UNIONE EUROPEA

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

-"La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

MS5

BPR (varie attività)

Report AS IS e TO BE procedimento "Accreditamento istituzione definitivo delle struttura sanitarie e socio-sanitarie"

I Report di analisi AS IS e TO BE contengono le informazioni relative alle seguenti attività:

BPR2- Rapporti di check-up procedurale e processuale

BPR5 - Rapporti di analisi e proposte per la standardizzazione

BPR6 - Proposte di realizzazione dei processi trasversali e specificazione delle interrelazioni con i processi verticali

BPR10 - Scenari d'uso e specifica dei requisiti per l'informatizzazione

BPR13- Indicatori di performance AS-IS

BPR15- Presentazioni principali criticità e aree di miglioramento

BPR16 - Individuazione indicatori di performance TO-BE

BPR18- Indicatori di obiettivo

28 Febbraio 2012 Versione 1.0

Data Riunione AS IS	Data Riunione TO BE	Intervistato	Redatto da
12/01/2012		Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*
	24/01/2012	Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*
	2102/2012	Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*

UNIONE EUROPEA REPUBBLICA ITALIANA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- "La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

Report AS IS del procedimento:

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

BPR2- Rapporti di check-up procedurale e processuale
BPR13- Indicatori di performance AS-IS
BPR15- Presentazioni principali criticità e aree di miglioramento
BPR18- Indicatori di obiettivo

12 Gennaio 2012 Versione 1.0

SOMMARIO

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO 3

REPORT AS IS DEL PROCEDIMENTO 4

1. INFORMAZIONI INTRODUTTIVE 4

1.1 ATTIVITA' SVOLTE: 4

1.2 OBIETTIVI DEGLI INCONTRI 4

1.3 INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO 4

2. GAP ANALYSIS/CRITICITA' 10

3. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO 10

4. ALLEGATI 10

4.1 MAPPATURA 10

La realizzazione del Progetto è finanziata interamente dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR) 2007-2013 (rif. Asse I, obiettivo 1.1.1, linea di attività 1.1.1.a , capitoli di spesa di competenza del servizio dell'innovazione, progettazione, gare e contratti in ambito ICT)

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

La fase di progetto 2.3 "Analisi di dettaglio della situazione "AS-IS e proposte di miglioramento ("TO-BE"), prevede una Mappatura AS-IS preliminare, atta a rilevare la situazione attuale in maniera dettagliata, in termini di processi, procedure, sistemi a supporto e allineamento con il sistema di controllo interno, e conseguente identificazioni delle criticità[1].

Tali attività saranno supportate dall'impiego del software ARIS e sono state realizzate tramite incontri di condivisione e workshop di approfondimento, coerentemente con le modalità di coinvolgimento e partecipazione attiva della Regione, in particolare della figura del Responsabile unico di procedimento.

Il documento della Road Map delle attività[2], all'interno della sezione relativa alla metodologia applicabile a questa fase, prevede la predisposizione e la consegna di due verbali quali documenti finali di sintesi da consegnare al referente e al Direttore di riferimento rispettivamente:

- della fase AS-IS e di Gap Analysis (**I verbale**) e
- della fase TO-BE (**II verbale**).

[1] Come previsto da Offerta Tecnica, rif. Cap. 2, paragrafo 2.3.1.2, pag. 69 e seg.
[2] Rif. Road Map delle attività, Cap.2, pagg 4 e 5.

REPORT AS IS DEL PROCEDIMENTO

1. INFORMAZIONI INTRODUTTIVE

Hanno partecipato all'incontro:

- Per la Regione Sardegna: Geom. Dario Paulis
- Per il Team progettuale: Dr. Vanni Sgaravatti e Dr. Nicola Giannerini

1.1 ATTIVITA' SVOLTE:

Incontri preliminari in cui sono stati illustrati obiettivi e metodologie del progetto e l'importanza del coinvolgimento convinto delle persone e dei servizi coinvolti dal progetto.
Sono state elaborate le informazioni rilevate, verificando eventuali incongruenze e rappresentando le stesse in opportune visualizzazioni che dovrebbero aiutare a definire specificità e criticità del procedimento, i cui risultati sono riportati nel presente verbale/report

1.2 OBIETTIVI DEGLI INCONTRI

a. Presentazione del progetto e delle attività svolte
b. Verifica della mappatura del procedimento "as is"
c. Presentazione delle criticità / gap analysis
d. Ulteriori approfondimenti/ spunti operativi per la fase TO BE

1.3 INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO

- ***Titolo:*** *Accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*
- ***Assessorato:*** *Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale*
- ***D.G.:*** *Direzione Generale della Sanità*
- ***Servizio:*** *Servizio dell'assistenza ospedaliera ed autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie*
- ***Destinatari:*** *Strutture sanitarie e socio-sanitarie private che, al termine della prima fase del percorso di implementazione dell'accreditamento definitivo, sono state inserite nell'elenco dei soggetti provvisoriamente accreditati; Strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate in regime istituzionale temporaneo ossia accreditate dopo l'approvazione della delibera n. 47/43 del 30 dicembre 2010 ma non ancora in possesso dell'accreditamento definitivo; Strutture private che sono state accreditate transitoriamente, ma che non hanno superato la fase di accreditamento provvisorio; Strutture pubbliche accreditate, ma non in via definitiva; Strutture, pubbliche e private, autorizzate all'esercizio ma non ancora accreditate.*
- ***Attori coinvolti:*** *Vedi in "Destinatari" il soggetto che invia domanda, A.S.L. di competenza territoriale, Servizio regionale, Redazione Buras.*
- ***Risorse impiegate:*** *4 persone: 1,2 tempo uomo/anno*
- ***Descrizione procedimento:*** *I titolari e i rappresentanti legali delle strutture interessate devono richiedere l'accreditamento istituzionale definitivo all'Assessorato. Ricevuta la domanda, il Servizio dell'assistenza ospedaliera esaminerà la documentazione presentata e, se necessario, verificherà la funzionalità dell'accreditamento richiesto*

rispetto agli indirizzi di programmazione sanitaria e sociosanitaria, regionale ed aziendale. Nel caso di strutture private, il Servizio chiederà all'azienda sanitaria locale (asl) competente per territorio un parere tecnico non vincolante sulla funzionalità della struttura rispetto alla programmazione sanitaria per l'ambito territoriale interessato. Il parere dovrà tenere conto anche degli eventuali rapporti contrattuali esistenti tra le aziende sanitarie locali e le strutture richiedenti e della valutazione dell'attività svolta per conto del SSR. In caso di esito positivo della verifica di funzionalità o nei casi in cui questa non sia necessaria, il Servizio nominerà i componenti del nucleo tecnico che curerà l'istruttoria per il rilascio dell'accreditamento definitivo e prenderà contatti con la struttura per la pianificazione delle successive verifiche di pre-audit, audit e post-audit. Il pre-audit (o verifica preliminare) seguirà l'esame della documentazione e servirà ad accertare la sussistenza, l'adeguatezza e la completezza dei requisiti. L'esito della verifica sarà comunicato dal Servizio alla struttura richiedente, indicando eventuali azioni correttive e/o preventive in vista della successiva verifica di audit. Quest'ultimo consisterà in una valutazione della conformità e dell'applicazione del sistema di gestione della struttura rispetto ai requisiti del modello di accreditamento regionale. Al termine di questa fase, il direttore del Servizio stabilirà, con propria determinazione e su parere del nucleo tecnico, se: rilasciare l'accreditamento senza prescrizioni; rilasciare 'accreditamento con prescrizioni, ossia accreditare la struttura in via provvisoria e chiederle di presentare un piano di adeguamento entro 30 giorni dalla relativa notifica, trascorsi i quali il Servizio procederà ad ulteriori verifiche documentali o ad un sopralluogo; nel caso di carenze relative ai requisiti strutturali e impiantistici, rilasciare l'accreditamento in regime temporaneo sotto condizione.Tale accreditamento potrà essere concesso per un periodo di massimo 36 mesi su richiesta della struttura e dietro presentazione di un cronoprogramma dei lavori di adeguamento, dei relativi progetti, dei pareri con cui sono stati approvati tali progetti e della comunicazione di inizio dei lavori agli organismi competenti. I rappresentanti delle strutture dovranno, inoltre, elaborare un piano di sicurezza che identifichi il tipo di intervento adottato per ovviare a ciascuna carenza, specificando se sia stato attivato un percorso organizzativo per garantire al personale e agli utenti le massime condizioni di sicurezza; in caso di mancanza totale o parziale di uno o più requisiti essenziali (in particolare di quelli organizzativi e di sicurezza), negare l'accreditamento, indicando le motivazioni. L'accreditamento non sarà, inoltre, concesso nei seguenti casi: mancata presentazione, nei tempi indicati, delle eventuali integrazioni e specificazioni richieste nella fase di verifica della correttezza e completezza formale dei documenti; mancato adeguamento, nei tempi stabiliti, alle prescrizioni emanate dal Servizio. In caso di diniego, di accreditamento con prescrizioni e di accreditamento in regime temporaneo, la struttura potrà presentare richiesta di riesame entro 30 giorni dalla relativa notifica. Il post-audit (o verifica degli adeguamenti) sarà effettuato per le sole strutture accreditate con prescrizioni e sarà finalizzato a verificare l'attuazione del piano di adeguamento proposto. Anche questo, come l'audit, consisterà in un sopralluogo o, quando possibile, in una verifica documentale. Le strutture che otterranno l'accreditamento istituzionale saranno inserite nell'elenco dei soggetti accreditati, che

sarà pubblicato annualmente sul Bollettino ufficiale della Regione Sardegna e sarà suddiviso per classe di appartenenza della struttura (alta, media e bassa complessità) e per tipologia di prestazioni erogate.

L'accreditamento sarà valido per 3 anni dalla data del provvedimento di rilascio e non potrà essere rinnovato tacitamente. Prima della scadenza del triennio, il titolare della struttura dovrà presentare al Sevizio dell'assistenza ospedaliera la documentazione necessaria per verificare la permanenza dei requisiti. Se la struttura non presenterà i documenti entro i 15 giorni successivi alla data di scadenza dell'accreditamento, quest'ultimo decadrà e la struttura sarà cancellata dall'elenco dei soggetti accreditati. Nel corso del triennio di validità dell'accreditamento, il Servizio dell'assistenza ospedaliera verificherà la permanenza dei requisiti e, in caso di perdita di uno o più requisiti, diffiderà la struttura a provvedere alla regolarizzazione, dopo averle concesso un termine di almeno 15 giorni per presentare osservazioni e controdeduzioni. Il termine concesso per la regolarizzazione sarà determinato in base alla complessità della struttura e, in ogni caso, non sarà inferiore a 30 giorni. Trascorso questo periodo, il Servizio potrà confermare l'accreditamento, revocarlo per perdita di uno o più requisiti o sospenderlo fino al ripristino degli stessi. L'accreditamento potrà essere revocato anche su richiesta della struttura accreditata. Al provvedimento di revoca seguirà la cancellazione dall'elenco dei soggetti accreditati.

- ***Volume pratiche:*** *260*
- ***N° comunicazioni cartacee (lettere, raccomandate, ecc.):***

  In entrata *(tipi di documento inviato per pratica):*

  2 con circa 12 documenti allegati

  In uscita (tipi):

  7

  Descrizione documenti in entrata: *n.2 Marche da Bollo, n.1 domanda di accreditamento, n.1 Allegato "1"; n.1 Allegato "2a"; n.1 Allegato "2b"; n.1 Allegato "2c"; n.1 Allegato "2d"; n.1 Allegato "2e"; n.1 Allegato "2f"; n.1 Allegato "3"; n.1 Allegato "4"; n.1 Allegato "5"; n.1 fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante ; n.1 nel caso di nuove strutture, copia conforme all'originale del provvedimento di autorizzazione all'esercizio; nel caso di trasformazione, ampliamento o rimodulazione di strutture esistenti, n.1 copia delle determinazioni autorizzative e di accreditamento rilasciate dagli enti competenti, complete degli allegati che ne fanno parte integrante; n.1 copia dell'atto costitutivo della società (se necessario). Ogni eventuale modifica rispetto alla situazione preesistente (data di rilascio dell'accreditamento transitorio o provvisorio) deve essere dimostrata allegando il documento di voltura dell'autorizzazione e dell'accreditamento rilasciato dagli organismi competenti; n.1 copia del certificato di agibilità e di destinazione d'uso, specifici per la tipologia di attività, rilasciato dal Comune oppure descrizione della situazione tecnico-amministrativa eventualmente in corso per il rilascio degli stessi; n.4 copie della pianta dei locali, in scala 1:100, firmate da un tecnico abilitato, quotate, arredate e con indicazione della destinazione d'uso di ogni ambiente; n.1 elenco delle prestazioni e dei volumi di attività specialistiche ambulatoriali (allegato 1).*

Le nuove strutture dovranno compilare l'elenco per le prestazioni e attività per cui richiedono l'accreditamento; le strutture già esistenti dovranno compilare, in due distinti modelli, l'elenco per le prestazioni e attività attualmente accreditate e per quelle previste in caso di eventuale rimodulazione; n.1 autocertificazione dei titoli di studio del personale medico,infermieristico e tecnico operante nella struttura; n.1 elenco delle attrezzature e apparecchiature elettromedicali (allegato 3), che includa la disposizione spaziale delle stesse in ogni ambiente operativo e sia corredato dalle certificazioni di conformità e dai programmi di manutenzione periodica previsti dalla normativa in materia; per le strutture ospedaliere e residenziali, n.1 elenco dei posti letto accreditati e di quelli previsti in caso di eventuale rimodulazione, distinti in due modelli (allegato 4); n.1 elenco delle attività semiresidenziale, ambulatoriale di riabilitazione globale e centri diurni e di quelle previste in caso di eventuale rimodulazione, distinti in due modelli (allegato 5); n. schede di valutazione dei requisiti minimi ed ulteriori, generali e specifici, per la tipologia di attività erogata, compilate e firmate dal titolare della struttura; n.1 relazione tecnico sanitaria indicante le procedure ed i percorsi per garantire all'organizzazione sanitaria di governare le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un ottica di miglioramento continuo;

Le strutture che hanno superato la prima fase del percorso di implementazione dell'accreditamento definitivo dovranno presentare anche le schede di valutazione dei requisiti richiesti per l'autorizzazione all'esercizio in quanto gli stessi sono stati modificati con la delibera n. 47/42 del 30 dicembre 2010.

