



REPUBBLICA DI SAN MARINO

DECRETO DELEGATO 4 agosto 2008 n.115
(*Ratifica Decreto Delegato 4 luglio 2008 n.105*)

**Noi Capitani Reggenti
la Serenissima Repubblica di San Marino**

Visto il Decreto Delegato 4 luglio 2008 n.105 “Regolamento in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative pubbliche e private”, promulgato:

Visto l'ultimo comma dell'articolo 4 della Legge 25 maggio 2004 n.69, così come modificato dall'articolo 4 della Legge 28 dicembre 2007 n.136

Vista la deliberazione del Congresso di Stato n. 73 adottata nella seduta del 17 giugno 2008

Visti gli emendamenti apportati al decreto suddetto in sede di ratifica dello stesso dal Consiglio Grande e Generale nella seduta del 4 agosto 2008;

Visti gli articoli 8 e 9, comma 5, della Legge Qualificata n.186/2005;

Promulghiamo e mandiamo a pubblicare il testo definitivo del Decreto Delegato 4 luglio 2008 n.105 così come modificato a seguito degli emendamenti approvati dal Consiglio Grande e Generale in sede di ratifica dello stesso:

REGOLAMENTO IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-EDUCATIVE PUBBLICHE E PRIVATE

Art. 1

(Campo di applicazione)

1. Il presente regolamento si applica ai soggetti pubblici e privati, già autorizzati ai sensi della Legge 25 maggio 2004 n.69 e successive modifiche, che intendono erogare prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative per la prima infanzia per conto del Servizio Pubblico.
2. Per esigenze di programmazione possono essere accreditati specifici programmi assistenziali, a condizione che le strutture o i singoli professionisti coinvolti nelle singole attività siano accreditati.
3. Viene altresì approvato un glossario (Allegato n.1) concernente le più frequenti terminologie e le più rilevanti definizioni relative ad aspetti e tematiche oggetto di trattazione del presente provvedimento.

Art. 2

(Requisiti per l'accreditamento istituzionale)

1. I requisiti necessari per essere accreditati sono i seguenti:

- Possesso dei requisiti generali e specifici per l'autorizzazione previsti dal "Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative pubbliche e private";
 - Funzionalità alle esigenze di programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-educativa nazionale;
 - Possesso dei requisiti generali previsti nell'Allegato n.2, quale parte integrante del presente Regolamento, e dei requisiti specifici che verranno emanati con distinti provvedimenti sulla base delle priorità della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-educativa. I requisiti generali e specifici per l'accreditamento, meglio specificati attraverso linee guida elaborate dall'Authority, fanno riferimento ai sistemi di qualità riconosciuti a livello internazionale. I requisiti generali sono strutturati nei seguenti capitoli:
 - POLITICA di qualità ed efficienza della singola struttura: esplicitazione e diffusione di mission (la ragion d'essere, il motivo per cui un'organizzazione esiste), vision (le sfide di lungo termine dell'organizzazione) ed obiettivi generali (obiettivi che debbono essere specifici, misurabili, accettabili, orientati ai risultati, temporizzati);
 - PIANIFICAZIONE della gestione: attribuzione di responsabilità e risorse; definizione di un piano annuale, individuazione di standard di qualità per le principali prestazioni erogate ("standard di prodotto");
 - COMUNICAZIONE interna (volta a garantire che i principi fondamentali dell'organizzazione, gli obiettivi che si prefigge e quanto ha pianificato per raggiungerli siano compresi, condivisi, diffusi) ed esterna (trasparenza delle caratteristiche del servizio, Carta dei Servizi ed altri strumenti informativi);
 - STRUTTURA (layout, fabbricati): gestione in sicurezza delle Strutture;
 - ATTREZZATURE (impianti, apparecchiature): programmazione degli acquisti, inventario, manutenzione e gestione delle Attrezzature;
 - FORMAZIONE del personale: valutazione delle competenze, piani di affiancamento per nuovi assunti, Piano della Formazione, programmazione e valutazione della formazione;
 - SISTEMA INFORMATIVO (informazione, sistema di comunicazione) per la gestione dei dati e dei documenti;
 - PROCEDURE GENERALI (gestione dei principali processi operativi): visibilità del corretto svolgimento delle attività tramite Procedure formalizzate che definiscano "Chi fa cosa? Con quali responsabilità?";
 - VERIFICA DEI RISULTATI rispetto a quanto pianificato (adeguatezza del sistema, risultati/obiettivi);
 - MIGLIORAMENTO (ricerca di opportunità, gestione dei progetti): si riferisce all'insieme delle azioni intraprese dalla struttura per accrescere l'efficacia e l'efficienza delle attività e dei processi e apportare benefici ulteriori alla struttura stessa e ai suoi utenti, anche in base ai dati emersi nella verifica.
2. Per lo sviluppo ed il mantenimento dell'accreditamento si utilizza lo strumento della rete dei facilitatori e valutatori interni alle strutture, specificatamente formati per pianificare e attivare visite ispettive (audit) ai servizi accreditati e da accreditare.
3. L'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, ha il compito di predisporre:
- le proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti;
 - lo sviluppo di strumenti informativi e di supporto per le organizzazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative sui processi di accreditamento, al fine di valorizzare l'accreditamento come processo di miglioramento della qualità dei servizi a garanzia dell'utenza.

