



**Percorso di qualità per il riconoscimento  
e la conferma dello status di centro regionale  
specializzato**

**(DGR n. 4532 del 28 dicembre 2007)**

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. PERCORSO DI QUALITÀ SPECIFICO.....</b>	<b>4</b>

## 1. PREMESSA

Il verificarsi negli anni della necessità di riconoscere la specializzazione di diversi centri presso le aziende pubbliche, territoriali ed ospedaliere, risente, oggi, del mancato utilizzo, ai fini del riconoscimento, di una metodologia condivisa e omogenea a tal fine predisposta.

Si è reso, pertanto, utile lo sviluppo di un percorso di qualità che permetta di cogliere le caratteristiche di ogni specifico centro e ne valorizzi l'attività in termini differenziali rispetto alle unità operative ordinarie.

I centri specializzati, quindi, dovranno rispondere a parametri quali-quantitativi specifici della loro attività per ottenere il riconoscimento dello status di centro regionale specializzato.

La qualifica di centro specializzato prevede, nell'impostazione regionale, la presenza simultanea di tre tipologie di attività e lo svolgimento delle stesse in funzione di un supporto alla programmazione regionale su materie specifiche:

1. clinica (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)
2. ricerca
3. formazione

I Centri specializzati già riconosciuti si sono, di fatto, connotati negli anni facendo prevalere una attività sulle altre.

Una volta individuata l'attività di riferimento, questa verrà valutata secondo le seguenti dimensioni:

- Qualitativa
  - contributo formativo e informativo
  - gestione clinica
  - gestione della ricerca
  - appartenenza a rete nazionale e internazionale
- Quantitativa
  - livelli di attività (quantità, capacità attrattiva ecc)
  - risorse dedicate

## 2. PERCORSO DI QUALITÀ SPECIFICO

Il modello proposto, quale percorso di qualità specifico dei centri specializzati, prevede che, laddove trattasi di unità cliniche, queste debbano rispondere a requisiti per il riconoscimento dello status di centro regionale specializzato. I requisiti saranno valutati secondo la scala di valutazione 0%, 60%, 100%, già utilizzata nell'accreditamento istituzionale.

I requisiti sono i seguenti e per ciascuno sono indicate le misure relative per la assegnazione del punteggio. Si precisa che per ottenere il punteggio del 100% è necessario ottemperare anche a quanto previsto per ottenere il punteggio minimo del 60%.

### *Dimensione qualitativa*

#### Contributo formativo e informativo

1. Il centro supporta la direzione regionale di afferenza nella definizione del contesto epidemiologico di riferimento
  - il centro produce annualmente un aggiornamento dell'analisi epidemiologica della casistica trattata (60%);
  - il centro produce annualmente un aggiornamento dell'analisi epidemiologica della casistica trattata direttamente e di quella trattata a livello regionale (100%);

Evidenze: analisi epidemiologica prodotta.

2. Il centro promuove formazione specifica

Diffusione:

- il centro organizza corsi di formazione specifica per il proprio personale coinvolto (60%);
- il centro organizza corsi di formazione specifica aperti anche al personale di altre aziende (100%);

Evidenza: elenco iscritti e corsi promossi.

Contenuti:

- il centro propone corsi di formazione sviluppati sulla base della propria esperienza (60%);
- il centro propone corsi di formazione sviluppati sulla base anche di esperienze e ricerche internazionali (100%);

Evidenze: programmi di formazione.

3. Il centro valuta l'impatto formativo

- il centro valuta le conoscenze esistenti prima e dopo l'effettuazione del corso (60%);
- il centro valuta la conoscenza e l'apprendimento delle materie trattate tramite valutazioni delle pratiche operative (indicatori di processo e di esiti intermedi/finali) (100%).

Evidenze: rapporti specifici.

### Gestione clinica

1. Il centro definisce o contribuisce all'utilizzo di protocolli diagnostico terapeutici a livello regionale

- il centro ha definito i protocolli specifici e ha fornito dati a supporto dell'utilizzo dello stesso (60%);
- il centro si fa carico dei momenti di verifica di applicazione e di aggiornamento degli stessi (100%);

Evidenza: protocolli e verbali di riunioni e relazioni specifiche.

2. Il centro monitora sistematicamente misure specifiche di esito clinico

- il centro raccoglie ed elabora i dati di esito/di outcome clinico dei propri assistiti e ne valuta l'andamento nel tempo (60%);
- il centro raccoglie ed elabora i dati di esito/di outcome clinico dei propri assistiti (e del livello regionale) e ne valuta l'andamento nel tempo confrontandoli con quelli di altri centri di riferimento nazionali e internazionali (100%);

Evidenza: report specifici.

3. Il centro promuove protocolli/accordi organizzativi in ottica di rete integrata

- il centro partecipa a protocolli organizzativi con le strutture delle aziende sanitarie dell'ambito provinciale (o area vasta) di appartenenza del centro (60%);
- il centro partecipa a protocolli organizzativi con le strutture delle aziende sanitarie di ambito extra-provinciale (100%);

Evidenza: protocolli e accordi formalizzati.