- ***Modalità di trasmissione della documentazione:*** *Cartacea*
- ***Input iniziale:*** *Domanda di accreditamento definitivo*
- ***Output finale****: Determinazione di accreditamento definitivo.*
- ***Tempi effettivi per pratica (standard):*** *30 gg*
- ***Tempi effettivi per pratiche eccezionali:*** *45 gg*
- ***Tempi per Fase principali e singole sottofasi:***
  Istruttoria, parere ASL e nomina Nucleo: 10-20 gg
  Pre-audit, Audit: 15-20 gg
  Provvedimento: 5 gg
- ***Normativa di riferimento:*** *Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992, art. 8-quater - Riordino della disciplina in materia sanitaria. Legge n. 724 del 26/12/1994, art. 6, comma 6 - Misure di razionalizzazione delle finanza pubblica. Decreto del Presidente della Repubblica del 14/01/1997 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Delibera della Giunta Regionale n. 26/21 del 04/06/1998 - Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Decreto Assessoriale n. 1957 del 29/06/1998 - Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14.01.1997. Decreto Legislativo n. 229 del 1999, art. 8-quater - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Legge regionale n. 10 del 28/07/2006, art. 7 -*

Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5 Legge n. 296 del 27/12/2006, art. 1, comma 796, lettere s), t), ed u) - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2007 Delibera della Giunta Regionale n. 21/52 del 08/04/2008 - Strutture rivolte ad adolescenti e giovani adulti con disturbo mentale, sottoposti a misure giudiziarie: requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. Approvazione preliminare. Delibera della Giunta Regionale n. 26/10 del 06/05/2008 - Strutture rivolte ad adolescenti e giovani adulti con disturbo mentale, sottoposti a misure giudiziarie: requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. Delibera della Giunta Regionale n. 72/29 del 19/12/2008 - L.R. n. 10/2006, artt. 5, 6 e 7. Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti. Primi provvedimenti attuativi. Delibera della Giunta Regionale n. 42/14 del 15/09/2009 - Modifica dell'art. 26, comma 2 della Delib. G.R. n. 26/21 del 4.6.1998 recepita con Decreto assessoriale n. 1957/3 del 29.6.1998 Delibera della Giunta Regionale n. 2/19 del 19/01/2010 - Attuazione delle disposizioni della Legge n. 296/2006, art. 1, comma 796, lett. s), t), u) e in applicazione della L.R. n. 10/2006, art. 7 Delibera della Giunta Regionale n. 34/25 del 18/10/2010 - Requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Procedure per il passaggio dall'accreditamento transitorio all'accreditamento provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo. Delibera della Giunta Regionale n. 34/27 del 18/10/2010 - Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Definizione del fabbisogno sulle prestazioni ambulatoriali nella Regione Sardegna. Procedure per il rilascio del parere di compatibilità e funzionalità. Deliberazione della Giunta regionale n. 47/41 del 30/12/2010 - Provvedimenti attuativi della LR n. 10/2006. Definizione del fabbisogno sulle prestazioni ambulatoriali nella Regione Sardegna. Procedure per il rilascio del parere di compatibilità e funzionalità. Approvazione definitiva. Delibera della Giunta Regionale n. 47/42 del 30/12/2010 [pubblicata sul Buras n. 8 del 19 marzo 2011] - Revisione dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività da parte delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie operanti in Sardegna. Classificazione delle strutture. Modifica della DGR n. 34/26 del 18.10.2010. Delibera della Giunta Regionale n. 47/43 del 30/12/2010 [pubblicata sul Buras n. 8 del 19 marzo 2011] - Requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Procedure per il passaggio dall'accreditamento transitorio all'accreditamento provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo. Approvazione definitiva. Legge n. 10 del 26/02/2011 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie. Determinazione del Direttore del Servizio n. 6952/Det/190 del 21/03/2011 - Accreditamento istituzionale in regime di provvisorietà delle strutture Sanitarie e socio sanitarie private, ai sensi della D.G.R. 02/19 del 19/01/2010. Approvazione definitiva dell'elenco delle strutture private accreditate in regime provvisorio Circolare del Direttore Generale n. 9125 del 12/04/2011 - Circolare inerente l'applicazione della Legge 10/2011 di conversione del

Decreto Legge N. 25 del 29/12/2010 (Decreto mille proroghe), sul rilascio dell'accreditamento definitivo alle strutture sanitarie e socio sanitarie nella Regione Sardegna.Chiarimenti Delibera della Giunta Regionale n. 37/10 del 06/09/2011 - Adeguamento della tariffa prevista dalla DGR n. 71/18 del 16.12.2008 e integrazione dei requisiti minimi tecnologici e organizzativi dei Centri Hospice di cui alla DGR n. 47/42 del 30.12.2010.

- ***Presenza di sistemi informativi già interpellati o utilizzati sul procedimento:*** *Nessuno*
- ***Presenza di database o modelli excel utilizzati sul procedimento:*** *Nessuno*
- ***Collegamenti a procedimenti trasversali o di supporto interni alla Regione:*** *Protocollo della Direzione.*
- ***Collegamenti a procedimenti o sistemi esterni alla Regione:*** *nessuno*
- ***Strategicità del procedimento:*** *Molto strategico. Il ruolo del Servizio è determinante nel controllo e regolamentazione dei servizi sanitari sia rispetto alla qualità, alla sicurezza e ai fabbisogni sanitari dell'utenza*
- ***Sistema di controlli per verifica requisiti di qualità:*** *Non ci sono strumenti automatizzati adottati per il controllo. La scelta dei componenti del gruppo di verifica e i format definiti per la realizzazione delle attività di pre-audit e audit costituiscono aspetti e strumenti che permettono di verificare la qualità dei controlli effettuati.*
- ***Gestione delle eccezioni***: *I pareri richiesti alle ASL sulla qualità delle prestazioni erogate dalla struttura sanitaria richiedente l'accreditamento non sono vincolanti, ma consultivi. Il ritardo con cui le ASL rispondono rispetto alle richieste incidono nell'allungamento dei tempi di risposta. Nei casi in cui questi vanno oltre a quanto stabilito il Settore procede, anche in assenza di una risposta delle ASL, considerando, di fatto il parere come fosse stato positivo o, comunque, non negativo. Eccezioni possono essere considerati i casi in cui le strutture non rispettassero i termini precisi per la riposta alla richiesta di integrazioni di informazioni o per la realizzazione degli adeguamenti richiesti e questi scostamenti nelle tempistiche non fossero considerate significative per la mancata concessione o la revoca dell'accreditamento. Una ragionevole rimodulazione del piano di adeguamento è un modo per la gestione di tale eccezioni.*

2. GAP ANALYSIS/CRITICITA'

Titolo: Gestione, controllo della documentazione (cartacea)

Tipo di criticità: complessità nella gestione documentale (sistema informativo/informatico); rischi di inefficienze gestionali e di rintracciabilità di dati e informazioni

Descrizione della criticità: le comunicazioni, trasmissione e archiviazione (circa 2 in entrata, 7 in uscita, 4 interne al Servizio e 2 con le ASL per ogni pratica), sono tutte cartacee. I documenti allegati sono trasmessi in parte in formato cartaceo oppure in via informatica in formato pdf, senza possibilità di modifiche o inserimento di informazioni da parte del servizio**.** Questo comporta una maggiore difficoltà nel controllo dei tempi e delle scadenze attese per le microattività del processo: solleciti di risposte alle ASL, segnalazioni all'istante per l'invio di documentazioni integrative e informazioni richieste; conferma di ricevimento di quanto richiesto o stabilito dal Servizio (pre-audit e audit), eccessiva onerosità nella rintracciabilità delle informazioni o nel rendere disponibili le stesse ad altri soggetti del servizio. Difficoltà, inoltre nel poter migliorare ancora il tempo di risposta agli istanti. Attualmente le criticità sono ben gestite, grazie all'impegno, alla competenza e alla profonda conoscenza del processo da parte dei responsabili del servizio, a scapito di un carico di lavoro che, in teoria, potrebbe essere meglio indirizzato.

Tipo di soluzione: gestione informatizzata del flusso informativo e di trasmissione della documentazione (descritta nel report "to be")

Descrizione soluzione: si propone di informatizzare la modulistica, con possibilità di dialogo o scambio interattivo tra istante e servizio, automatico aggiornamento dello stato di avanzamento del procedimento e automatiche segnalazioni di alert, in relazione, ad esempio, ai tempi rispetto alle scadenze attese e/o richieste. Inoltre, si propone di riprendere automaticamente le informazioni già inserite in una fase del processo, in format di comunicazioni necessari per altre fasi del processo, senza dover richiederne nuovamente l'inserimento.

3. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO

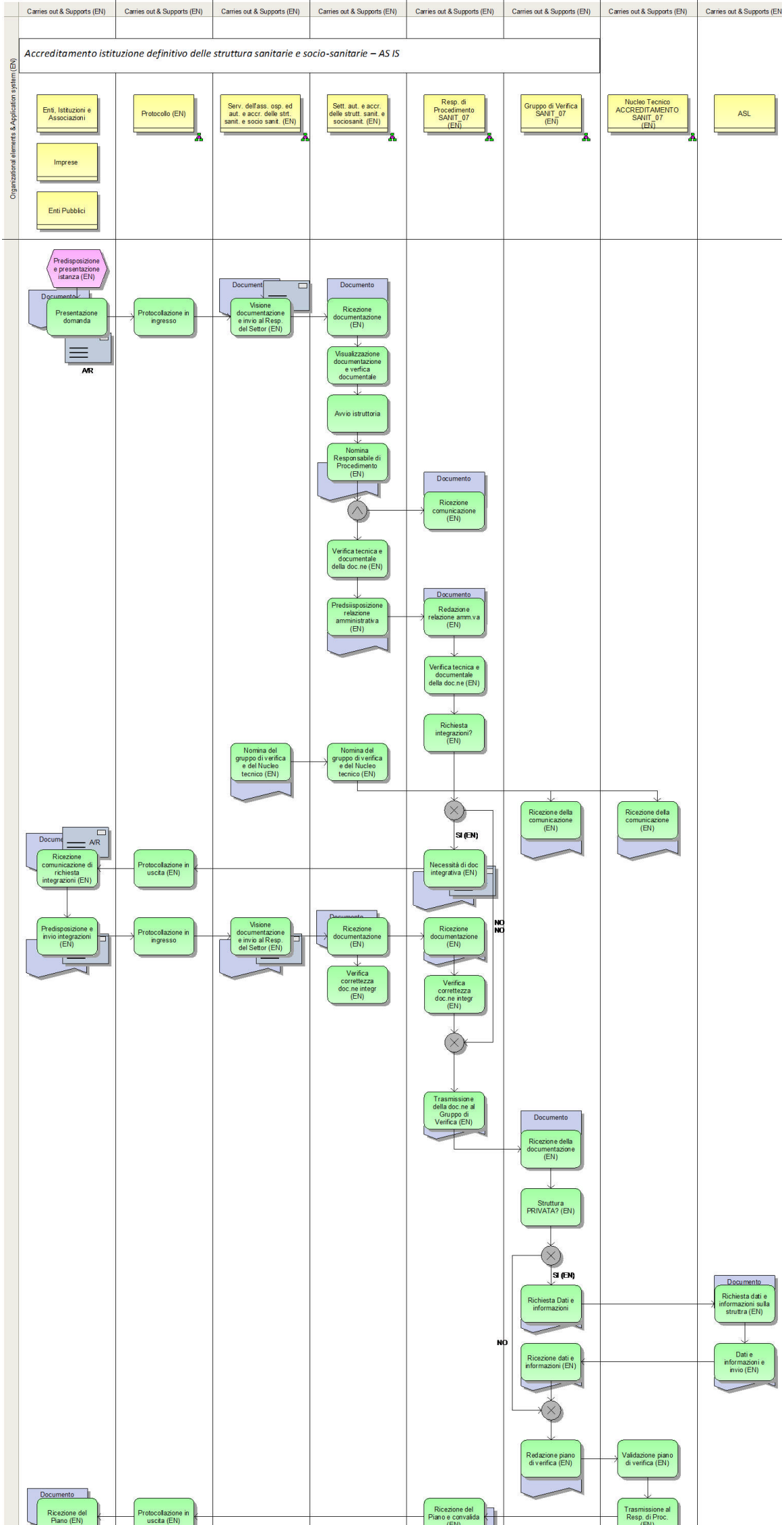
- ***Tempo medio di attraversamento del processo:*** *30 giorni*
- ***N° e % di eccezioni ai tempi medi di attraversamento del processo:*** *50 pratiche (20%); 45 giorni*
- ***N° di reclami/ricorsi su totale pratiche gestite:*** *10%*
- ***% e numero pratiche andate a buon fine o non complete:*** *0%*