Art. 3

(Procedure per l'accreditamento)

1. I soggetti che intendono accreditarsi devono presentare domanda all'Authority attraverso apposita modulistica distinta per servizi sanitari, servizi socio-sanitari e servizi socio-educativi (vedi Allegato n.3 quale parte integrante del presente provvedimento).
2. L'Authority verifica in via preventiva la rispondenza dei servizi alla programmazione generale.
3. In caso di non rispondenza alla programmazione generale, l'Authority trasmette al Congresso di Stato un proprio parere in merito alla richiesta di accreditamento dei soggetti, avendo acquisito altresì una valutazione dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) per i servizi sanitari e socio-sanitari e della Direzione per i Servizi socio-educativi per la prima infanzia per i servizi 0-3 anni, in merito al fabbisogno e alle necessità contingenti.
4. Se i servizi dei soggetti richiedenti rientrano nella programmazione generale, l'Authority provvede all'esame della documentazione e compie le visite di verifica attraverso apposito gruppo tecnico per l'accreditamento, che dovrà essere composto da personale qualificato per le verifiche di accreditamento o certificato da Ente accreditato EN 45013 come valutatore di sistemi qualità in sanità secondo UNI EN 30011, parte prima e seconda o successive revisioni, o da esperti in sistemi di valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari e socio-educativi. Tale personale dovrà, comunque, essere incluso nell'apposita lista dei valutatori tenuta dall'Authority.
5. La composizione del gruppo tecnico per l'accreditamento viene predefinito da uno specifico protocollo operativo da parte della stessa Authority.
6. Effettuata la verifica, l'Authority trasmette una relazione motivata in ordine all'accreditabilità o meno della struttura.
- 6bis. Il Dipartimento di Sanità Pubblica predisporrà una specifica relazione, da inviare al Congresso di Stato, in cui sono riportate le verifiche in merito alle disposizioni previste dalle norme di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro, relativa alla richiesta di accreditamento;
7. Il Congresso di Stato, sulla base della documentazione fornita, concede o nega l'accreditamento con proprio provvedimento entro sei mesi dal ricevimento della domanda.
8. L'accreditamento può essere concesso anche con prescrizioni che riguardano esclusivamente aspetti che non interferiscono sulla garanzia della qualità dei servizi erogati.
9. In tal caso il provvedimento stabilisce il termine massimo per l'adeguamento entro il quale l'Authority provvede ad una nuova verifica. Qualora non vengano soddisfatti gli adeguamenti richiesti il percorso di accreditamento viene sospeso.
10. L'accreditamento ha validità quadriennale e la domanda per il rinnovo deve essere presentata almeno sei mesi prima della data di scadenza del precedente accreditamento istituzionale. Non sono accreditabili le Società Anonime, o comunque persone giuridiche i cui soci non siano persone fisiche.
11. Le procedure per l'accreditamento sono schematizzate nell'Allegato n.4 quale parte integrante del presente provvedimento.

Art. 4

(Istituzione di un registro di soggetti autorizzati e accreditati)

1. Viene istituito, presso l'Authority, un registro dei soggetti autorizzati e dei soggetti accreditati per erogare prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative.
2. Il registro, che sarà liberamente consultabile, deve contenere i dati necessari all'identificazione dei soggetti autorizzati e dei soggetti accreditati, inclusi i dati relativi ai provvedimenti che li riguardano.
3. Nel registro possono essere incluse anche quelle strutture fuori territorio sammarinese con le quali lo Stato intende stipulare accordi. Tali strutture devono essere accreditate presso il paese di origine o fare riferimento a sistemi di qualità riconosciuti a livello internazionale.

4. L'Authority ha la funzione di raccogliere ed aggiornare i dati relativi ai soggetti autorizzati ed accreditati, anche attraverso l'ausilio di strumenti informatici.

Art. 5

(Accordi contrattuali)

1. I soggetti accreditati per attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative private, iscritti al registro di cui all'articolo precedente, possono stipulare accordi contrattuali con l'Ente pubblico per la fornitura di prestazioni, secondo quanto previsto dall'articolo 21 della Legge 25 maggio 2004 n. 69 e dall'articolo 13 della Legge 28 dicembre 2007 n.136.

2. Il Congresso di Stato, avvalendosi dell'Authority, con apposito provvedimento, determina annualmente l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali mediante la definizione delle seguenti caratteristiche:

a) Caratteristiche Comuni

- indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione nazionale e nel rispetto delle priorità indicate dai documenti di programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-educativa;
- criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture;

b) Caratteristiche per i servizi sanitari e socio-sanitari

- il piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
- obiettivi di salute ed i programmi di integrazione dei servizi;
- volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di cura e assistenza;
- requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza, tempi di attesa e continuità assistenziale.

c) Caratteristiche per i servizi socio-educativi

- obiettivi educativi e programmi di integrazione dei servizi;
- volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia di servizio e per modalità organizzative coerenti con il progetto educativo;
- requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza, tempi di attesa, stabilità e coerenza del contesto educativo.

Art. 6

(Accreditamento provvisorio)

1. L'accreditamento provvisorio si applica nell'ambito di un processo di avvicinamento graduale e progressivo ai requisiti propri dell'accreditamento definitivo.

2. Le strutture pubbliche, provvisoriamente accreditate, dovranno avviare il percorso di accreditamento istituzionale entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento, coerentemente con le risorse che verranno stanziare nell'apposito capitolo di spesa della Legge di Bilancio.

3. Può essere altresì concesso un accreditamento provvisorio dei servizi e delle strutture private che già operano per conto del Servizio pubblico nonché di soggetti privati ritenuti utili per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative per conto del Servizio Pubblico.

