

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI
PER I DISTURBI della NUTRIZIONE e ALIMENTAZIONE (DNA)**

Sommario

PREMESSA	3
INTRODUZIONE	5
1) RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	5
2) STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)	5
3) CICLO PDCA	5
SEZIONE 1 REQUISITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISTURBI della NUTRIZIONE e ALIMENTAZIONE (DNA).....	7

PREMESSA

L'accreditamento, come configurato dalla normativa nazionale, rappresenta un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti che sono direttamente correlati ai livelli di qualità attesi, nonché dalla temporaneità del riconoscimento di adeguatezza agli stessi, che richiede una periodicità di controlli.

In accordo a quanto indicato dall'OMS, il sistema dell'accreditamento mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. In tal modo ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni sanitari, può ricevere gli atti diagnostici e terapeutici che garantiscono i migliori risultati in termini di salute, in rapporto allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e ai minori rischi possibili. Ciò per conseguire la soddisfazione dei bisogni rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti conseguiti ed in rapporto alle interrelazioni umane ricevute all'interno del sistema sanitario.

Con l'accreditamento istituzionale, pertanto, è necessario che le strutture sanitarie e sociosanitarie si dotino di modelli organizzativi e gestionali riconosciuti come validi ed appropriati dagli operatori e dai cittadini, verificabili, comparabili a livello internazionale ed in grado di soddisfare i livelli di sicurezza e qualitativi richiesti dalle best practices.

In questo scenario è maturata l'esigenza di favorire la realizzazione di un nuovo modello, che tenga conto del *Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento* approvato con l'Intesa Stato-Regioni 20.12.2012 – rep. atti n. 259/CSR come elementi minimi di base per l'accreditamento. In tale ambito l'attenzione è stata focalizzata sul principio metodologico del miglioramento continuo e sui diversi possibili percorsi organizzativi all'interno delle diverse aree clinico-assistenziali.

Il modello (analogamente ai Manuali tipo predisposti da Agenas nel 2015 e nel 2021), si è proposto di individuare gli elementi essenziali volti a una compiuta gestione della qualità e sicurezza delle cure, oltre ad individuare elementi misurabili per la valutazione delle strutture, con l'obiettivo di verificare il possesso, da parte delle strutture sanitarie, di determinati requisiti relativi alle condizioni organizzative e di funzionamento che influiscano sulla qualità e sicurezza dell'assistenza.

Con il presente Manuale, in conformazione al modello di cui al Manuale tipo predisposto da Agenas nel 2021, si è provveduto ad una riorganizzazione e semplificazione dei contenuti al fine di individuare i livelli ritenuti essenziali di sicurezza e di qualità delle cure.

I requisiti per l'accreditamento istituzionale individuati dal presente Manuale hanno come principale obiettivo quello di delineare dei modelli organizzativi di base, conformi ai nuovi indirizzi strategici del sistema sanitario nazionale garantendo una congruenza dell'attività delle strutture sanitarie con i principi regolatori del Ssn.

Il presente Manuale recepisce la normativa nazionale di settore, creando ed incentivando il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni un percorso di sviluppo progressivo ed una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti attraverso attività di misurazione e analisi finalizzate ad innescare processi di miglioramento continuo.

Nella realizzazione del Manuale, si è ritenuto opportuno collegare la definizione dei requisiti di accreditamento ad obiettivi più ampi, nel tentativo di offrire ai professionisti, ai manager e al Governo regionale, l'opportunità di leggere l'attività e la qualità dei servizi pertinenti ai settori assistenziali interessati.

Il modello, fermo restando la necessità di ottemperare i requisiti e le evidenze definiti dal *"Disciplinare per la revisione della normativa sull'accreditamento"* di cui alla sopra citata Intesa Stato-Regioni del 2012, sviluppa un metodo di gestione iterativo articolato nelle quattro fasi del Ciclo di Deming (PDCA, acronimo di Plan-Do-Check-Act, in italiano "Pianificare - Fare - Verificare - Agire") prevedendo un'implementazione modulare delle evidenze. In tal modo si evidenziano diversi gradi di consapevolezza e accountability delle strutture sanitarie, che vanno dalla pianificazione delle attività all'implementazione, alla raccolta dei dati e all'adozione, in maniera sistematica, di una logica di apprendimento continuo in grado di coinvolgere tutti i professionisti.

Il modello tende pertanto alla definizione di un percorso di sviluppo progressivo che orienti l'organizzazione verso il miglioramento continuo. Si è inteso quindi considerare l'accreditamento istituzionale come una porta d'ingresso per un'analisi 'di sistema' che includa, ad esempio, l'identificazione dei problemi di salute e della domanda di assistenza ad essi collegata, l'adeguatezza delle soluzioni organizzative, l'appropriatezza delle prestazioni, il rapporto tra le attività e risultati.