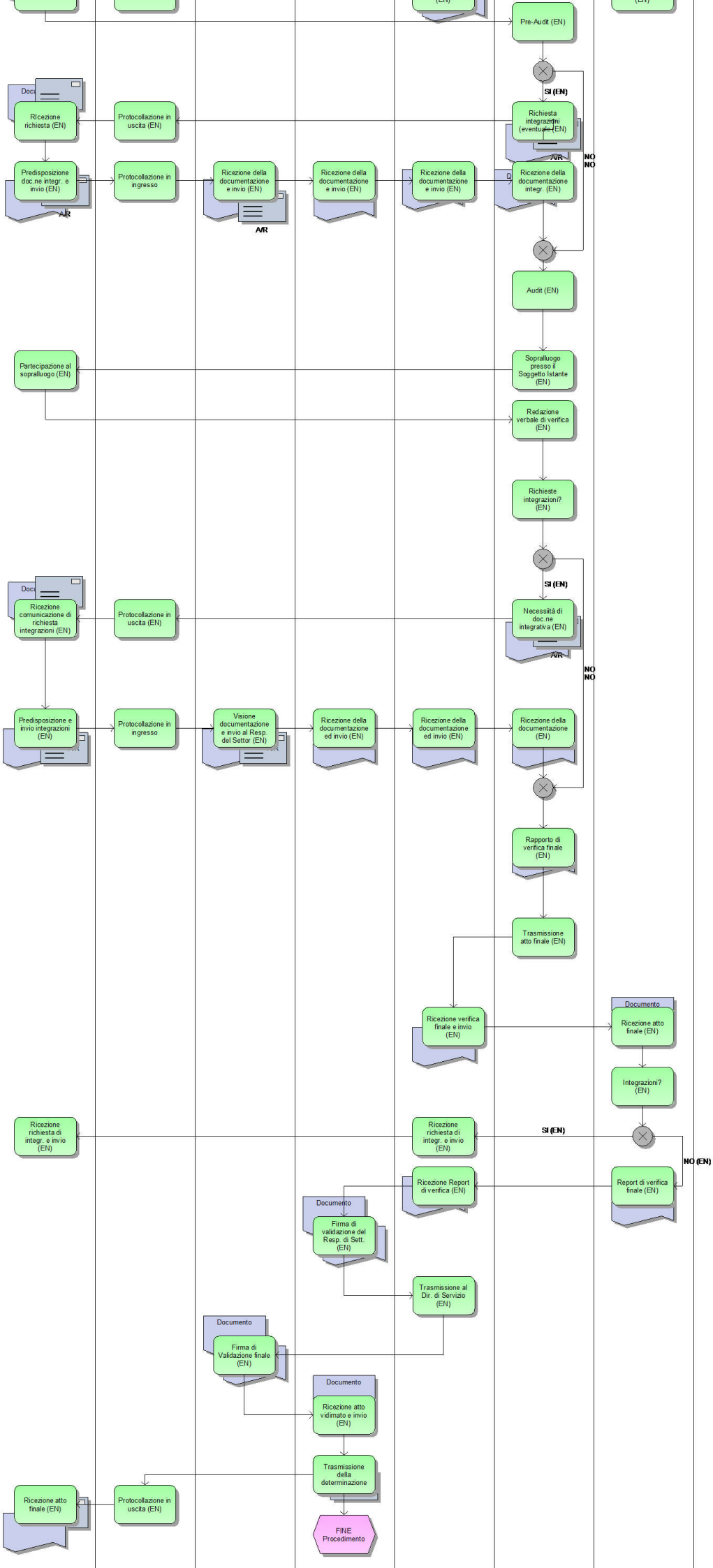
4. ALLEGATI

4.1 MAPPATURA



MS5-SANIT_07_mappatura_v.1_2011122


Carries out & Supports (EN)
Accreditamento istituzione definitivo delle struttura sanitarie e socio-sanitarie – AS IS
Organizational elements & Application system (EN)
Enti, Istituzioni e Associazioni
Imprese
Enti Pubblici
Protocollo (EN)
Serv. dell'ass. osp. ed aut. e accr. delle strt. sanit. e socio sanit. (EN)
Sett. aut. e accr. delle strutt. sanit. e sociosanit. (EN)
Resp. di Procedimento SANIT_07 (EN)
Gruppo di Verifica SANIT_07 (EN)
Nucleo Tecnico ACCREDITAMENTO SANIT_07 (EN)
ASL
Predisposizione e presentazione istanza (EN)
Presentazione domanda
A/R
Protocollazione in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settor (EN)
Ricezione documentazione (EN)
Visualizzazione documentazione e verifica documentale
Avvio istruttoria
Nomina Responsabile di Procedimento (EN)
Ricezione comunicazione (EN)
Verifica tecnica e documentale della doc.ne (EN)
Predsiisposizione relazione amministrativa (EN)
Redazione relazione amm.va (EN)
Verifica tecnica e documentale della doc.ne (EN)
Richiesta integrazioni? (EN)
Nomina del gruppo di verifica e del Nucleo tecnico (EN)
Nomina del gruppo di verifica e del Nucleo tecnico (EN)
SI (EN)
Ricezione della comunicazione (EN)
Ricezione della comunicazione (EN)
Ricezione comunicazione di richiesta integrazioni (EN)
Protocollazione in uscita (EN)
Necessità di doc integrativa (EN)
NO
NO
Predisposizione e invio integrazioni (EN)
Protocollazione in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settor (EN)
Ricezione documentazione (EN)
Verifica correttezza doc.ne integr (EN)
Ricezione documentazione (EN)
Verifica correttezza doc.ne integr (EN)
Trasmissione della doc.ne al Gruppo di Verifica (EN)
Ricezione della documentazione (EN)
Struttura PRIVATA? (EN)
SI (EN)
Richiesta Dati e informazioni
Richiesta dati e informazioni sulla struttra (EN)
NO
Ricezione dati e informazioni (EN)
Dati e informazioni e invio (EN)
Redazione piano di verifica (EN)
Validazione piano di verifica (EN)
Ricezione del Piano (EN)
Protocollazione in uscita (EN)
Ricezione del Piano e convalida (EN)
Trasmissione al Resp. di Proc. (EN)


Pre-Audit (EN)
SI (EN)
Richiesta integrazioni (eventuale) (EN)
NO
NO
Ricezione richiesta (EN)
Protocollazione in uscita (EN)
Predisposizione doc.ne integr. e invio (EN)
Protocollazione in ingresso
Ricezione della documentazione e invio (EN)
Ricezione della documentazione e invio (EN)
Ricezione della documentazione e invio (EN)
Ricezione della documentazione integr. (EN)
A/R
Audit (EN)
Partecipazione al sopralluogo (EN)
Sopralluogo presso il Soggetto Istante (EN)
Redazione verbale di verifica (EN)
Richieste integrazioni? (EN)
SI (EN)
Necessità di doc.ne integrativa (EN)
NO
NO
Ricezione comunicazione di richiesta integrazioni (EN)
Predisposizione e invio integrazioni (EN)
Visione documentazione e invio al Resp. del Settor (EN)
Ricezione della documentazione ed invio (EN)
Ricezione della documentazione (EN)
Rapporto di verifica finale (EN)
Trasmissione atto finale (EN)
Documento
Ricezione verifica finale e invio (EN)
Ricezione atto finale (EN)
Integrazioni? (EN)
SI (EN)
NO (EN)
Ricezione richiesta di integr. e invio (EN)
Ricezione Report di verifica (EN)
Report di verifica finale (EN)
Firma di validazione del Resp. di Sett. (EN)
Trasmissione al Dir. di Servizio (EN)
Firma di Validazione finale (EN)
Ricezione atto vidimato e invio (EN)
Trasmissione della determinazione
FINE Procedimento

SANIT_07	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE								
FASE	**DESCRIZIONE**	**CHI SVOLGE QUESTA FASE**	**QUANDO**	**INPUT**	**OUTPUT**	**DESTINATARI**	**TEMPI**	**RISORSE**	**CRITICITA'**
Invio domanda	Il Soggetto istante (strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private ecc.)	Soggetto istante	n.d.	Richiesta di accreditamento istituzionale per poter erogare prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario regionale	Invio documentazione + n.2 marche da bollo	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	n.d.	Documentazione cartacea e n.2 marche da bollo
Istruttoria domanda	Il Servizio esamina la documentazione presentata e, se necessario, verifica la funzionalità dell'accreditamento richiesto rispetto agli indirizzi di programmazione sanitaria e sociosanitaria, regionale ed aziendale	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Documentazione presentata	Rapporto di verifica/richiesta di integrazione	Servizio dell'assistenza ospedaliera	10 gg (?)	n.d.	
	Se trattasi di strutura privata il Servizio richiede all'ASL un parere sulla funzionalità della struttura	ASL	n.d.	Programmazione sanitaria	Dati e infomrazioni	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	n.d.	
	Invio integrazioni richieste	Soggetto istante		Richieste di integrazioni	Documentazione integrativa	Servizio dell'assistenza ospedaliera	15 gg (?)		
	Esame documentazione integrativa richiesta	Servizio dell'assistenza ospedaliera		Documentazione integrativa	Rapporto di verifica	Soggetto istante; Nucleo; Resp. Procedimento	7 gg (?)		
Nomina nucleo tecnico	il Servizio nominerà i componenti del nucleo tecnico che curerà la verifica per il rilascio dell'accreditamento definitivo	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Documentazione presentata	Nomina nucleo tecnico	Nucleo tecnico (del Servizio)	n.d.	n.d.	
Verifica e valutazione	Il gruppo di verifica analizza i risultati dell'istruttoria e richiede una convocazione per il pre-audit e calendarizza le visite presso la struttura	Gruppo di verifica		Risultati istruttoria	Piano di pre-audit	Responsabile procedimento			
	Il responsabile del procedimento comunica all'istante la convocazione per il pre-audit e le date di verifica (audit)	Responsabile del procedimento							
	Pre-Audit	Gruppo di verifica	n.d.	Risultati istruttoria	Richiesta di integrazioni e adeguamenti	Responsabile procedimento	n.d.	n.d.	
	Il responsabile del procedimento comunica all'istante i risultati del pre-audit e le date di verifica (audit)	Responsabile del procedimento		Risultati pre-audit e programma di visite	Piano di adeguamento e di visite	istante			

SANIT_07	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE								
FASE	**DESCRIZIONE**	**CHI SVOLGE QUESTA FASE**	**QUANDO**	**INPUT**	**OUTPUT**	**DESTINATARI**	**TEMPI**	**RISORSE**	**CRITICITA'**
	Audit: sopralluoghi	Gruppo di verifica	n.d.	valutazione delle conformità e dell'applicazione del sistema di gestione della struttura rispetto ai requisiti	Relazione tecnica	Nucleo tecnico (del Servizio)	n.d.	n.d.	
	Valutazione della relazione tecnica	Nucleo tecnico	n.d.	Relazione tecnica	Report di valutazione di conformità e parere del Nucleo Tecnico	Responsabile procedimento; Responsabile del servizio	n.d.	n.d.	
Autorizzazione	Concessione autorizzazione da parte del Rersponsabile del servizio	Responsabile procedimento; Responsabile del servizio	entro 30 giorni	Report di valutazione di conformità e parere del Nucleo Tecnico	Determina di autorizzazione positiva (o con prescrizioni) validità 3 anni e, nei casi di prescrizione Piano di adeguamento e cronoprogramma	Servizio dell'assistenza ospedaliera	entro 30 giorni	n.d.	
	in caso di mancanza totale o parziale di uno o più requisiti essenziali. Mancata presentazione, nei tempi indicati, delle eventuali integrazioni e specificazioni richieste nella fase di verifica della correttezza e completezza formale dei documenti; Mancato adeguamento, nei tempi stabiliti, alle prescrizioni emanate dal Servizio.	Responsabile procedimento; Responsabile del servizio	entro 30 giorni	Report di valutazione (con requisiti essenziali totalmente o parzialmente non raggiunti o con tempi non rispettati o adeguamento non eseguito)	Comunicazione di Determina di autorizzazione negata	Soggetto istante	n.d.	n.d.	In caso di diniego, di accreditamento con prescrizioni e di accreditamento in regime temporaneo, la struttura potrà presentare richiesta di riesame entro 30 giorni dalla relativa notifica.
Verifica mantenimento requisiti (Post-	Invio della documentazione comprovante lo stato di avanzamento del piano di adeguamento alle scadenze stabilite	Istante		Piano di adeguamento	Documentazione stato avanzamento piano di adeguamento	responsabile procedimento			
	Il responsabile del procedimento verifica la documentazione sullo stato di avanzamento del piano e richiede eventualmente documentazione	responsabile procedimento		Documentazione stato avanzamento piano di adeguamento	Risultati documentazione stato avanzamento piano di adeguamento o richiesta integrazione	istante			
	L'istante invia documentazione integrativa richiesta relativa allo stato di avanzamento del piano	Istante		Richiesta integrazioni	Integrazioni su piano adeguamento	responsabile procedimento			
	Il responsabile del procedimento esamina le integrazioni e trasmette il risultato al gruppo di verifica.	responsabile procedimento		Documentazione stato avanzamento piano di adeguamento e eventuali integrazioni	Risultati esame documentazione piano adeguamento e eventuali prescrizioni	Gruppo di verifica			