4. L'accreditamento provvisorio è concesso dal Congresso di Stato, previa relazione dell'Authority, a condizione che i soggetti gestori dei servizi e delle strutture di cui al comma precedente:

- presentino domanda di accreditamento secondo quanto previsto dall'articolo 3 del presente provvedimento;

- risultino in possesso dell'autorizzazione al funzionamento;
 - siano coerenti con il fabbisogno indicato nella programmazione;
 - assicurino modalità di adeguamento dell'organizzazione e della gestione dei servizi e delle strutture, con l'obiettivo di pervenire, in sede di accreditamento definitivo, alla responsabilità gestionale unitaria e complessiva ed al superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona;
 - accettino il sistema di remunerazione delle prestazioni.
5. La concessione dell'accreditamento provvisorio a soggetti privati comporta:
- l'adeguamento dei rapporti tra gli enti pubblici interessati ed i soggetti gestori provvisoriamente accreditati;
 - la trasformazione dei rapporti in contratti di servizio che includano la regolamentazione complessiva degli interventi, il loro sistema di remunerazione, gli obiettivi e le caratteristiche quali-quantitative dei servizi da assicurare, con la finalità di garantire maggiore qualità e stabilità delle gestioni.
6. La cessazione del regime di accreditamento provvisorio deve avvenire comunque non oltre un anno dall'emanazione dei requisiti specifici delle strutture soggette a tale tipologia di accreditamento.
7. Il Congresso di Stato, sentita l'Authority, con apposito provvedimento stabilisce anche le condizioni di trasparenza, comunicazione pubblica e durata massima dei contratti di servizio, nonché le condizioni di pluralismo nell'offerta dei servizi, al fine di tutelare l'interesse dell'utenza anche in condizione di accreditamento provvisorio.

Dato dalla Nostra Residenza, addì 4 agosto 2008/1707 d.F.R

I CAPITANI REGGENTI
Rosa Zafferani - Federico Pedini Amati

IL SEGRETARIO DI STATO
PER GLI AFFARI INTERNI
Valeria Ciavatta

ALLEGATO N. 1

GLOSSARIO

Accesso	Possibilità per utenti di accedere o utilizzare i servizi, in luoghi e tempi appropriati e programmati, in funzione dei bisogni.
Accreditamento	Processo attraverso il quale un soggetto abilitato valuta un individuo, un'organizzazione, un programma od un gruppo, e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti espressi come standard o criteri.
Accreditamento istituzionale	Processo attraverso il quale organismi governativi riconoscono a determinate strutture, o professionisti, la possibilità di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale sulla base di criteri di qualità definiti dalla normativa pubblica.
Addestramento	Acquisizione di abilità ("saper fare"), idonee ad una funzione ben definita e precisa.
Attività	Per Attività si intende l'insieme di operazioni organizzate e finalizzate. L'insieme di attività connota il processo.
Audit	Verifica ispettiva che consiste in un esame svolto sull'organizzazione della struttura per stabilire se le attività effettuate per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito dalla norma e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. Le verifiche ispettive possono essere: (1) interne, cioè svolte dall'azienda al proprio interno per monitorare lo stato del sistema qualità; (2) esterne, cioè svolte da una parte terza al fine di rilasciare una certificazione.
Autorizzazione	Distinti provvedimenti che consentono la realizzazione e l'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative da parte di soggetti pubblici e privati.
Azione correttiva	Azione intrapresa per eliminare la causa di una non conformità o di altre situazioni indesiderabili rilevate.
Azione preventiva	Azione per eliminare la causa di una non conformità potenziale o di altre situazioni potenziali indesiderabili.

Carta dei Servizi	Patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli. All'interno del documento contrattuale i soggetti erogatori di servizi pubblici esplicitano la propria missione sono inoltre definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di qualità dei servizi erogati, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente.
Certificazione	Processo di valutazione formale mediante il quale un organismo indipendente dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio, è conforme ad una specifica norma o ad uno standard predefinito.
Continuità assistenziale	Sistema in cui i diversi luoghi di erogazione, le prestazioni, gli operatori e i livelli di servizio sono integrati e coordinati nel tempo, senza interruzioni per soddisfare globalmente i bisogni dei pazienti/utenti o della popolazione di riferimento.
Contratto – accordo contrattuale	Accordo formale che definisce i termini e le condizioni per la fornitura o l'acquisto di beni e servizi da e per altre organizzazioni. Il contratto e i servizi erogati sono oggetto di monitoraggio e coordinamento da parte dell'organizzazione stessa.
Facilitatore	Soggetto che opera nell'organizzazione, sulla base di precisi mandati, supportando lo sviluppo di processi di miglioramento della qualità e di cambiamento organizzativo. Il facilitatore sa utilizzare metodi che mette a disposizione di singoli soggetti o gruppi di lavoro, in particolare modalità di conduzione di gruppi, tecniche di comunicazione e comportamento organizzativo, metodi per la valutazione della conformità a particolari modelli (tecniche di audit), metodi e strumenti di analisi dei processi e loro miglioramento, tecniche di problem solving e tecniche statistiche

Formazione continua	Aggiornamento professionale e formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze professionali.
Indicatore	Elemento (misuratore quanti o qualitativo) che quantifica l'oggetto o il fenomeno che si intende misurare.
Manuale della qualità	Documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione
Miglioramento continuo della qualità (MCQ)	Il MCQ prevede l'identificazione di un problema, la definizione dei criteri di buona qualità, la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo, la valutazione di impatto dell'intervento migliorativo, la diffusione a tutti gli interessati, il monitoraggio nel tempo dei livelli di qualità raggiunti, la ricerca di nuovi elementi di miglioramento.
Non conformità	Mancato soddisfacimento di un requisito
Procedura	Modo specificato per svolgere un'attività o un processo. Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo. Le procedure definiscono chi fa che cosa, in che modo e con quali interfacce.
Processo	Successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio...) che ha valore per il cliente finale.
Prodotto	Risultato di una sequenza di azioni organizzate e finalizzate.
Qualità	Insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti dell'utente.
Qualità organizzativa	Congruenza tra elementi costitutivi dell'organizzazione. Caratterizzata da un uso più efficace e produttivo delle risorse all'interno dei limiti e delle direttive stabiliti dalle autorità preposte.
Qualità percepita	Scarto fra osservato ed atteso dall'operatore nel vissuto della organizzazione e dall'utente nel ricevere la prestazione.