INTRODUZIONE

Le direttrici di fondo per l'elaborazione del modello di accreditamento sono state le seguenti:

1) RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

- a) in **AUTORIZZAZIONE** devono essere inclusi i requisiti riferiti alle **RISORSE (STRUTTURALI, TECNOLOGICHE, UMANE, ORGANIZZATIVE)** necessarie all'esercizio efficace e sicuro delle attività delle specifiche strutture sanitarie, sociosanitarie (anche in assenza di una possibile richiesta di accreditamento istituzionale).
- b) in **ACCREDITAMENTO** sono inclusi i requisiti che attengono ai **PROCESSI (ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI, ASSISTENZIALI)** che favoriscono un utilizzo di qualità (efficacia, sicurezza, efficienza, appropriatezza, umanizzazione, ecc.) del mix delle risorse individuate nella procedura di autorizzazione.

2) STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Il Disciplinare fornisce il quadro concettuale di riferimento in base al quale devono essere sviluppate tutte le normative regionali in materia di accreditamento istituzionale e **si articola in 8 criteri e 28 requisiti che definiscono altresì il livello minimo di accountability delle strutture sanitarie ai fini dell'accREDITAMENTO.**

3) CICLO PDCA

Come già espresso nella premessa, la filosofia di fondo del sistema di accreditamento è quello di garantire in prima battuta la corrispondenza alle evidenze del "Disciplinare per la revisione della normativa sull'accREDITAMENTO" di cui alla più volte citata Intesa Stato-Regioni e di orientare le strutture/Aziende sanitarie al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il modello di riferimento nelle organizzazioni per promuovere i processi di miglioramento continuo è quello comunemente conosciuto come ciclo di Deming (Ciclo PDCA: Plan-Do-Chek-Act). Tale modello è stato già implementato all'interno dei sistemi di accreditamento a livello internazionale e in diverse regioni italiane ed è alla base anche dei Manuali tipo elaborati da Agenas rispettivamente nel 2015 e nel 2021.

La logica del ciclo PDCA (ciclo dei Deming) è la seguente:

- P - Plan. Pianificazione: l'organizzazione deve aver predisposto la documentazione necessaria a descrivere le modalità di raggiungimento dell'obiettivo per la qualità definito dal requisito per l'accREDITAMENTO;
- D - Do. Implementazione: l'organizzazione deve garantire l'implementazione di quanto definito in fase di progettazione e pianificazione;
- C - Check. Controllo, studio e raccolta dei risultati: l'organizzazione deve monitorare in maniera continua la qualità delle strutture, dei processi e degli esiti derivanti dall'erogazione del servizio;
- A - Act. Azione per migliorare o standardizzare aspetti legati a struttura, processo o esito: l'organizzazione deve analizzare e valutare i risultati del monitoraggio, effettuare un'analisi delle priorità e definire e mettere in campo iniziative per migliorare la qualità delle strutture, dei processi e degli

esiti.

L'applicazione di ogni requisito è vista dunque come un ciclo costituito da quattro momenti: Plan (progettare, pianificare), Do (agire, realizzare), Check (controllare) e Act (stabilizzare o correggere e riavvio del ciclo di intervento).

Il presente modello parte dall'assunto che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento.

Applicare costantemente le quattro fasi del ciclo di Deming consente di migliorare continuamente la qualità e soddisfare le esigenze del

SEZIONE 1
REQUISITI
STRUTTURE
RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI
PER DNA

1° Criterio
ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

Requisito 1.1 - Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito il piano annuale, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità, formulato con il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di tutela del malato	SI	NO
DO	Vi è evidenza della diffusione del piano a tutti gli stakeholder	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.2 - Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito documenti che individuano: - il ruolo, le funzioni e le attività dell'organizzazione all'interno delle Reti assistenziali di cui la struttura è parte costitutiva - i collegamenti funzionali con gli altri nodi ospedalieri e territoriali della rete per promuovere la continuità assistenziale - i relativi indicatori e sistemi di monitoraggio	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste nei documenti di pianificazione delle Reti	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.3 - Definizione delle responsabilità			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	Sono state definite la struttura di governo dell'organizzazione e le responsabilità clinico/assistenziali-organizzative, unitamente alle modalità e ai criteri di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.4 - Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito procedure per la gestione dei dati gestionali e sanitari, che garantiscano la sicurezza, la trasparenza e l'aggiornamento tempestivo delle liste d'attesa	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.5 - Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	Vi è evidenza della formalizzazione di programmi e procedure per la valutazione di qualità clinico/assistenziale, organizzativa e percepita delle prestazioni e dei servizi, che evidenzino anche responsabilità, indicatori e modalità di monitoraggio	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.6 - Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito procedure/attività per la raccolta e l'analisi dei disservizi che preveda anche il coinvolgimento dei cittadini	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