SANIT_07	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE								
FASE	**DESCRIZIONE**	**CHI SVOLGE QUESTA FASE**	**QUANDO**	**INPUT**	**OUTPUT**	**DESTINATARI**	**TEMPI**	**RISORSE**	**CRITICITA'**
requisiti (Post-audit)	Il gruppo di verifica calendarizza le visite presso la struttura in relazione al piano di adeguamento. Se documentazione non conforme comunica al Nucleo il risultato (vedi attività " verifica di mantenimento…")	Gruppo di verifica		Risultati esame documentazione piano adeguamento e eventuali prescrizioni	Programma di post-audit	Responsabile procedimento			
	Il responsabile del procedimento comunica all'istante le date di visita	responsabile procedimento		Programma di post-audit	Programma di post-audit	Istante			
	Il gruppo di verifica effettua il post-audit e trasmette la relazione al responsabile del procedimento (se negativa: vedi attività "verifica di mantenimento .."	Gruppo di verifica		programma e documentazione piano di adeguamento e risultati esame documentazione	Rapporto di verifica	Responsabile procedimento; Nucleo tecnico			
Rinnovo	La struttura presenterà i documenti entro i 15 giorni successivi alla data di scadenza dell'accreditamento, quest'ultimo decadrà e la struttura sarà cancellata dall'elenco dei soggetti accreditati. Se presentati nei termin (vedi attività istruttoria)	Resp procedimento; responsabile del servizio	n.d.	Scadenza triennale dell'accreditamento	Determina di cancellazione	Istante	15 giorni prima della scadenza triennale	n.d.	
Verifica mantenimento requisiti (Conferma, Sospensione o revoca)	Nel corso del triennio di validità dell'accreditamento, il Servizio dell'assistenza ospedaliera verificherà la permanenza dei requisiti e, in caso di perdita di uno o più requisiti, diffiderà la struttura a provvedere alla regolarizzazione	Nucleo tecnico	Durante il triennio	Rapporto di verifiche del GDF o risultati non conformi documentazione da parte del responsabile del procedimento (Verifiche e sopralluoghi post-audit)	Relazione di valutazione del Nucleo Conferma, Richiesta di adeguamenti (sospensione accreditamento) o Revoca	Resp procedimento; responsabile del servizio	n.d.	n.d.	
	Il Soggetto istante dovrà regolarizzare con prove documentate: comunicazione all'istante	Resp procedimento; responsabile del servizio	> 30 giorni	Proposta di Sospensione dell'accreditamento	Comunicazione sospensione	istante	n.d.	n.d.	
	L'istante invia prova documentale dell'adeguamento	Istante		Comunicazione sospensione	Documentazione adeguamento	Resp procedimento; responsabile del servizio			
	Trascorso questo periodo, il Servizio potrà confermare l'accreditamento, revocarlo per perdita di uno o più requisiti o sospenderlo fino al ripristino degli stessi	Responsabile servizio	n.d.	Documentazione	Determina di accreditamento/Revoca/ Sospensione	Soggetto istante	n.d.	n.d.	
Archiviazione	Archiviazione cartacea e/o su file excel della pratica	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Determina	Archivio cartaceo	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	n.d.	

UNIONE EUROPEA REPUBBLICA ITALIANA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- "La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

Report TO BE del procedimento:

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONE DEFINITIVO DELLE STRUTTURA SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

BPR5 - Rapporti di analisi e proposte per la standardizzazione
BPR6 - Proposte di realizzazione dei processi trasversali e specificazione delle interrelazioni con i processi verticali
BPR7 - Alternative di riprogettazione
BPR9 - Proposte di integrazione con altre amministrazioni
BPR10 - Scenari d'uso e specifica dei requisiti per l'informatizzazione
BPR16 - Individuazione indicatori di performance TO-BE

22 Febbraio 2012 Versione 1.0

SOMMARIO

1 INFORMAZIONI INTRODUTTIVE 4

1.1 PARTECIPANTI AGLI INCONTRI 4

1.2 OBIETTIVI DELLE ANALISI 4

2. INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO 4

2.1 RAPPORTI DI ANALISI E PROPOSTE PER LA STANDARDIZZAZIONE 4

2.2 ALTERNATIVE DI RIPROGETTAZIONE 13

2.3 PROPOSTE DI REVISIONE NORMATIVA 13

2.4 SCENARI D'USO E SPECIFICA DEI REQUISITI PER L'INFORMATIZZAZIONE 13

3. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE 16

3.1 PROPOSTE DI REALIZZAZIONE DEI PROCESSI TRASVERSALI E SPECIFICAZIONE DELLE INTERRELAZIONI CON I PROCESSI VERTICALI 16

3.2 PROPOSTE DI INTEGRAZIONE CON ALTRE AMMINISTRAZIONI 16

3.3 ALTRI MIGLIORAMENTI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI EVIDENZIATI NELLA GAP ANALYSIS 17

4. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO 17

5. ALLEGATO I – FLOW CHART DI TO BE 18

6. ALLEGATO II – MODELLO DEI DATI 18

7. ATTVITA' DI CHANGE MANAGEMENT. OSSERVAZIONI 24

La realizzazione del Progetto è finanziata interamente dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR) 2007-2013 (rif. Asse I, obiettivo 1.1.1, linea di attività 1.1.1.a , capitoli di spesa di competenza del servizio dell'innovazione, progettazione, gare e contratti in ambito ICT)

REPORT RELATIVO AL PROCEDIMENTO

1 INFORMAZIONI INTRODUTTIVE

1.1 PARTECIPANTI AGLI INCONTRI

Hanno partecipato all'incontro:

- Per la Regione Sardegna: Dott. Marcello Tidore, Geom. Dario Paulis
- Per il Team progettuale: Dott. Vanni Sgaravatti. Dott. Nicola Giannerini

1.2 OBIETTIVI DELLE ANALISI

a. Individuazione di standard di processo
b. Realizzazione di un modello a tendere il più possibile confacente alle esigenze di efficienza per la Regione ed efficacia per gli utenti
c. Raccolta del maggior numero di informazione per l'informatizzazione
d. Adeguamento dei procedimenti ai sistemi informativi

2. INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO

2.1 RAPPORTI DI ANALISI E PROPOSTE PER LA STANDARDIZZAZIONE

Non ci sono modifiche al flusso delle attività, derivanti dal processo di reingegnerizzazione. La sequenza delle fasi del procedimento: dall'invio dell'istanza, all'istruttoria, alla richiesta di parere di funzionalità alla ASL; all'organizzazione interna per la gestione del procedimento (nomina Responsabile di procedimento, Gruppo di verifica), piano di verifica; alle attività di pre-audit, audit e alla conclusione fase di valutazione e relazioni amministrative per l'eventuale concessione dell'accreditamento definitivo e archiviazione è logica, conforme alla normativa ed efficiente.
La sequenza logica e cronologica delle attività, riferiti ai soggetti responsabili e coinvolti e conseguenti passaggi di output e documenti informativi sono rappresentati nei diagramma di flusso, disegnati in Aris e pubblicati nel sito e-grow della Regione.
I miglioramenti individuabili e derivanti dal previsto progetto di informatizzazione, pur non modificando il flusso delle attività, permettono di migliorare il controllo delle scadenze; ottimizzare i carichi di lavoro; migliorare il controllo della qualità delle attività di istruttoria; permettere una più facile rintracciabilità di informazioni e di documenti; di agevolare l'utente/istante nel fornire le risposte alle richieste di integrazione e maggiore specificazione da parte del Servizio e di migliorare l'efficienza nell'assicurare che tutti i soggetti regionali coinvolti dispongano tempestivamente di dati e informazioni di competenza.

Di seguito si riportano due tabelle: la prima con il livello di informatizzazione proposto per ogni fase e la seconda con le previste interfaccia/schermate utente per fase.

Tab. 1: Livello informatizzazione (in corsivo: fasi non comprese nell'interfaccia utente: Tab. 2)

Fase	Attore	Modalità	Proposte
Attività di avvio e supporto al procedimento			
A) Accesso e identificazione al Portale	Utente	carta d'identità elettronica richiesta credenziali; carta nazionale servizi con richiesta credenziali; posta elettronica certificata con email; sportello con documento di identità.	Informatizzazione totale
B) Protocollazione	*Protocollo*	*Protocollazione elettronica con SIBAR*	*Informatizzazione totale*
C) Controllo, gestione e archiviazione	*Servizio*	*Registrazione data attività e numero giorni dall'avvio automaticamente visualizzati a completamento form elettronici; Alert per ritardi rispetto a scadenze attese per le diverse attività; link a form elettronici e a documenti caricati*	*Informatizzazione totale*
Attività per la realizzazione del procedimento			
D) Presentazione - Istanza - Documentazione	 Utente Utente	 Inserimento dati (form 1) Caricamento documenti (invio cartaceo mappe)	Informatizzazione quasi totale (form1)
E) Istruttoria: - Verifica document. - Parere ASL - Richieste di integrazione documentazione	Resp. Procedim/ ASL	Check automatico; *Richiesta parere su funzionalità, segnalazione scadenze, ricevimento e valutazione parere, trasmessi in via informatica* Gestione on line richieste e firma digitale e aggiornamento documentazione richiesta (cartografie e mappe inviate in formato cartaceo)	Informatizzazione quasi totale - eccetto mappe. (form 2 e *form 7 per richiesta ASL*)
F) Organizzazione *- Nomine* *- Piano pre-audit e audit*	*Servizio e Gdv* *Gdv; resp procedim.*	*(Nucleo tecnico, Gdv, Resp. procedimento)* *Inserimento dati del Servizio e conferma elettronica per accettazione del GDV* *Inserimento dati gdv; conferma Resp. procedimento trasmissione informatica all'istante*	*Informatizzazione totale* *(form 3 e form 4)*
G) Verifica - Pre-audit - Audit e post-audit - Valutazione verifica	GDV: resp procedim; Nucleo	Inserimento dati su testo precompilato in form informatico (form nr. 8 e nr. 9); Check list (allegati) con flag per ogni requisito verificato (form 9 bis); conferma digitale per accettazione dal resp. procedimento. Inserimento dati in dichiarazioni precompilate dal Nucleo di verifica, con identificazione dell'autore del parere emesso; trasmissione informatica all'istante con conferma digitale per ricevimento	Informatizzazione totale (Form 8; 9 e 9 bis)
H) Autorizzazione/ accreditamento: concessione; prescrizioni, mantenimento, sospensione o revoca	Servizio; resp procedimento	Inserimento dati per la relazione amministrativa e trasmissione via informatica decisione e eventuale prescrizioni per piano adeguamento con link alla determina all'istante, con conferma digitale per accettazione	Informatizzazione totale (form nr. 6)

Tab. 2: Interfacce

Servizio/Utente: parte A (dalla Presentazione della domanda, alla conclusione della istruttoria formale)

Fase	Attore	Interfaccia/schermata
Presentazione e avvio: istanza, documentazione	Utente	*Form (1)* di inserimento dati; Sistema di *flag* per i *"campi dichiarazioni"* nel form (1); Sezione di download documentazione scansionata.
	Settore Resp. di Procedim.	Schermata (form 2) con elenco soggetti istanti e flag verde di corretta compilazione del form (1) e caricamento di tutta la documentazione necessaria o flag rosso per documentazione allegata non completa allegata o flag arancione per documentazione inviata via posta in formato cartaceo (richiesta dell'utente). Per i documenti inviati in formato cartaceo nella sezione dedicata inserimento di un campo con l'automatica assegnazione di una sigla da riportare nel documento inviato.
Istruttoria: verifica documentazione e richiesta di integrazioni	Resp. Procedim.	Caricamento esiti e motivazioni per ciascun beneficiario, sulla stessa schermata generatasi in fase di ricezione istanze. Con un click si rendono pubblici i risultati nell'area riservata a ciascun utente. Segnalazione di Alert al momento dell'inserimento nei campi di aggiornamento richiesti. Inserimento dati per richiesta di parere alla ASL con alert e date di scadenza per le risposte
	Istante	Visualizzazione richieste di integrazioni, flaggate in un elenco campi (ripresi dai campi dell'istanza o dall'elenco della documentazione prevista) con automatica apertura del relativo campo di aggiornamento Inserimento delle informazione nei campi di aggiornamento e inserimento di un download nella sezione documentazione scansionata