Qualità tecnica	Capacità del professionista di soddisfare i bisogni degli utenti, così come da lui stesso definiti, utilizzando tecniche e procedure corrette ed appropriate.
Requisito	Ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché la struttura organizzativa/servizio sia gestita in qualità. In questo contesto si definiscono requisiti generali, validi per tutte le tipologie di strutture e requisiti specifici, di dettaglio o aggiuntivi, rispetto ai precedenti da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività.
Standard di prodotto	Connotazione di un prodotto/servizio attraverso la definizione delle caratteristiche delle relative misure (indicatori) e dei livelli di accettabilità (standard).
Valutatore per l'accreditamento	Figura riconosciuta idonea dall'Autorità e qualificata secondo un processo riconosciuto a livello nazionale ed europeo per (a) seguire tutte le fasi di implementazione del Sistema Qualità progettato e sviluppato presso le strutture ai fini di Accreditazione; (b) valutare il Sistema Qualità sviluppato ed implementato presso le strutture ai fini di Accreditazione, su incarico e secondo le procedure definite dall'Autorità.
Verifica	Conferma sostenuta da evidenze oggettive del soddisfacimento di requisiti specificati. Operazione di controllo per mezzo della quale si procede, con prove, misure, confronti e testimonianze all'accertamento delle regolarità, congruenze di un fatto, di un atto, di un progetto, di un prodotto.

**REQUISITI GENERALI PER
L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE
STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E
SOCIO-EDUCATIVE**

A) SANITARIE

B) SOCIO-SANITARIE

C) SOCIO-EDUCATIVE

2-A - Requisiti generali per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

A1) REQUISITI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE

		Requisito	Note
1. Politica			
La Direzione della Struttura e le Politiche complessive	1.1	È stato redatto il documento della Politica della struttura (mandato specifico, visione, obiettivi generali a lungo periodo e specifici), in riferimento ai documenti costitutivi della struttura	
	1.2	Si possiede evidenza di informazione/coinvolgimento del personale	
	1.3	Si possiede evidenza dell'assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità	
2. Pianificazione			
La Direzione e l'organizzazione	2.1	Si è provveduto alla definizione della struttura della organizzazione interna, delle responsabilità delegate (funzionigramma)	
La Direzione della Struttura Sanitaria e l'articolazione/organizzazione interna	2.2	Si è provveduto all'identificazione delle interfacce operative interne ed esterne e definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività	
Risorse, Standard di Prodotto	2.3	Si dispone di un piano annuale delle attività, comprendente: <ul style="list-style-type: none"> a. obiettivi specifici b. definizione e allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche (esempio budget) c. punti e modalità di verifica d. catalogo delle prestazioni/standard di prodotto e. piani organizzativi 	

3. Comunicazione			
La Direzione Aziendale e la Carta dei Servizi	3.1	Si possiede evidenza di utilizzo dinamico della Carta dei Servizi	
	3.2	Si possiede evidenza di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti (gestione reclami, questionari di soddisfazione)	
	3.3	Si possiede evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni alla organizzazione	
Condivisione/ Motivazione	3.4	Si possiede evidenza di diffusione dei documenti di struttura e di altre informazioni pertinenti alla attività e i risultati (in particolare relazione annuale)	
	3.5	Si possiede evidenza di ascolto dei suggerimenti del personale e di confronto sulle criticità	
4. Strutture			
Rispetto delle normative	4.1	Le strutture sono in possesso dei requisiti stabiliti per legge (autorizzazione definitiva o provvisoria con piano di adeguamento)	
	4.2	Le strutture possiedono le caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività	
5. Attrezzature			
Programmazione degli acquisti	5.1	Si possiede evidenza di programmazione degli acquisti di attrezzature, e di selezione e valutazione dei fornitori	
	5.2	Il personale contribuisce alla definizione dei bisogni di acquisto, ai collaudi, alle verifiche di adeguatezza e di idoneità all'uso	

Informazione, formazione e manutenzione	5.3	Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il corretto utilizzo (addestramento), la manutenzione legata all'uso quotidiano, l'attivazione delle procedure per la manutenzione correttiva	
6. Formazione			
Inserimento, valutazione di idoneità al ruolo	6.1	Sono definiti i percorsi per l'inserimento del personale	
	6.2	È prevista la valutazione della idoneità al ruolo	
	6.3	È definito il piano di affiancamento	
	6.4	Sono state individuate le responsabilità per la formazione	
Formazione continua e aggiornamento	6.5	È stato redatto il piano annuale della formazione	
	6.6	La valutazione di soddisfazione ed efficacia della formazione è stata effettuata come parte del piano annuale di formazione	
	6.7	Si dispongono evidenze di partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo	
	6.8	Si possiedono evidenze di condivisione delle conoscenze acquisite	
	6.9	Si dispongono evidenze di disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifica	
7. Sistema informativo			
Gestione dei dati	7.1	Esistono verifiche di validità del sistema complessivo	Responsabilità, architettura e procedure di funzionamento (raccolta, registrazione, archiviazione, conservazione, tutela della privacy, sicurezza) del Sistema Informativo, come i controlli di qualità, sono requisiti autorizzativi