### Gestione della ricerca

1. La ricerca è gestita in modo strutturato e funzionale al miglioramento della pratica clinica o di elementi a supporto della stessa

- il progetto di ricerca è gestito alla luce di una programmazione specifica e documentata con (60%):
  - obiettivi definiti specifici;
  - tempi di realizzazione e di verifica intermedi e finali;

- definizione e controllo di un budget economico specifico;
  - il centro tiene conto dei risultati della ricerca, dell'analisi comparata e del confronto (benchmarking) degli stessi al fine di individuare la migliore pratica clinica possibile (100%);
- Evidenze (entrambe necessarie):
- documentazione relativa alla programmazione e al controllo dei progetti di ricerca;
  - pubblicazione scientifica relativa ai singoli progetti di ricerca..

#### Appartenenza a reti nazionale/internazionale

1. Il centro è interlocutore per la Regione presso i network nazionali e internazionali di riferimento:

- il centro partecipa alle attività (es. seminari, convegni, direttivi/comitati scientifici) dei network nazionali ed internazionali di afferenza (60%);
- il centro partecipa a progetti di ricerca e studio in collaborazione con centri specializzati appartenenti al contesto nazionale e internazionale (100 %);

Evidenza:

il centro relaziona, in entrambi i casi, alla Regione sulle indicazioni e sulle evoluzioni scientifiche desumibili dalle attività alle quali si è partecipato, presentando anche la documentazione attestante tale partecipazione.

#### *Dimensione quantitativa*

In termini quantitativi ciascun centro dovrà fornire i seguenti dati:

1. numero degli interventi annui totale (numero di ricoveri per DRG, numero di prestazioni per codice ICD IX CM), specificando i seguenti sottoinsiemi:
  - specifici e non del centro, di cui:
    - intra regionali, di cui:
      - intra ULSS
      - intra provincia
      - extra provincia
    - extra regionali, di cui
      - nazionali
      - internazionali

2. organizzazione del lavoro e descrizione delle risorse umane (numero e qualifica) e tecnologiche (tipologia, livello di obsolescenza, livello di produttività) dedicate e/o in condivisione con le attività ordinarie;
3. relazione sul livello di formazione ed esperienza specifica di ciascun componente medico e non medico del team, negli ultimi 3 anni;
4. impact factor.

Relativamente al primo punto l'ARSS con il supporto operativo delle Direzioni regionali competenti, procederà ad un raffronto dei dati forniti sia su livello regionale che su quello nazionale, per analogia casistica.

L'aspirante centro specializzato, in relazione alla propria attività e al proprio ruolo, per le dimensioni pertinenti, dovrà:

- avere un punteggio medio pari almeno al 60%;
- fornire tutte le evidenze e i dati richiesti.

Al momento della conferma del riconoscimento, il centro dovrà totalizzare un punteggio medio totale pari o superiore a quello ottenuto in precedenza.

L'ARSS provvederà a definire, sulla base dei dati monitorati nel corso del primo anno di applicazione del percorso qualità, gli standard minimi di volumi di produzione.

### *Procedure per il riconoscimento dello status di centro regionale specializzato.*

La procedura per il riconoscimento dello status di centro regionale specializzato riguarda sia i centri attualmente operanti ed elencati nell'allegato E. alla delibera della Giunta regionale n. 4532 del 28.12.2007 e s.m.i. sia i centri di nuova istituzione.

La domanda di riconoscimento dello status di centro regionale specializzato, formulata dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria o dell'IRCCS cui il Centro afferisce, deve essere trasmessa alla Segreteria regionale Sanità e Sociale corredata dalla scheda di autovalutazione e dalle evidenze richieste dai singoli requisiti. Nel caso di Centri specializzati di nuova istituzione la domanda dovrà essere corredata del relativo piano triennale di attività e del piano operativo.

I centri specializzati attualmente operanti dovranno presentare domanda di conferma del riconoscimento, pena la cessazione di tale status, entro il 31/12/2009.

I Centri di nuova istituzione dovranno presentare domanda almeno 180 giorni prima della data di avvio del piano triennale di attività.

La Conferenza dei Dirigenti regionali delle Direzioni e Unità di Progetto afferenti la Segreteria regionale Sanità e Sociale, integrata dal Direttore dell'ARSS o da un suo delegato, provvede alla valutazione del possesso dei requisiti attraverso l'esame delle schede di autovalutazione e della documentazione presentata dal Centro e dei risultati di eventuali audit attivati dalla stessa Conferenza laddove ritenuto necessario.

L'esito della valutazione sarà trasmesso alla Direzione regionale competente per il completamento dell'istruttoria e l'adozione del provvedimento giuntale di riconoscimento.

Il riconoscimento dello status di Centro regionale specializzato, fatte salve rinunce o il venir meno dei requisiti previsti dal "percorso qualità", ha validità triennale dal momento del rilascio con apposito provvedimento di Giunta regionale.

Il rinnovo dello status allo scadere dei tre anni sarà effettuato mediante il riesame dei requisiti previsti e previa presentazione, almeno 180 giorni prima della scadenza, della richiesta di rinnovo da parte del Direttore dell'azienda sanitaria o dell'IRCCS cui il centro afferisce.

Il Centro regionale specializzato è tenuto ad inviare annualmente, entro il primo trimestre di ogni anno, un report sull'attività svolta nell'anno precedente.

Per i centri di nuova istituzione tale report verrà valutato al termine del primo anno di attività per confermare il riconoscimento che verrà rilasciato in via provvisoria sulla base del piano triennale di attività e del piano operativo.

I requisiti definiti con il presente documento potranno essere progressivamente elevati in relazione alle caratteristiche che assumerà nel tempo il sistema dell'offerta dei centri e ai mutamenti del contesto di riferimento.