Interfacce: tra soggetti interni al Servizio

Fase	Attore	Interfaccia/schermata
Organizzazione interna	Resp. servizio	Assegnazione della pratica ad un Responsabile di procedimento (inserimento firma digitale da parte del Responsabile del servizio)
	Resp. procedim.	Inserimento nomi responsabili del GDV (form 3)
	GDV	Visualizzazione e inserimento flag per accettazione nomine Inserimento proposta di date per convocazioni pre-audit e audit (form 3)
	Resp. procedim.	Visualizzazione accettazione nomine gdv e date verifiche Inserimento dati per piano di verifica da inviare successivamente all'istante (form 4)

Fase	Attore	Interfaccia/schermata
Verifica	GDV	Inserimento dati derivanti da Verbale di pre-audit e audit e inserimento dati del rapporto di verifica finale, con inserimento di flag (rossi o verdi) in corrispondenza degli items delle check list (form 8 e form 9) Sezione di caricamento documenti rilevati nel corso del pre-audit o del sopralluogo o richiesta di integrazione dei documenti "da caricare" con scadenze previste e alert automatici all'utente (form 2)
	Resp. procedim.	Visualizzazione dati riportati dal GDV (verbali pre-audit e audit e verifica finale) con inserimento flag per ricevimento/accettazione risultati Inserimento dati per piano di adattamenti da trasmettere successivamente all'utente (form 5) e conferma di accettazione risultati GDV per successiva visualizzazione al Nucleo tecnico
Valutazione	Nucleo tecnico	Visualizzazione dei dati dei risultati delle verifiche e dei documenti rilevati, confermati dal Resp. procedimento e dei dati e documenti presentati dall'istante, verificati in fase di istruttoria Inserimento dati sul parere con eventuali prescrizioni
Autorizzazione/ accreditamento; Determine	Resp. procedim	Protocollazione informatica. Inserimento dati relativi alla relazione amministrativa, eventuale prescrizioni e autorizzazione alla visualizzazione della relazione amministrativa all'utente (form 6); con link alla determina

Interfacce Servizio/utente: Parte B (dalla accettazione piano di verifica, alla accettazione dei verbali di pre-audit e audit, alla visualizzazione dei risultati della valutazione)

Fase	Attore	Interfaccia/schermata
Piano di Verifica	Resp. procedim	Invio e autorizzazione alla visualizzazione da parte dell'istante del Piano di verifica
	Istante	Visualizzazione e flag per ricevimento e accettazione piano di verifica (date di convocazione e di sopralluogo). Inserimento nomi persone previste per il pre-audit o per il sopralluogo, in fase di audit
Risultati verifiche e valutazioni	Resp. Procedim.	Invio e autorizzazione alla visualizzazione del verbale di verifica (form 8) Invio e autorizzazione alla visualizzazione dei risultati della valutazione con link alla determina Autorizzazione alla visualizzazione da parte dell'istante eventuali richiesta integrazioni (form 9)
	Istante	Inserimento flag per accettazione risultati verifica e adattamenti richiesti (form 10)

Note per la tabella 3 e 4.

La tabella 3 "Elenco form ..", riporta per ogni "form" (insieme di campi omogenei per funzioni, raggruppati in moduli/viste informatiche), il riferimento alle fasi, il cui livello di informatizzazione è descritto in tab. 1; gli owner e i destinatari, il tipo di campi richiesti, i documenti in uso in cui sono rintracciabili i campi, il tipo di inserimento dei dati (vedi nota 2, seguente).

Nota 1:
Per Owner (soggetto che inserisce i dati) si intende: Utente/istante; Responsabile del procedimento, altri soggetti interni alla Regione: Gdv

Nota 2:
Le indicazioni riportate nella colonna "inserimento" della tab. 3 sono:

- Aut. (nr) = il tipo di campo visualizzato nel form è ripreso automaticamente da altro form (il cui numero è indicato tra parentesi)
- Manuale = inserimento dei dati dall'owner nel campo apposito
- Link: collegamento a documenti o file in genere

Le tabelle 4, inserite alla fine del presente report, riportano l'elenco dei campi compresi nel "tipo di campi", già riportati nella tabella 3, e ripresi dai documenti in uso (citati). Le tabelle 4 sono divise per i due tipi di owner: 4a, istante e 4 b: Responsabile di procedimento e 4 c: Gruppo di verifica.

Tab. 3 Elenco form (visualizzazioni informatiche/tipo di campi).
(* Nella colonna "inserimento" si indica: "Manuale" se è un soggetto che inserisce i dati; "link" se si prevede un collegamento a un documento caricato; "Automatico" se il dato è ripreso da un altro form, indicando il relativo numero)

Nr.	**FORM**	Tipo di campi	Inserimento*
1	Titolo: Domanda Owner: Istante Destinatari: Resp. Procedimento Fase: Presentazione istanza (tab.1) Moduli in uso: Domanda; All.: da 1 a 5	- Anagrafica struttura/istante - Tipo di struttura - Dichiarazioni - Elenco documenti allegati - Descrizione struttura: generalità - Descrizione struttura: personale - Descrizione strutture: apparecchiature - Descrizione struttura: attività (All. 1-5) Sezione di: - Download documenti - Accettazione richiesta e Conferma invio documenti integrativi (visualizzazione alert)	Manuale Manuale Flag Manuale Manuale Manuale Manuale Manuale Link Flag
2	Titolo: Comunicazione Avvio e Richiesta integrazioni Owner: Resp. Procedim./Servizio Destinatari: Istante Fase: Istruttoria (tab.1 E) Moduli in uso: Doc. 1, Doc. 2 e Doc. 13	- Riferimenti domanda e assegnazione - Anagrafica istante - Integrazioni richieste (eventuale) - Comunica avvio procedimento - Ricezione/accettazione (istante)	Protocollo /firma digitale Aut. (1) Manuale Manuale Flag
3	Titolo: Nomina Gdv (R. Servizio) Owner: Responsabile procedimento Destinatari: Gdv Fase: Organizzazione (tab 1 F) Moduli in uso: Doc. 3	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Nomi gdv - Ricezione/accettazione (gdv)	Protocollo Aut. (1) Manuale Flag
4	Titolo: Piano di verifica Owner: Resp. Proced./Gdv/istante Destinatari: Istante Fase: Organizzazione (tab 1 F) Moduli in uso: Doc. 4; Doc 7	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Riferimenti piano di verifica - Nomi gdv - Programma piano verifica (gdv/resp. procedimento) - Nomi partecipanti (istante) - Conferma (Resp. Procedim) - Accettazione/Ricezione (Istante)	Aut (2) Aut. (1) Manuale Aut (3) Manuale Manuale Flag Flag

Nr.	**FORM**	Tipo di campi	Inserimento*
5	Titolo: Piano adeguamenti Owner: Resp. Procedim. /Gdv Destinatari: Istante Fase: Verifica (tab 1 G) Moduli in uso: Doc. 5	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Riferimenti visita - Richiesta adeguamenti - Conferma (gdv) - Accettazione/Ricezione (Istante)	Aut. (2) Aut. (1) Aut. (8) Manuale Flag Flag
6	Titolo: Relazione Amministrativa Owner: Responsabile procedimento Destinatari: Resp. Servizio/Istante Fase: Istruttoria (tab 1 E) Moduli in uso: Doc. 12	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Tipo di struttura - Elenco documenti verificati Integrazioni richieste	Aut. (2) Aut. (1) Aut. (1) Flag Manuale
7	Titolo: Richiesta parere ASL Owner: Responsabile procedimento Destinatari: Gdv Fase: Organizzazione (tab 1 F) Moduli in uso: Non presente	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Tipo di struttura - Richiesta di parere - Scadenze - Ricezione/accettazione (gdv)	Protocollo Aut. (1) Aut. (1) Manuale Manuale Flag
8	Titolo: Verbale verifica Owner: Gdv Destinatari: Resp. Procedimento/istante Fase: Organizzazione (tab 1 G) Moduli in uso: Doc. 8	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Riferimenti piano di verifica - Nomi gdv - Dichiarazioni di verifica - Ricezione (gdv; resp. Procedim.)	Protocollo Aut. (1) Aut. (3) Aut. (4) Flag Flag
9	Titolo: Rapporto verifica finale Owner: Gdv Destinatari: Resp. Procedimento/istante Fase: Organizzazione (tab 1 F) Moduli in uso: Doc. 9 e Allegati tecnici	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Documenti istante - Riferimenti piano di verifica - Nomi gdv - Nomi persone visita - Requisiti strutturali - Requisiti organizzativi - Dichiarazioni istante - Richieste di documenti - Conclusioni - Check list di verifica - Ricezione (Istante/R. Procedim.) - Sezione di caricamento documenti richiesti	Protocollo Aut. (1) Aut. (1, 2) Aut. (3) Aut. (4) Manuale Manuale Manuale Flag Manuale Manuale Flag Flag Link

Nr.	**FORM**	Tipo di campi	Inserimento*
10	Titolo: Valutazione verifica finale Owner: Nucleo tecnico Destinatari: Resp. Procedimento Fase: (tab 1 H) Moduli in uso: Doc. 10, 11	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Riferimenti rapporto di verifica - Pareri espressi dal Nucleo tecnico - Firme componenti Nucleo - Integrazioni/condizioni richieste - Ricezione (Resp. procedimento)	Protocollo Aut. (1) Aut. (9) Manuale Manuale Manuale Flag

Di seguito si rappresentano in un diagramma i flussi di "alimentazione" dei "form", riportati nella Tabella 3. Il disegno non costituisce un dettaglio dei flow-chart del procedimento, pubblicati nel sito del progetto, ma è utilizzato solo come ausilio alla comprensione della tabella, per questo procedimento.

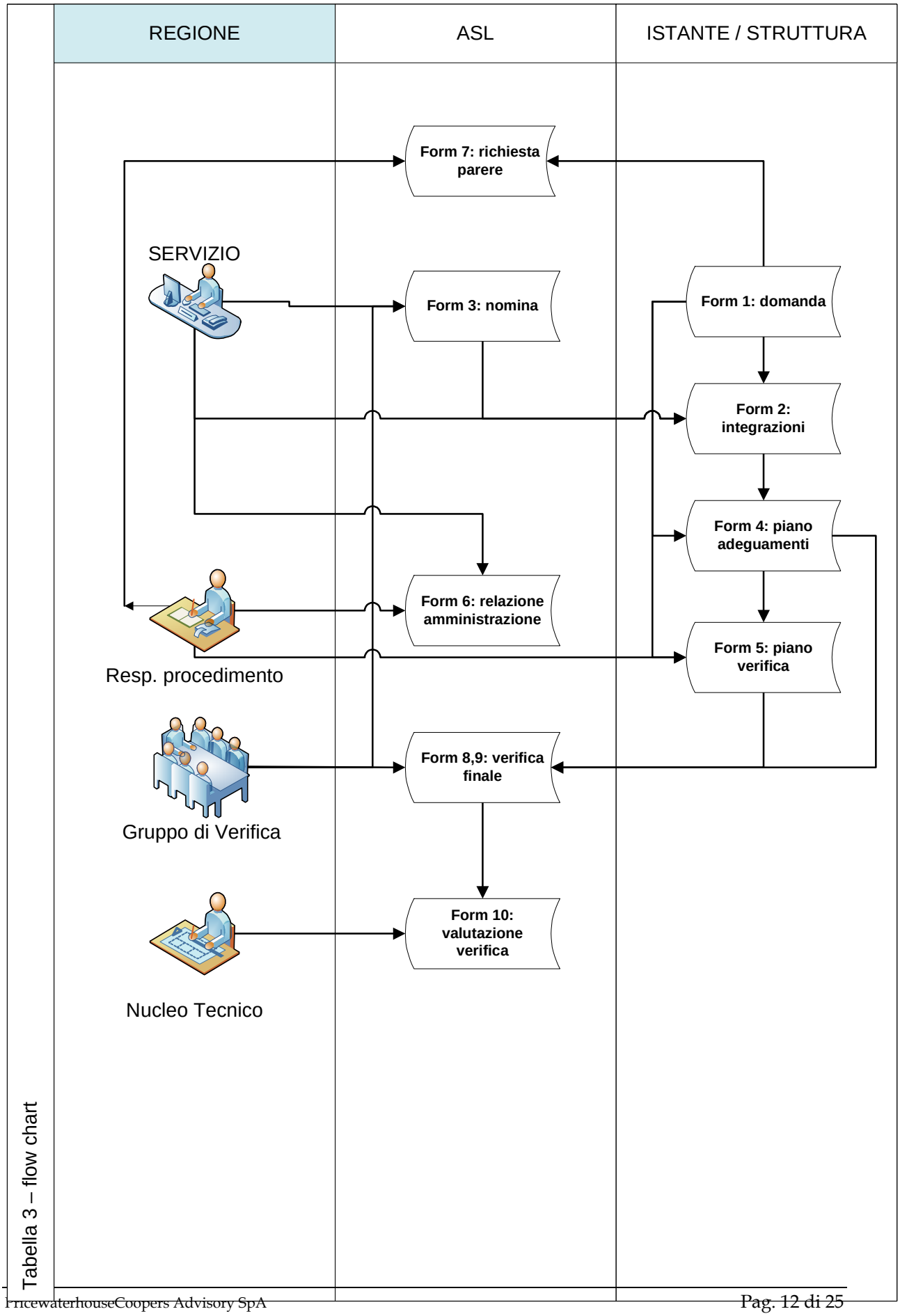


Tabella 3 – flow chart

2.2 ALTERNATIVE DI RIPROGETTAZIONE

Non ci sono alternative di riprogettazione

2.3 PROPOSTE DI REVISIONE NORMATIVA

Non è stata individuata alcuna revisione normativa che possa incidere positivamente sulla standardizzazione del procedimento.