	7.2	Il personale partecipa consapevolmente alla raccolta e alla analisi dei dati	
Gestione della documentazione	7.3	Esiste una procedura per la gestione della documentazione (classificazione dei documenti, responsabilità e le regole di approvazione, diffusione, rintracciabilità con particolare attenzione a quelle di carattere sanitario)	
8. Procedure			
Procedure per la realizzazione del servizio	8.1	Sono state redatte procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa, accesso in urgenza/emergenza)	Continuità della erogazione del servizio in caso di urgenze ed imprevisti organizzativi e tecnologici, e continuità delle funzioni assistenziali (routine e urgenze o imprevisti clinici) e procedure per attività di supporto, sono requisiti autorizzativi
	8.2	Sono state redatte procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate (riferimento a catalogo e standard di prodotto, gestione del dolore)	
	8.3	Sono state redatte procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy)	
Procedure per l'approvvigionamento	8.4	Sono state redatte procedure per la selezione e valutazione dei fornitori (servizi esternalizzati)	
Procedure per la sicurezza	8.5	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti e sugli addetti	Il piano dell'organizzazione e le procedure per il controllo delle infezioni è un requisito autorizzativo
	8.6	Si dispone di evidenza di diffusione e conoscenza del personale delle procedure applicabili	

9. Verifica dei risultati			
Valutazione del raggiungimento di obiettivi, processi, prodotti	9.1	Sono state individuate le responsabilità per la verifica dei risultati	
	9.2	Esiste un piano di verifica periodica comprendente: a) valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici b) valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo: risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei Servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure per la appropriatezza/continuità assistenziale c) valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità)	
	9.3	Il personale partecipa allo svolgimento della valutazione periodica	
	9.4	I risultati sono discussi con le parti interessate	
10. Miglioramento			
La responsabilità del miglioramento	10.1	Sono state individuate le responsabilità per il miglioramento	
	10.2	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento	
	10.3	La realizzazione e la valutazione dei progetti di miglioramento è formalizzata e documentata	

	10.4	Le articolazioni operative della struttura partecipano ad almeno un progetto di miglioramento all'anno	
	10.5	I risultati conseguiti (impatto) sono documentati e diffusi alle parti interessate	

A2) REQUISITI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE AMBULATORIALI MONOSPECIALISTICHE

	Requisito	Note
A1	Si è provveduto all'identificazione delle interfacce operative interne ed esterne e definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività	
A2	Si dispone di un piano annuale delle attività, comprendente il catalogo delle prestazioni / standard di prodotto	
A3	Si possiede evidenza di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti (gestione reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo)	N.B Evidenza di strumenti informativi sintetici sul percorso assistenziale e di modalità strutturate per la informazione del paziente circa le condizioni cliniche e raccolta del consenso informato, sono requisiti autorizzativi
A4	Le strutture sono in possesso dei requisiti stabiliti per legge	
A5	Le strutture possiedono le caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività	

A6	Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il corretto utilizzo (addestramento), la manutenzione di mantenimento, la attivazione delle procedure per la manutenzione correttiva	N.B. I requisiti di gestione della manutenzione sono autorizzativi
A7	Sono state redatte procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa....)	
A8	Sono state redatte procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate (riferimento a catalogo e standard di prodotto)	
A9	Sono state redatte procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy...)	
A10	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti e sugli addetti	
A11	Esiste di un piano di verifica periodica comprendente la valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità)	
A12	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento	

A3) REQUISITI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI PROFESSIONISTI

	Requisito	Note
P1	Si è provveduto all'identificazione delle interfacce operative interne ed esterne e definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività	
P2	Si dispone del catalogo delle prestazioni / standard di prodotto	
P3	Si possiede evidenza di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti (gestione reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo)	
P4	Le strutture sono in possesso dei requisiti stabiliti per legge	Autorizzazione se dovuta
P5	Si tiene documentazione aggiornata sulla partecipazione del personale ad iniziative di formazione/aggiornamento	

P6	Esiste un Sistema Informativo e le procedure per il suo funzionamento (raccolta, elaborazione, analisi, archiviazione e conservazione dei dati) tutela della privacy e della sicurezza	
P7	Sono state redatte procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy...)	
P8	Sono state redatte procedure per la continuità assistenziale all'utente in caso di emergenza clinica, organizzativa e tecnologica	
P9	Sono state redatte procedure/istruzioni operative per assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni formulate secondo i principi dell'EBM	
P10	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti e sugli addetti	

P11	Esiste di un piano di verifica periodica comprendente la valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità)	
P12	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento	

2-B – Requisiti generali per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie

		Requisito	Note
1. Politica			
La Direzione della Struttura e le Politiche complessive	1.1	È stato redatto il documento della Politica della struttura (mandato specifico, visione, obiettivi generali a lungo periodo e specifici), in riferimento all'atto aziendale o altri documenti costitutivi	
	1.2	Si possiede evidenza di informazione/coinvolgimento del personale	
	1.3	Si possiede evidenza dell'assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità	
2. Pianificazione			
La Direzione e l'organizzazione	2.1	Si è provveduto alla definizione della struttura della organizzazione interna, delle responsabilità delegate (funzionigramma)	
La Direzione e l'articolazione/organizzazione interna	2.2	Si è provveduto all'identificazione delle interfacce operative interne ed esterne e definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività	Descrivere le modalità di integrazione con i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio, inclusi servizi prestati da associazioni ed organizzazioni, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale
Risorse Standard di Prodotto	2.3	Si dispone di un piano annuale delle attività, comprendente: a. obiettivi specifici b. definizione e allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche (esempio budget) c. punti e modalità di verifica d. catalogo delle prestazioni/standard di prodotto e. piani organizzativi	

