) che riporti le informazioni relative agli errori (eventi, near miss, eventi sentinella), le azioni messe in campo e gli interventi migliorativi predisposti	E implementato nella struttura un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza (evento avverso, evento senza danno e quasi evento, evento sentinella) almeno per quanto riguarda cadute, aggressioni ai danni di utenti e operatori, utilizzo di farmaci, rischio infettivo, anche tramite l'utilizzo di registri preferibilmente informatizzati, con le modalità definite dalle Regioni e Province autonome.	10	
	Applicazione e diffusione delle raccomandazioni in materia di rischio clinico come previsto dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accredimento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), per l'ambito assistenziale di riferimento	Report di monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali. Il report deve essere inserito all'interno della relazione annuale delle attività che ogni struttura sanitaria pubblica e privata accreditata deve pubblicare sul proprio sito ai sensi dell'art. 5 dell'Allegato B del DCA n. 20/2022. Il presente requisito è da riferire a tutte le strutture, tenendo comunque conto dell'applicabilità delle singole raccomandazioni alle diverse tipologie di struttura (ricovero, territoriale, ambulatoriale)	E data applicazione e diffusione delle raccomandazioni in materia di rischio clinico declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza, con riferimento almeno a: prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori (Raccomandazione ministeriale n. 8), prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita (Raccomandazione ministeriale n. 13), e farmaci (Raccomandazioni ministeriali: n. 7 - n. 12 - n. 17 - n. 18 - n. 19) se utilizzati.	10	
	Presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio sanitario coordinata ai sensi dell'art. 1, comma 540 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, così come modificato dall'art. 16, comma 2 della legge n. 24/2017. Presenza in ambito ospedaliero di un Comitato valutazione sinistri di cui il Risk Manager è membro stabile ed effettivo	Per le strutture di ricovero per acuti il Risk Manager deve essere dedicato con rapporti di consulenza professionale di tipo continuativo. Per le strutture sanitarie con attività di ricovero per post acuti e per le strutture socio sanitarie, il Risk Manager può avere rapporto di consulenza professionale di tipo occasionale. Infine per le strutture sanitarie con attività ambulatoriale o semi residenziale, le funzioni di Risk Manager possono essere espletate dal Direttore Sanitario della Struttura, adeguatamente formato con corsi di formazione o master di secondo livello specifici.	Sono formalmente attribuite le funzioni relative alla gestione del rischio clinico	10	
	Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario, Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Predisposizione di - un piano annuale di rischio clinico con indicazione di azioni e obiettivi, responsabili di attività e relativo cronoprogramma da parte di tutte le strutture private accreditate; - procedura per la gestione delle misure di primo soccorso e di emergenza all'interno della struttura; - piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, in relazione alla complessità e tipologia di struttura socio-sanitaria	E redatto ed attuato un piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario, procedura per la gestione delle misure di primo soccorso e di emergenza all'interno della struttura ed è redatto ed attuato un piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), in relazione alla complessità e tipologia di struttura socio-sanitaria	12	
	Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura)	Comunicazione trasparente sul sito della struttura degli aspetti relativi a: presenza di copertura assicurativa con massimali e franchigia, parametrati al volume e tipologia di attività svolta dalla struttura	Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura), in relazione alla normativa vigente	8	
APPROPRIATEZZA	Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione	Adozione di un piano di miglioramento per la riduzione della percentuale di casi nei quali il controllo esterno sulla documentazione clinica, da parte dell'ASP, ha dato esito negativo.	Non applicabile in area socio-sanitaria (come criterio di appropriatezza).	10	
QUALITÀ	Volumi ed esiti delle prestazioni di struttura erogate in regime di autorizzazione all'esercizio *	Solo per le richieste di nuovi accreditamenti con riferimento unicamente a strutture di ricovero. La valutazione avviene ad opera dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante)	Non applicabile in area socio-sanitaria (applicabile solo per strutture ospedaliere da decreto)	8	
	Organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria, in coerenza con il requisito 2.5 del "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accredimento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e rispetto dei termini di legge per il rilascio agli aventi diritto	Monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria, con trasmissione di un report annuale sugli esiti che sarà valutato dall'Organismo Tecnicamente Accreditante. Indicazioni sulla Carta dei Servizi delle modalità e dei tempi previsti per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto.	Presenza di una documentazione socio-sanitaria (secondo le indicazioni regionali), comprensiva del Progetto di Assistenza Integrata, per la tracciabilità del percorso di ciascuna persona, preferibilmente in formato elettronico. Le modalità per la redazione, la tenuta e l'accesso alla stessa sono definite dalla normativa regionale.	8	
	Tempestività e continuità nella alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Rispetto dei tempi di alimentazione del FSE indicati a livello regionale.	Attualmente non applicabile in area socio-sanitaria, potrà essere applicato sulla base degli aggiornamenti normativi in materia di obblighi di alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	8	
	Dotazione e vetusta delle apparecchiature	Evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate con data di messa in funzione, piano della manutenzione e data presunta di dismissione.	Presenza di un elenco delle attrezzature eventualmente in uso con data di messa in funzione, piano della manutenzione e data presunta di dismissione	8	
	Organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza	Documento costitutivo dell'organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza e criteri di verifica dell'organismo stesso. (Applicabile solo alle strutture pubbliche) Per tutte le strutture, presenza di un documento che individui le responsabilità relative all'applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza. Obbligo di pubblicazione sul sito internet della struttura della Carta dei Servizi o di un documento contenente gli standard di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.	Presenza di un documento che individui le responsabilità relative all'applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza. In ogni caso è prevista almeno la pubblicazione, sul sito internet della struttura, della carta dei servizi o di un documento contenente gli standard di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.	8	

* In sede di prima applicazione, con riferimento unicamente alle strutture ospedaliere