2.4 SCENARI D'USO E SPECIFICA DEI REQUISITI PER L'INFORMATIZZAZIONE

I flussi informativi, come riportato nel diagramma allegato, prevedono i seguenti "tipi di comunicazione":

in entrata

- da Istante (struttura sanitaria) a Servizio Regionale
  - Istanza per accreditamento con caricamento documentazione richiesta
  - Risposta a richieste di integrazione di informazioni e documentazione, in fase di istruttoria
  - Piani di adeguamento previsti e richiesti, con i diversi aggiornamenti intervenuti nel corso del processo: istruttoria, pre-audit, audit, post-audit, valutazione finale del Nucleo tecnico
  - Conferme per accettazione e ricevimento (proposto nel progetto di informatizzazione) delle comunicazioni da parte del Servizio (integrazioni richieste, piano di visita, verbale e rapporto di verifica finale)
- Da ASL a Servizio Regionale
  - Parere di funzionalità richiesto

in uscita

- da Servizio Regionale a Istante/Struttura
  - Comunicazioni avvio procedimento
  - Richieste di integrazioni
  - Piano di visita
  - Piano di adattamenti
  - Verbale di visita
  - Relazione finale di verifica
  - Valutazione finale con eventuali prescrizioni
  - Concessione dell'accreditamento
- Da Servizio Regionale a ASL
  - Richiesta di parere di funzionalità

Altre comunicazioni interne

- Dal Responsabile del Servizio al Responsabile di procedimento: nomina
- Dal Responsabile del Servizio al Gruppo di verifica: nomina

- Dal Gruppo di verifica al Responsabile di procedimento: proposta di piano di verifica; verbale di visita e rapporto di verifica finale
- Dal Responsabile di procedimento al Gruppo di verifica: piano di visita, relazione amministrativa, piano di adattamenti
- Dal responsabile di procedimento al Nucleo tecnico: relazione amministrativa, verbale di verifica; piani di adeguamento; rapporto di verifica finale
- Dal Nucleo tecnico al Responsabile di procedimento: Relazione motivata; valutazione rapporto di verifica finale con eventuali richieste di integrazioni
- Dal responsabile di procedimento al responsabile di settore e di Servizio: proposta di provvedimento di concessione, revoca, mantenimento, sospensione accreditamento.

Tutte le comunicazioni interne, nel progetto di informatizzazione proposte, avranno un feed-back con inserimento di flag per accettazione/ricevimento e alert per il sollecito all'inserimento di risposte/informazioni richieste.

Non risultano "pratiche" particolari, la cui gestione preveda flussi informativi modificati rispetto a quelli sopra sintetizzati e disegnati nel relativo flow-chart.

Natura temporale del procedimento		
PROCEDIMENTO CONTINUO ☒	PROCEDIMENTO PERIODICO ☐	PROCEDIMENTO OCCASIONALE ☐

Descrizione dello scenario.

All'avvio del procedimento in fase di presentazione istanza

L'informatizzazione, consiste nella predisposizione di un modulo per l'invio telematico della domanda (già in uso), dei documenti allegati, con inserimento di integrazione di informazioni e documentazione richieste, segnalate dal Responsabile del procedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata all'arrivo della domanda e alla comunicazione da parte del Responsabile del Servizio dell'avvio del procedimento.
In questa fase si propongono inserimenti di flag quando le richieste sono ricevute, di alert per segnalare l'inserimento delle richieste e per segnalare le scadenze (tab. 2).

I documenti caricati sono quelli da allegare all'istanza, e riportati nell'elenco campi (tab. 4 a). Si prevede che le planimetrie e mappe in genere possano essere inviate in formato cartaceo, con un codice che permetta di collegarle con i riferimenti dei moduli informatici a cui sono collegati (tab. 2).
I format previsti (tab. 3) fanno riferimento alla struttura dei moduli già in uso, progettati secondo prassi interne e non necessariamente rispondenti ad obblighi normativi.

La gestione informatica dei flussi nel corso del processo

Tutte le comunicazioni esterne e interne citate all'inizio del presente paragrafo dovrebbero essere trasmesse e ricevute via telematica, tramite form (moduli informatizzati), che possono essere alimentati (tab. 3) da: inserimenti di informazioni (testo libero o flag per selezione di risposte già codificate – tab. 4), specifici "owner" di quello specifico modulo (tab. 3), da informazioni già presenti in campi di altri "form" (tab. 3), da link a documenti relativi alla fase del procedimento, da "flag" inseriti dai destinatari per conferme di ricevimento/accettazione.

Considerando le caratteristiche di questo procedimento, l'informatizzazione del flussi comunicativi interni è importante, quando quella per flussi comunicativi esterni (interfaccia utente).
Infatti i soggetti interni che partecipano al procedimento sono diversi: responsabile di servizio, responsabile di settore, responsabile di procedimento (per ogni singola pratica), gruppo di verifica, Nucleo tecnico e molte delle informazioni ad uso interno (nomine, proposte di piano di visita, ecc.), e le informazioni interne spesso sono oggetto di comunicazione anche all'istante.

Si propone, in risposta alla necessità riportata dai responsabili del servizio, di gestire le comunicazioni con la ASL per la richiesta del parere di compatibilità, tramite collegamento on line, in cui poter inserire nell'apposito "form" (Tab. 2 e Tab. 3) non solo le richieste, ma anche le scadenze attese, con automatica visualizzazione di Alert, che sollecitino la ASL nel fornire le risposte, evidenziando eventuali ritardi.

Informazioni e dati prodotti nel corso dei sopralluoghi, dovranno essere imputate nei form relativi (tab. 3), questo implica che i soggetti coinvolti (gdv), qualora non disponessero di strumenti informatici adeguati, dovranno successivamente imputare nei moduli informatici le informazioni registrate nei supporti cartacei, utilizzati nei sopralluoghi presso le strutture sanitarie.

La validazione di report previsti, come: verbale di visita e report di verifica finale (gruppo di verifica), relazione motivata (Nucleo tecnico) necessitano di una pluralità di firme elettroniche. Al momento della nomina dei soggetti il responsabile del procedimento dovrà assicurare, che questi siano in possesso di firma digitale riconosciuta.

Il processo di informatizzazione, oltre ai vantaggi riportati all'inizio di questo procedimento e ripresi nel paragrafo sui KPI, permetterebbe, quindi, nel suo complesso di riuscire a rispettare i tempi di risposta che il SUAP dovrebbe prevedere.

Come ricordato nel paragrafo precedente, non si sono individuati miglioramenti nella sequenza delle attività (flow-chart) e non si prevede che modifiche legislative o di tipo organizzativo, economico-finanziario possano impattare e modificarne il flusso. Anche per questo la progettazione dell'informatizzazione dei flussi informativi dovrebbe rimanere stabile e valida nel futuro, per un arco di tempo sufficientemente lungo.

Si ricorda che il procedimento lato utente si avvia con un accesso al portale tramite user name e password, che recupera l'anagrafica completa dell'utente. Tale accesso, autenticato a monte dalla regione attraverso un processo di identificazione e autenticazione, sarà equipollente alla firma digitale.

Gestione informatica per il controllo sullo stato di avanzamento del processo e per il rispetto delle scadenze

I "form"/moduli informatici sono collegati alle diverse attività del procedimento, secondo una sequenza cronologica. Si propone, quindi, che il sistema preveda un aggiornamento automatico di un report informatico sullo stato di avanzamento del lavoro, attraverso un inserimento nel data base di controllo della data di avvenuta compilazione di ogni form. Inoltre il sistema potrebbe tenere conto e registrare le date dei vari stadi di compilazione di un form: ad esempio, inserimento di dati; avvenuto invio (autorizzazione alla visualizzazione da parte del destinatario); inserimento dei flag di avvenuta ricezione; aggiornamenti/integrazioni eventualmente richieste inserite. Nei relativi form, la necessità di compilazione di un campo potrebbe essere segnalata con flag di colori differenti: arancione (in attesa di risposta), rosso (superamento della scadenza).

Si propone, quindi, di poter disporre di un "cruscotto di controllo" in cui possano essere visualizzate per ogni pratica: lo stadio di avanzamento, i giorni intercorsi dall'avvio, i giorni di ritardo; gli alert di sollecito inviati. Potranno essere disponibili, quindi, tempestivamente e in ogni momento, statistiche sui tempi di lavorazione per tipo di struttura e per tipo.
Inoltre dall'elenco pratiche con le informazioni sugli stati di avanzamento dovrebbe essere possibile tramite semplici "click", rintracciare le informazioni volute, registrate nei data base e visualizzate nei diversi form: nome struttura/istante; nomi gruppo di verifica, documenti, dati e informazioni prodotti e raccolti nelle fasi del procedimento.
Come già riportato in tab. 2 si prevede, inoltre, di disporre di segnalazioni flag di colori differenti

3. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

3.1 PROPOSTE DI REALIZZAZIONE DEI PROCESSI TRASVERSALI E SPECIFICAZIONE DELLE INTERRELAZIONI CON I PROCESSI VERTICALI

Non ci sono proposte per la standardizzazione e informatizzazione di processi trasversali interrelati con il procedimento. Si rammenta, comunque, il collegamento con la gestione del Protocollo informatico.

3.2 PROPOSTE DI INTEGRAZIONE CON ALTRE AMMINISTRAZIONI

In questa fase sembra possibile solo un collegamento informatico per la richiesta di pareri alla ASL e le relative risposte. Qualora le ASL fossero in grado di definire procedure interne che permettono un aggiornamento sui dati delle prestazioni sanitarie per tipo di struttura e per territorio con frequenza mensile e non quadrimestrale, come è attualmente, si propone un collegamento automatico con i data base delle ASL per la consultazione, con query, di tali dati.

3.3 ALTRI MIGLIORAMENTI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI EVIDENZIATI NELLA GAP ANALYSIS

Le criticità riportate nella "gap analysis", relative alla possibilità di errori per mancato aggiornamento dei dati sono tutte affrontabili attraverso il processo di informatizzazione.

4. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO

Di seguito si riportano i tipi di indicatori e possibili risultati attesi, dopo il processo di informatizzazione. Naturalmente i valori riportati sono indicativi e potranno essere meglio definiti nella fase di sviluppo e sperimentazione del sistema. Cionondimeno, i valori sono frutto di stime ragionevoli, che se confermate, valorizzano i benefici del progetto.

- Diminuzione della % delle pratiche con tempi superiori alla media (sollecito ai pareri delle Asl e dei tempi di risposta alle richieste di integrazioni): dal 20% al 10%
- Diminuzione tempi medi di gestione del procedimento: 5%
- Diminuzione carichi di lavoro per pratica: -25% (se questo obiettivo fosse raggiunto, essendo 4 le persone dedicate alla gestione del procedimento, si potrebbero rendere disponibile un tempo di lavoro pari ad una persona)
- Diminuzione dei reclami: -50% (da 10% a 5%)

Altri obiettivi possibili, di tipo qualitativo:

- Affidabilità delle verifiche effettuate (maggior tempestività nel fornire tutte le informazioni al gruppo di verifica)
- Disponibilità di report sullo stato di avanzamento dei procedimenti in tempo reale, per comunicazioni ai responsabili interni (Servizio, Direzione Generale, Assessorato).