3. Comunicazione e partecipazione			
La Direzione Aziendale e la Carta dei Servizi	3.1	Si possiede evidenza di utilizzo dinamico della Carta dei Servizi	
	3.2	Si possiede evidenza di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti e dei famigliari (gestione reclami, questionari di soddisfazione, ecc...)	
	3.3	Si possiede evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni alla organizzazione	
Partecipazione	3.4	Vi è evidenza di momenti di socializzazione interne ed esterne che coinvolgono utenti, operatori e famiglie	
Condivisione/ Motivazione	3.4	Si possiede evidenza di diffusione dei documenti di struttura e di altre informazioni pertinenti alla attività e i risultati (in particolare relazione annuale)	
	3.5	Si possiede evidenza di ascolto dei suggerimenti del personale e di confronto sulle criticità	
4. Strutture			
Rispetto delle normative	4.1	Le strutture sono in possesso dei requisiti stabiliti per legge (autorizzazione definitiva o provvisoria con piano di adeguamento)	
	4.2	Le strutture possiedono le caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività	
5. Attrezzature			
Programmazione degli acquisti	5.1	Si possiede evidenza di programmazione degli acquisti di attrezzature, e di selezione e valutazione dei fornitori	
	5.2	Il personale contribuisce alla definizione dei bisogni di acquisto, ai collaudi, alle verifiche di adeguatezza e di idoneità all'uso	

Informazione, formazione e manutenzione	5.3	Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il corretto utilizzo (addestramento), la manutenzione legata all'uso quotidiano, l'attivazione delle procedure per la manutenzione correttiva	
6. Formazione			
Inserimento, valutazione di idoneità al ruolo	6.1	Sono definiti i percorsi per l'inserimento del personale	
	6.2	È prevista la valutazione della idoneità al ruolo	
	6.3	È definito il piano di affiancamento	
	6.4	Sono state individuate le responsabilità per la formazione	
Formazione continua e aggiornamento	6.5	È stato redatto il piano annuale della formazione	Devono essere definite adeguate modalità per garantire il confronto interprofessionale e il confronto con personale di altre strutture. Il piano deve garantire la formazione e l'aggiornamento anche dei volontari
	6.6	La valutazione di soddisfazione ed efficacia della formazione è stata effettuata come parte del piano annuale di formazione	
	6.7	Si dispongono evidenze di partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo	
	6.8	Si possiedono evidenze di condivisione delle conoscenze acquisite	
	6.9	Si dispongono evidenze di disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifica	

7. Sistema informativo			
Gestione dei dati	7.1	Esistono verifiche di validità del sistema complessivo	Responsabilità, architettura e procedure di funzionamento (raccolta, registrazione, archiviazione, conservazione, tutela della privacy, sicurezza) del Sistema Informativo, come i controlli di qualità, sono requisiti autorizzativi
	7.2	Il personale partecipa consapevolmente alla raccolta e alla analisi dei dati	
Gestione della documentazione	7.3	Esiste una procedura per la gestione della documentazione (classificazione dei documenti, responsabilità e le regole di approvazione, diffusione, rintracciabilità)	
8. Procedure			
Procedure per la realizzazione del servizio	8.1	Sono state redatte procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa, accesso in urgenza/emergenza, sollievo)	
	8.2	Sono state redatte procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate (riferimento a catalogo e standard di prodotto)	Deve esistere la procedura per la definizione, valutazione periodica e adeguamento, per ogni ospite, del progetto assistenziale individuale (PAI). Deve esistere una procedura per assicurare una valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'utente
	8.3	Sono state redatte procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy)	
Procedure per l'approvvigionamento	8.4	Sono state redatte procedure per la selezione e valutazione dei fornitori (servizi esternalizzati)	

Procedure per la sicurezza	8.5	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio per utenti e per operatori	
	8.6	Si dispone di evidenza di diffusione e conoscenza del personale delle procedure applicabili	
9. Verifica dei risultati			
Valutazione del raggiungimento di obiettivi, processi, prodotti	9.1	Sono state individuate le responsabilità per la verifica dei risultati	
	9.2	Esiste un piano di verifica periodica comprendente: a) valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici b) valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo: risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei Servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure per la appropriatezza/continuità assistenziale c) valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità) d) valutazione documentata dei singoli PAI e della qualità tecnica del servizio, con metodi adeguati	
	9.3	Il personale partecipa allo svolgimento della valutazione periodica	
	9.4	I risultati sono discussi con le parti interessate	

10. Miglioramento			
La responsabilità del miglioramento	10.1	Sono state individuate le responsabilità per il miglioramento	
	10.2	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento	
	10.3	La realizzazione e la valutazione dei progetti di miglioramento è formalizzata e documentata	
	10.4	Le articolazioni operative della struttura partecipano ad almeno un progetto di miglioramento all'anno	
	10.5	I risultati conseguiti (impatto) sono documentati e diffusi alle parti interessate	

2-C – Requisiti generali per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio-educative

		Requisito	Note
1. Politica			
La Direzione della Struttura e le Politiche complessive	1.1	È stato redatto il documento della Politica della struttura (mandato specifico, visione, obiettivi generali a lungo periodo e specifici), in riferimento al progetto pedagogico e altri documenti rilevanti ai fini della programmazione socio-educativa	
	1.2	Si possiede evidenza di informazione/coinvolgimento del personale	
	1.3	Si possiede evidenza dell'assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità	
2. Pianificazione operativa del servizio			
La Direzione e l'organizzazione	2.1	Si è provveduto alla definizione dell'organizzazione interna e delle responsabilità delegate	
La Direzione della Struttura e l'articolazione/ organizzazione interna	2.2	Si è provveduto all'identificazione delle interfacce operative interne ed esterne e definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività	Es. interfacce esterne: rapporti con Servizio Pediatrico, Servizio Minori e Scuola Infanzia e altre agenzie educative contigue
Risorse / Qualità delle prestazioni	2.3	Si dispone di un piano annuale delle attività, comprendente: a. obiettivi specifici b. definizione e allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche c. punti e modalità di verifica d. catalogo/qualità delle prestazioni (standard di prodotto) e. piani organizzativi - gestionali	
3. Comunicazione, partecipazione e integrazione			
La Direzione e la Carta dei Servizi	3.1	Si possiede evidenza di utilizzo dinamico della Carta dei Servizi (se dovuta)	
	3.2	Si possiede evidenza di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto delle famiglie (gestione reclami, questionari di soddisfazione)	

	3.3	Si possiede evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione (equipe)	
Partecipazione	3.4	Si possiede evidenza di momenti sistematici di partecipazione della famiglia al progetto educativo	
Integrazione	3.5	Si possiede evidenza di momenti di partecipazione dei diversi servizi, istituzioni del territorio e della comunità, al fine di assicurare una reale integrazione delle diversità culturali, etniche e dei soggetti con bisogni speciali	
Condivisione/ Motivazione	3.4	Si possiede evidenza di diffusione dei documenti di struttura e di altre informazioni pertinenti alla attività e i risultati	
	3.5	Si possiede evidenza di ascolto dei suggerimenti del personale e di confronto sulle criticità	
4. Strutture			
Rispetto delle normative	4.1	Le strutture sono in possesso dei requisiti stabiliti per legge (autorizzazione definitiva o provvisoria con piano di adeguamento)	
	4.2	Le strutture possiedono le caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività	
5. Attrezzature e materiali			
Programmazione degli acquisti	5.1	Si possiede evidenza di programmazione degli acquisti di attrezzature e materiali, di selezione e valutazione dei fornitori	
	5.2	Il personale contribuisce alla definizione dei bisogni di acquisto in relazione alle specifiche attività educative	

Informazione, formazione e manutenzione	5.3	Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il corretto utilizzo (addestramento), la manutenzione legata all'uso quotidiano, l'attivazione delle procedure per la manutenzione correttiva	
6. Formazione			
Inserimento, valutazione di idoneità al ruolo	6.1	Sono definiti i percorsi per l'inserimento del personale	
	6.2	È prevista la valutazione della idoneità al ruolo	
	6.3	È definito il piano di affiancamento	
	6.4	Sono state individuate le responsabilità per la formazione	
Formazione continua e aggiornamento	6.5	È stato redatto il piano annuale della formazione	
	6.6	La valutazione di soddisfazione ed efficacia della formazione è stata effettuata come parte del piano annuale di formazione	
	6.7	Si dispongono evidenze di partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo	
	6.8	Si possiedono evidenze di condivisione delle conoscenze acquisite	
7. Sistema informativo			
Gestione dei dati	7.1	Esistono verifiche di validità del sistema complessivo	Responsabilità, architettura e procedure di funzionamento (raccolta, registrazione, archiviazione, conservazione, tutela della privacy, sicurezza) del Sistema Informativo, come i controlli di qualità, sono requisiti autorizzativi
	7.2	Il personale partecipa consapevolmente alla raccolta e alla analisi dei dati	
Gestione della documentazione	7.3	Esiste una procedura per la gestione della documentazione (classificazione dei documenti, responsabilità e le regole di approvazione, diffusione, rintracciabilità)	

8. Procedure			
Procedure per la realizzazione del servizio	8.1	Sono state redatte procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa, accessi di diritto, privilegiati e straordinari)	
	8.2	Sono state redatte procedure per le attività educative	
	8.3	Sono state redatte procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy)	
Procedure per l'approvvigionamento	8.4	Sono state redatte procedure per la selezione e valutazione dei fornitori (servizi esternalizzati)	
Procedure per la sicurezza	8.5	Sono state redatte procedure per la sicurezza degli utenti e degli operatori	
	8.6	Si dispone di evidenza di diffusione e conoscenza del personale delle procedure applicabili	
9. Verifica dei risultati			
Valutazione del raggiungimento di obiettivi, processi, prodotti	9.1	Sono state individuate le responsabilità per la verifica dei risultati	
	9.2	Esiste un piano di verifica periodica comprendente: a) valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici b) valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo: risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei Servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure c) valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità del servizio in riferimento ai requisiti specifici, alla qualità delle prestazioni (standard di prodotto), con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza alle linee guida degli orientamenti pedagogici, verifiche specifiche quali controlli di qualità)	

	9.3	Il personale partecipa allo svolgimento della valutazione periodica	
	9.4	I risultati sono discussi con le parti interessate	
10. Miglioramento			
La responsabilità del miglioramento	10.1	Sono state individuate le responsabilità per il miglioramento	
	10.2	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento	
	10.3	La realizzazione e la valutazione dei progetti di miglioramento è formalizzata e documentata	
	10.5	I risultati conseguiti (impatto) sono documentati e diffusi alle parti interessate	

ALLEGATO N. 3

MODULISTICA

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO
DI STRUTTURA SANITARIA**

All' Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento
e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-
educativi

Il sottoscrittonato a,
il.....,C.O.E....., in qualità di (titolare/legale
rappresentante) della..... (ditta/società/azienda), con sede legale
in..... ViaNr.....,
telefono.....fax.....e-mail.....

chiede

il rilascio dell'accreditamento per *(barrare l'area di interesse)*

- STRUTTURA SANITARIA**
- STRUTTURA AMBULATORIALE MONOSPECIALISTICA**
- STUDIO PROFESSIONALE (PROFESSIONISTA)**

Denominazione, indirizzo

.....
.....

specificando che si tratta di struttura autorizzata all'esercizio del/dei servizio/i *(specificare tipologia
struttura secondo quanto previsto dal Regolamento per l'Autorizzazione)*:

.....
.....
.....
.....

A tal scopo allega:

- Copia dell'Autorizzazione al funzionamento
- Il manuale per l'accreditamento, che contenga, in particolare:

- i requisiti generali dell'accreditamento (vedi allegati 2-C), con particolare riguardo a tutto quanto previsto al punto 2.3, la lista degli indicatori utilizzati, un esempio di monitoraggio già effettuato, l'elenco delle procedure e l'elenco strutturato dei documenti.