5. ALLEGATO I – FLOW CHART DI TO BE

Vedi flow-chart riportati in Aris

6. ALLEGATO II – MODELLO DEI DATI

Tab. 4 a: Elenco campi per tipo. Owner: istante

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi

Anagrafica istante/struttura	1: domanda
	Colleg:
	da 2 a 10
		➢ Nome del richiedente
		➢ Luogo di nascita
		➢ Data di nascita
		➢ Località di residenza
		➢ Indirizzo di residenza:
		  Nome via
		  Numero civico
		➢ Ruolo del richiedente:
		  titolare di studio
		  rappresentante legale di società o altra persona giuridica, facente capo alla società
		➢ Luogo della sede legale (se Società)
		➢ Indirizzo sede legale:
		  Nome della via
		  Numero civico
		➢ telefono
		➢ Fax
		➢ e-mail
		➢ codice fiscale
		➢ Part. IVA
		➢ Data
		➢ Timbro e firma rappresentate legale

Tipo di struttura	1: Domanda	➢ Nuova struttura privata ➢ Trasformazione/Rimodulazione Struttura privata esistente ➢ struttura privata accreditata provvisoriamente ➢ Nuova struttura pubblica ➢ struttura pubblica esistente ➢ Trasformazione / rimodulazione struttura pubblica

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Dichiarazioni (ai sensi dell'art. 13, D.lgs. n. 196/2003)	1: Domanda	- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento dell'istruttoria della pratica; - il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo o informatico; - il conferimento dei dati ha natura facoltativa; - il mancato conferimento dei dati determinerà l'impossibilità di espletare l'istruttoria della pratica; - i dati forniti potranno essere conosciuti esclusivamente dal personale della Direzione Generale della sanità presso l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale; - ha facoltà di esercitare i diritti di cui all'art. 7, D.lgs. n. 196/2003; - il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma della Sardegna; - il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore Generale della sanità presso l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.
Descrizione struttura: generalità	1: Domanda	➢ Struttura ➢ Comune ➢ Via n. ➢ Codice prestazione ➢ Volume attività (per ogni codice di prestazione)

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Descrizione struttura: personale	1: Domanda	➢ Personale: direzione generale – Direttore Sanitario – Nome – Cognome – Data e luogo di nascita – Tipo di rapporto – Specializzazione ➢ Personale: (per ogni persona) – Nome – Cognome – date di nascita – Tipo di contratto: (a tempo indeterminato, formazione e lavoro, collaborazione e consulenza, volontario, interinale, a tempo determinato) – Numero complessivo ore settimanali: – Qualifica Professionale – Unità Operativa – Specifica CNNL applicato
Descrizione struttura: (per ogni) apparecchiature elettromedicali	1: Domanda	➢ Dati relativi alle apparecchiature ➢ Descrizione ➢ Numero apparecchiature funzionanti per tipo
Descrizione struttura: attività	1: Domanda	(per Strutture ospedaliere e residenziali) ➢ Tipologia attività ➢ N. posti letto attualmente accreditati ➢ N. posti letto per i quali si richiede l'accreditamento (per Attività semiresidenziale, ambulatoriale di riabilitazione globale e centri diurni) ➢ Giorni di apertura della struttura ➢ Orari di apertura ➢ Tipologia attività ➢ Volumi attività (per ogni tipologia)

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Elenco documenti allegati	1: Domanda	- copia documento di identità - copia atto costitutivo (Per nuove strutture) ➢ copia provvedimento autorizzazione (Per trasformazione. Ampliamento o rimodulazione) ➢ copia autorizzazioni e accreditamento rilasciate, più allegati ➢ Atto costitutivo della società e modifiche ➢ Certificato di agibilità e di destinazione d'uso, per tipologia ovvero descrizione situazione tecnico amministrativa in corso ➢ copie pianta dei locali ➢ Schede di valutazione (vedi sito Regione) ➢ Relazione tecnico sanitaria che evidenzia: le modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione la definizione delle responsabilità modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati) modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi. Le modalità di gestione degli eventuali disservizi e degli eventi avversi ➢ n. 1 marca da bollo da € 14,62.
Partecipanti attività di verifica	4: piano verifica Doc. in uso: 4	- Nomi persone partecipanti la verifica (previste e effettive)

Tab. 4 b: Elenco campi per tipo. Owner: Responsabile del procedimento (e Responsabile del servizio, solo per il tipo di campo: "Riferimenti domanda e assegnazioni".

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Riferimenti domanda e assegnazioni	2: Avvio richiesta integraz Coll: da 2 a 10	- Nr. protocollo - Data - Firma digitale Responsabile Servizio per assegnazione pratica a Resp. Procedimento
Comunicazione avvio procedimento	2: Avvio richiesta integrazioni Doc. in uso: 13	- Data di comunicazione avvio - Responsabile del procedimento: nome
Integrazioni documenti richiesti e verifica documenti	2: Avvio richiesta integraz. Colleg.: 6 Doc. in uso: 2	➢ Tipo di servizio ➢ Numero di protocollo ➢ Regime accredito ➢ Ufficio competente ➢ Autorizzazione: o numero o Ufficio ➢ Giorni di riferimento ➢ Orari di apertura ufficio ➢ Note per domanda erronea o incompleta ➢ Saluti ➢ Direttore del servizio: nome ➢ Elenco documenti integrativi o informazioni richieste ➢ Data
Nomi gdv	3: organizz. Colleg.: 4 Doc. in uso: 3	➢ Componenti del gruppo di verifica incaricati
Piano di verifiche e organizzazione interna (nomine)	4: Piano verifica. Colleg.: 8, 9 Doc. in uso: 4	➢ Piano di verifica: riferimenti ➢ Convocazione riunione pre audit (data e ora) ➢ Ubicazione uffici Assessorato ➢ Partecipanti: nomi (istante) ➢ Delegato a rappresentante legale (allegato schema tipo per delega)
Richiesta adeguamenti (piano adattamenti)	5: piano adattam. Colleg.: 8,9 Doc. in uso: 5	➢ Riferimenti piano di verifica: data ➢ elenco integrazioni richieste ➢ responsabile del gruppo di verifica: nome ➢ componenti del gruppo di verifica: nomi

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Pareri espressi (dal nucleo) e condizioni richieste	10: valutazione verifica finale Doc. in uso: 11	➢ Discussione Rapporto Finale della struttura (nome struttura) data ➢ riscontro requisiti (è/non è) ➢ valutazione attività erogata (consente/non consente) ➢ Espressione parere: favorevole /non favorevole (rif. Rapporto allegato) /favorevole sotto condizione (rif. Rapporto allegato) ➢ Nome e cognome (firma) di tutti i presenti
Elenco documenti verificati Integrazione documenti richiesti	6: relazione amminis. Doc. in uso: 12	(Elenco documenti verificati: check list di quelli già caricati nei diversi form) – determinazioni autorizzative e di accrescimento – copia atto costitutivo della società – certificati di agibilità e di destinazione d'uso – elenco attrezzature e apparecchiature – elenco personale – autocertificazione dei titoli di studio del personale – elenco delle prestazioni e dei volumi di attività – copie della pianta dei locali – elenco attività semiresidenziale etc. – schede di valutazione – relazione tecnico sanitaria o modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione o definizione delle responsabilità o modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni o modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi o modalità di gestione degli eventuali disservizi e degli eventi avversi – 1 marca da bollo – elenco posti letto per le strutture ospedaliere – Segnalazioni documenti mancanti (integrazioni richieste)

Tab. 4 c: Elenco campi per tipo. Owner: Gdv

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili; Nr. documento in uso	Elenco campi
Dichiarazioni verifiche effettuate	8; Verifica Colleg.: 9 Doc. in uso: 8	➢ nr, esecuzione verifica (n.) ➢ presenza di (nomi) ➢ di aver compilato le di valutazione allegate ➢ di aver illustrato e commentato le schede ➢ di aver posto annotazioni ➢ di aver consegnato copia del verbale
Requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici	9: verifica Colleg.: 6, 10 Doc. in uso: 9	➢ ubicazione struttura ➢ descrizione fabbricato ➢ accesso (via e n.) ➢ piano ➢ conformità normativa ➢ dove si accede: descrizione sala d'accesso secondo normativa ➢ zona operativa – elenco elementi ambienti ➢ verifica visiva impianti tecnologici e congruità ➢ impianti elettrici: certificazione conformità; impianti elettrici:realizzazione in conformità ➢ assenza progetto impianto elettrico e richiesta relazione tecnica ➢ Apparecchiature elettromedicali presente: Corrispondenti allegato tre; Non corrispondenti Richiesta integrazione e certificazione di conformità
Requisiti organizzativi	9: verifica Colleg.: 6, 10 Doc. in uso: 0	➢ riscontro requisiti (è/non è) ➢ valutazione attività erogata (consente/non consente) ➢ Parere espresso: favorevole /non favorevole (rif. Rapporto allegato) /favorevole sotto condizione (rif. Rapporto allegato) ➢ Nome e cognome (firma) di tutti i presenti
Requisiti verificati: items check list	Input: 9 Colleg.: 6, 10 Doc. in uso: check list, allegate	- **Vedi Allegati**

7. ATTVITA' DI CHANGE MANAGEMENT. OSSERVAZIONI

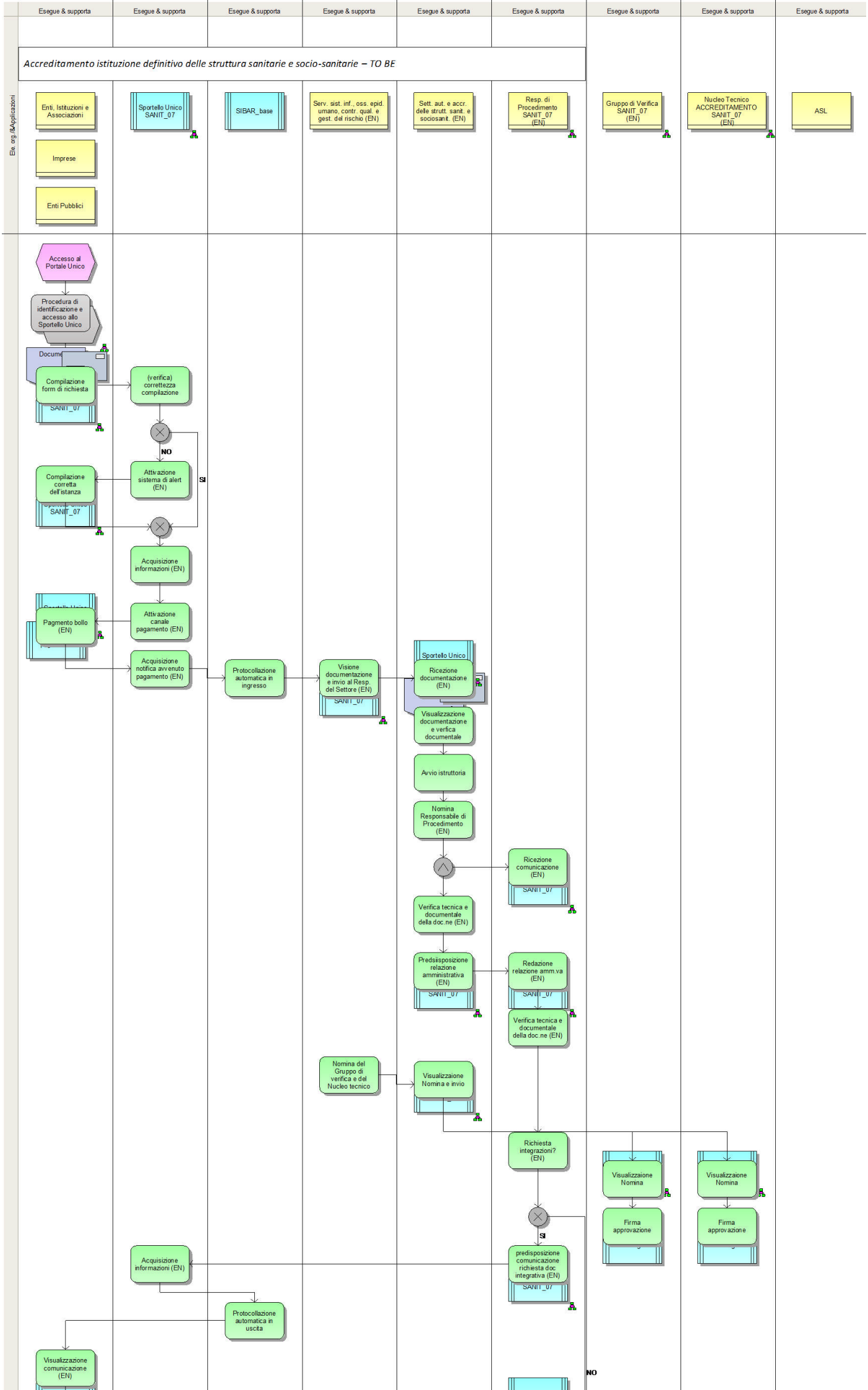
Di seguito si riportano note relative alle attività di mentoring e coaching, che sono state di supporto alla rilevazione di dati e informazioni presso le strutture regionali e alla condivisione del lavoro svolto. Naturalmente, pur riportando queste note per ogni procedimento, queste sono simili per tutti quelli che sono di competenza dello stesso servizio.
Infatti, le attività di illustrazione degli obiettivi del progetto; di sensibilizzazione sulla sua importanza, della predisposizione delle modalità per un'attiva partecipazione sono state adattate all'ambiente professionale, tipico di ogni servizio, i cui responsabili e operatori sono molto spesso gli stessi interlocutori per procedimenti diversi.