Altra Documentazione (qualora non specificata nel manuale):

- Atto aziendale, con particolare riferimento alla struttura oggetto di accreditamento, o documento da cui si evincano il mandato specifico dell'organizzazione, obiettivi generali e per la qualità
- Documento da cui si evincano gli obiettivi a breve (anno in corso) della organizzazione esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
- Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
- Sezioni della Carta dei Servizi (se dovuta) inerenti la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
- Documento da cui si evincano i principali indicatori utilizzati per la verifica interna dei risultati e se esistenti i dati relativi agli indicatori contenuti nei documenti specifici di accreditamento applicabili
- Elenco delle procedure generali disponibili e corrispondenti schede relative alle procedure eventualmente possedute dalle articolazioni organizzative afferenti
- Elenco delle attrezzature più significative in dotazione (estratto da inventario)
- Piano di programmazione degli acquisti delle attrezzature (eventualmente estratto da piano aziendale)

NB: il Team incaricato della verifica può richiedere e acquisire prima o durante la visita di verifica ulteriore documentazione. È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo. Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso l'organizzazione richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

Data -----

Il legale rappresentante

.....

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO
DI STRUTTURA SOCIO-SANITARIA**

All'Authority per l'autorizzazione, l'accREDITAMENTO
e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-
educativi

Il sottoscrittonato a,
il.....,C.O.E....., in qualità di (titolare/legale
rappresentante) della..... (ditta/società/azienda), con sede legale
in..... ViaNr.....,
telefono.....fax.....e-mail.....

chiede

il rilascio dell'accREDITAMENTO per **STRUTTURA SOCIO-SANITARIA**,

Denominazione, indirizzo

.....
.....

specificando che si tratta di struttura autorizzata all'esercizio del/dei servizio/i (*specificare tipologia
struttura secondo quanto previsto dal Regolamento per l'Autorizzazione*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A tal scopo allega:

- Copia dell'Autorizzazione al funzionamento
- Il manuale per l'accREDITAMENTO, che contenga, in particolare:
 - i requisiti generali dell'accREDITAMENTO (vedi Allegati 2-C), con particolare riguardo a tutto quanto previsto al punto 2.3, la lista degli indicatori utilizzati, un esempio di monitoraggio già effettuato, l'elenco delle procedure e l'elenco strutturato dei documenti.

Altra Documentazione (qualora non specificata nel manuale):

- Documento da cui si evincano il mandato specifico dell'organizzazione, obiettivi generali e per la qualità
- Documento da cui si evincano gli obiettivi a breve (anno in corso) della organizzazione esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
- Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
- Sezioni della Carta dei Servizi (se dovuta) inerenti la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
- Documento da cui si evincano i principali indicatori utilizzati per la verifica interna dei risultati e se esistenti i dati relativi agli indicatori contenuti nei documenti specifici di accreditamento applicabili
- Elenco delle procedure generali disponibili e corrispondenti schede relative alle procedure eventualmente possedute dalle articolazioni organizzative afferenti
- Elenco delle attrezzature più significative in dotazione (estratto da inventario)
- Piano di programmazione degli acquisti delle attrezzature (eventualmente estratto da piano aziendale)

NB: il Team incaricato della verifica può richiedere e acquisire prima o durante la visita di verifica ulteriore documentazione. È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo. Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso l'organizzazione richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

Data -----

Il legale rappresentante

.....

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO
DI STRUTTURA SOCIO – EDUCATIVA**

All' Authority per l' autorizzazione, l' accreditamento
e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-
educativi

Il sottoscrittonato a,
il.....,C.O.E....., in qualità di (titolare/legale
rappresentante) della..... (ditta/società/azienda), con sede legale
in..... ViaNr.....,
telefono.....fax.....e-mail.....

chiede

il rilascio dell'accreditamento per la **STRUTTURA SOCIO-EDUCATIVA,**

Denominazione, indirizzo

.....
.....

specificando che si tratta di struttura autorizzata all'esercizio del/dei servizio/i (*specificare tipologia
struttura secondo quanto previsto dal Regolamento per l'Autorizzazione*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A tal scopo allega:

- Copia dell' Autorizzazione al funzionamento
- Il manuale per l'accreditamento, che contenga, in particolare:
 - i requisiti generali dell'accreditamento (vedi Allegati 2-C), con particolare riguardo a tutto quanto previsto al punto 2.3, la lista degli indicatori utilizzati, un esempio di monitoraggio già effettuato, l'elenco delle procedure e l'elenco strutturato dei documenti.
 - il Progetto organizzativo ed educativo del servizio dal quale risultino:

- le modalità di funzionamento del servizio, che deve assicurare un'adeguata strutturazione del servizio, in relazione al numero dei bambini accolti ed alle caratteristiche della localizzazione;
- una strutturazione della giornata con tempi identificati/identificabili e una strutturazione in gruppi, in relazione al numero e all'età dei bambini complessivamente accolti;
- la qualità della relazione educativa sviluppata dagli adulti con i bambini;
- l'attenzione alla documentazione relativa alle attività svolte con i bambini così come del funzionamento generale del servizio;
- il costo mensile pro-capite (a bambino) del servizio differenziato per ogni modulo e/o periodo di funzionamento attivato e la composizione in dettaglio del costo di gestione delle strutture (per incidenza costi di gestione della struttura, costi e categoria del personale, costi dei materiali/sussidi, costi amministrativi, e quant'altro rilevabile);
- il monte ore annuo dedicato alla formazione e all'aggiornamento del personale;
- le modalità di partecipazione delle famiglie alla vita del servizio;
- altre eventuali comunicazioni.

Data -----

Il legale rappresentante

.....

ALLEGATO N. 4

PROCEDURE PER L'ACCREDITAMENTO