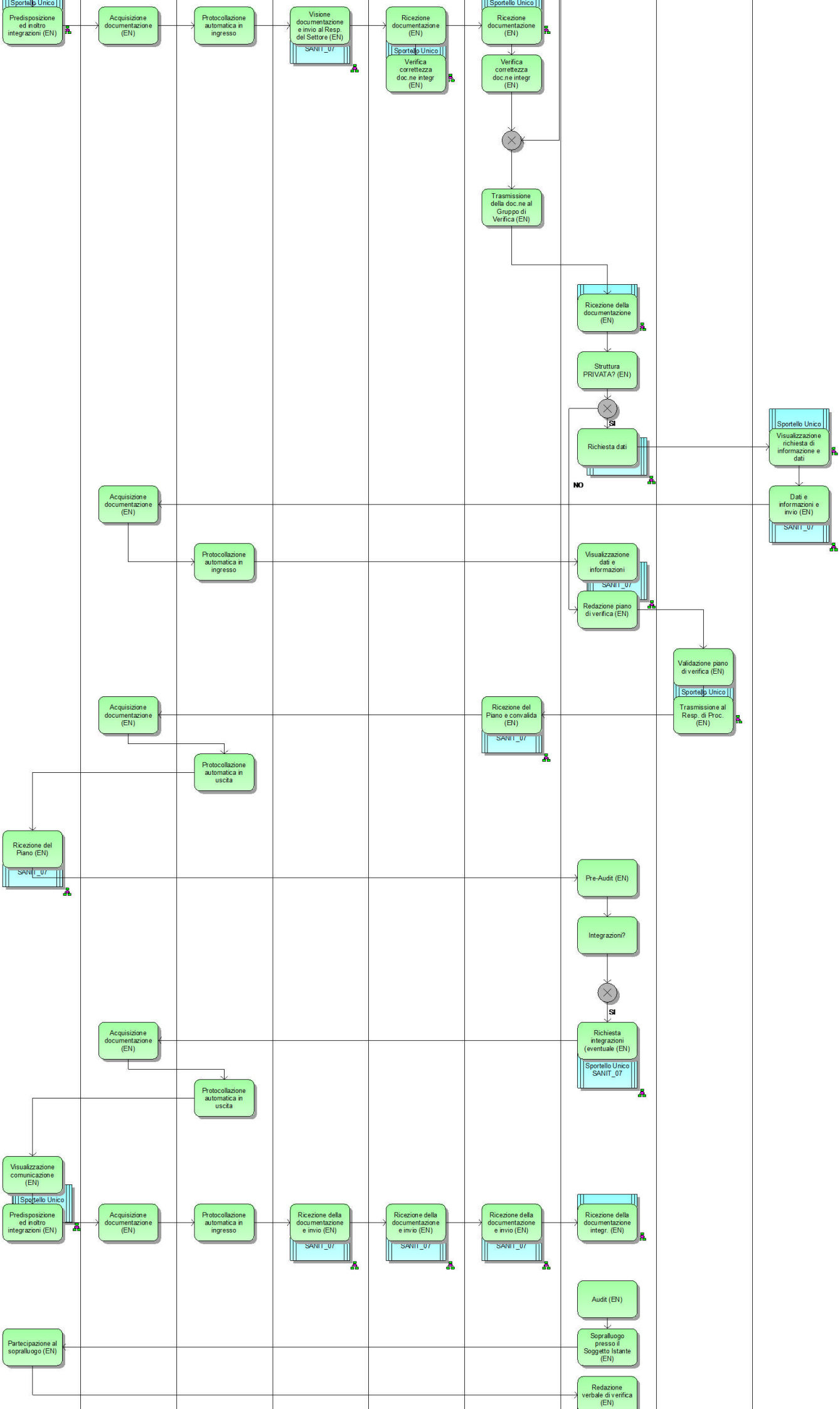
Collaborazione e disponibilità
I diversi incontri con i responsabili dei procedimenti e i collaboratori hanno permesso di rilevare informazioni necessarie e fondamentali per comprenderne caratteristiche e criticità, anche per la fattiva collaborazione ed un atteggiamento proattivo, nella ricerca comune di possibili miglioramenti.
Alle riunioni hanno partecipato tutti gli operatori del Settore competente, lavorando con spirito di squadra. Le attività di mentoring e coaching sono state facilitate da tale spirito, che ha permesso di poter contare su un atteggiamento rivolto all'auto miglioramento continuo.

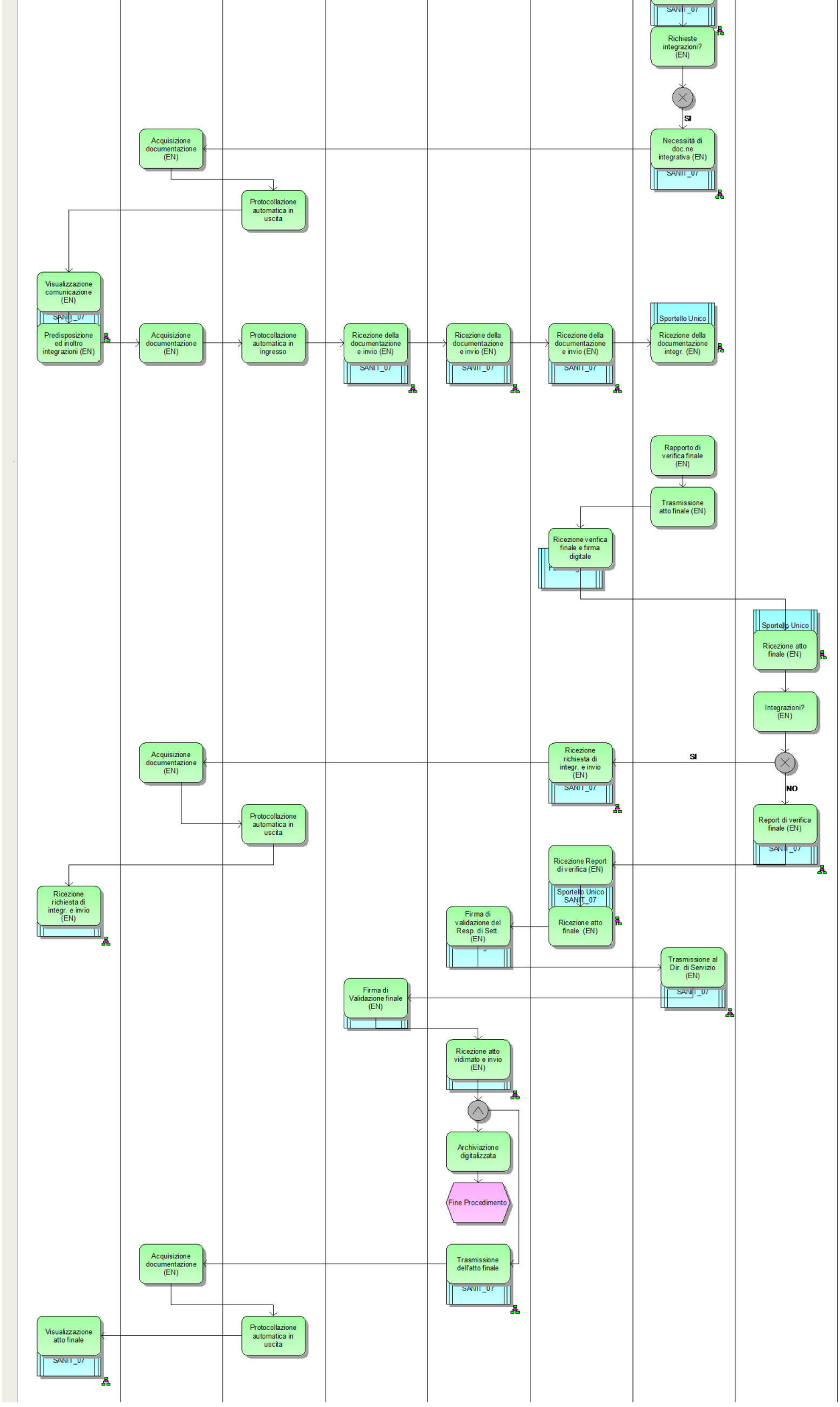
Il progetto è stato considerato importante da tutti i responsabili che operano per la gestione del procedimento e i risultati attesi dall'implementazione dell'informatizzazione sono ritenuti di supporto per: la semplificazione del lavoro interno, la rintracciabilità della documentazione, il miglioramento nella comunicazione sullo stato di avanzamento del progetto; il miglioramento dei rapporti con l'utenza, a cui potranno essere offerte modalità meno "burocratiche" nell'accesso al servizio e nelle comunicazioni con gli operatori della p.a., implicati nella gestione del procedimento.

Competenze informatiche interne
Le competenze interne regionali, in particolare del responsabile di settore o degli operatori con maggiore esperienza, per la gestione informatica di dati e informazioni sono alte, dimostrando una dimestichezza nell'uso degli strumenti informatici e, quindi, una capacità di apprezzare e valorizzare i risultati attesi del progetto.
Queste competenze non sono però diffuse tra tutti gli operatori di settore, che, da quanto è stato rilevato, necessiteranno non solo di formazione specifica nell'utilizzo di uno "strumento informatico", ma di maggiori attività di affiancamento, che possa supportare il cambio di approccio e di mentalità operativa, quando il progetto di informatizzazione verrà concretamente implementato.

Disponibilità all'uso informatico degli utenti
Gli utenti sono strutture sanitarie, tutte informaticamente attrezzate, con personale che deve essere competente nell'utilizzo di sistemi on-line per il funzionamento delle stesse strutture, soprattutto di media e alta complessità, e, quindi assolutamente in grado di utilizzare tal sistemi per la consultazione e trasmissione di dati e informazioni.
L'informatizzazione dovrebbe, quindi, migliorare la soddisfazione di questo tipo di utenza nei confronti dei servizi regionali.


Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Accreditamento istituzione definitivo delle struttura sanitarie e socio-sanitarie – TO BE
Ele. org./Applicazioni
Enti, Istituzioni e Associazioni
Imprese
Enti Pubblici
Sportello Unico SANIT_07
SIBAR_base
Serv. sist. inf., oss. epid. umano, contr. qual. e gest. del rischio (EN)
Sett. aut. e accr. delle strutt. sanit. e sociosanit. (EN)
Resp. di Procedimento SANIT_07 (EN)
Gruppo di Verifica SANIT_07 (EN)
Nucleo Tecnico ACCREDITAMENTO SANIT_07 (EN)
ASL
Accesso al Portale Unico
Procedura di identificazione e accesso allo Sportello Unico
Compilazione form di richiesta
(verifica) correttezza compilazione
NO
SI
Attivazione sistema di alert (EN)
Compilazione corretta dell'istanza
Acquisizione informazioni (EN)
Attivazione canale pagamento (EN)
Pagmento bollo (EN)
Acquisizione notifica avvenuto pagamento (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settore (EN)
Sportello Unico
Ricezione documentazione (EN)
Visualizzazione documentazione e verfica documentale
Avvio istruttoria
Nomina Responsabile di Procedimento (EN)
Ricezione comunicazione (EN)
Verifica tecnica e documentale della doc.ne (EN)
Predsiisposizione relazione amministrativa (EN)
Redazione relazione amm.va (EN)
Verifica tecnica e documentale della doc.ne (EN)
Nomina del Gruppo di verifica e del Nucleo tecnico
Visualizzaione Nomina e invio
Richiesta integrazioni? (EN)
Visualizzaione Nomina
Firma approvazione
Visualizzaione Nomina
Firma approvazione
SI
predisposizione comunicazione richiesta doc integrativa (EN)
Acquisizione informazioni (EN)
Protocollazione automatica in uscita
Visualizzazione comunicazione (EN)
NO


Sportello Unico
Predisposizione ed inoltro integrazioni (EN)
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settore (EN)
SANIT_07
Sportello Unico
Ricezione documentazione (EN)
Verifica correttezza doc.ne integr (EN)
Sportello Unico
Ricezione documentazione (EN)
Verifica correttezza doc.ne integr (EN)
Trasmissione della doc.ne al Gruppo di Verifica (EN)
Ricezione della documentazione (EN)
Struttura PRIVATA? (EN)
SI
NO
Richiesta dati
Sportello Unico
Visualizzazione richiesta di informazione e dati
Dati e informazioni e invio (EN)
SANIT_07
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Visualizzazione dati e informazioni
SANIT_07
Redazione piano di verifica (EN)
Validazione piano di verifica (EN)
Sportello Unico
Trasmissione al Resp. di Proc. (EN)
Ricezione del Piano e convalida (EN)
SANIT_07
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in uscita
Ricezione del Piano (EN)
SANIT_07
Pre-Audit (EN)
Integrazioni?
SI
Richiesta integrazioni (eventuale (EN)
Sportello Unico SANIT_07
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in uscita
Visualizzazione comunicazione (EN)
Sportello Unico
Predisposizione ed inoltro integrazioni (EN)
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Ricezione della documentazione integr. (EN)
Audit (EN)
Sopralluogo presso il Soggetto Istante (EN)
Partecipazione al sopralluogo (EN)
Redazione verbale di verifica (EN)


SANIT_07
Richieste integrazioni? (EN)
SI
Necessità di doc.ne integrativa (EN)
SANIT_07
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in uscita
Visualizzazione comunicazione (EN)
SANIT_07
Predisposizione ed inoltro integrazioni (EN)
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Ricezione della documentazione e invio (EN)
SANIT_07
Sportello Unico
Ricezione della documentazione integr. (EN)
Rapporto di verifica finale (EN)
Trasmissione atto finale (EN)
Ricezione verifica finale e firma digitale
Sportello Unico
Ricezione atto finale (EN)
Integrazioni? (EN)
SI
NO
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in uscita
Ricezione richiesta di integr. e invio (EN)
SANIT_07
Report di verifica finale (EN)
SANIT_07
Ricezione Report di verifica (EN)
Sportello Unico SANIT_07
Ricezione atto finale (EN)
Ricezione richiesta di integr. e invio (EN)
Firma di validazione del Resp. di Sett. (EN)
Trasmissione al Dir. di Servizio (EN)
SANIT_07
Firma di Validazione finale (EN)
Ricezione atto vidimato e invio (EN)
Archiviazione digitalizzata
Fine Procedimento
Acquisizione documentazione (EN)
Trasmissione dell'atto finale
SANIT_07
Visualizzazione atto finale
SANIT_07
Protocollazione automatica in uscita