2° Criterio
PRESTAZIONI E SERVIZI

Requisito 2.1DNA – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze; - le procedure di ammissione/trattamento/dimissione e le modalità di relazione con altre strutture.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2DNA Presenza di percorsi assistenziali

Requisito 2.2.1DNA – Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; • procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; • linee guida e procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; • una "Scheda di progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato PTRP" in cui sono presenti informazioni e criteri comuni quali: <ol style="list-style-type: none"> 1. dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale; 2. motivo dell'invio da parte del Servizio dei Disturbi Nutrizione Alimentazione (DNA) 3. osservazione delle problematiche relative a: <ol style="list-style-type: none"> a. area psicopatologica; b. area della cura di sé/ambiente; c. area della competenza relazionale; d. area delle abilità sociali. 4. obiettivi dell'intervento; 5. aree di intervento: presenza della descrizione della tipologia e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie: <ol style="list-style-type: none"> a. terapia farmacologica; b. psicoterapia; c. interventi psicoeducativi; d. interventi abilitativi e riabilitativi; e. interventi di risocializzazione; 6. Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi ivi compresi, quando presenti, gli operatori di rete informali e del volontariato; 7. Indicazioni della durata del programma e delle verifiche periodiche • protocolli, linee guida e procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici: <ol style="list-style-type: none"> a. area esordi - intervento precoce per i disturbi DNA 	SI	NO

	<ul style="list-style-type: none"> • procedure relative all’inserimento del paziente che prevedono il confronto professionale tra gli operatori del servizio DNA inviante e gli operatori della struttura, in relazione a criteri di appropriatezza e alle condizioni del paziente; • procedure relative all’identificazione per ogni paziente di un case-manager responsabile del piano individuale di trattamento e dei rapporti con i familiari (Il paziente e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione); • linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione del trattamento farmacologico; • le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale; • un contratto di ospitalità fra la struttura, il paziente e il servizio DNA inserente contenente: <ul style="list-style-type: none"> a. i servizi resi, b. gli impegni del paziente, c. gli obiettivi del trattamento e i tempi, d. il regolamento interno della struttura, e. le modalità economiche, f. le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali, g. la Carta dei Servizi è allegata, quale parte integrante, al contratto di ospitalità che si stabilisce con l’utente. 		
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L’organizzazione monitora l’implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell’Amministrazione trasparente dell’organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.2DNA – Passaggio in cura (continuità assistenziale)			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: - protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow-up); - procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. - protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; - protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del Servizio DNA;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.3DNA – Monitoraggio e valutazione			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito obiettivi <i>evidence based</i> e relativi indicatori di qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale del paziente;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.3DNA - La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: - i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; - gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio- assistenziale e tenuta dei dati; - i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

3° Criterio
ASPETTI STRUTTURALI

Requisito 3.1 - L' idoneità all'uso delle strutture

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha formalizzato il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio, anche tramite la formazione e il coinvolgimento del personale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 3.2 - Gestione e manutenzione delle attrezzature

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate, con il relativo programma di gestione e manutenzione (straordinaria e preventiva)	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

4° Criterio COMPETENZE DEL PERSONALE

Requisito 4.1 - La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha formulato, con il coinvolgimento degli operatori, un Piano di formazione annuale, per l'aggiornamento su competenze professionali specifiche e l'addestramento su tematiche che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative, le competenze relazionali e la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 4.2 - L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha formalizzato un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo assunto/trasferito compreso il personale volontario, che tenga conto delle loro qualifiche e dell'idoneità al ruolo e che comprenda la formazione sul rischio clinico ed occupazionale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

5° Criterio COMUNICAZIONE

Requisito 5.1 - Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La direzione ha definito processi finalizzati alla diffusione di obiettivi e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 5.2 - Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La Direzione ha definito le modalità di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 5.3 - Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai caregiver

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	La Direzione ha definito appropriate modalità di comunicazione con i pazienti e i caregiver e per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia (Carta dei Servizi)	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 5.4 - Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	La Direzione ha definito una procedura per: - l'informazione partecipata del paziente e dei familiari su diritti, responsabilità, educazione e coinvolgimento nel processo di cura - l'ascolto - la promozione della salute - l'acquisizione del consenso informato	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 5.5 - Modalità di ascolto dei pazienti

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La Direzione ha definito modalità per l'ascolto attivo e per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari/caregiver, nonché per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

6° Criterio
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1DNA – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato formulate secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing e pianificato programmi di formazione specifica per il personale; b) La struttura recepisce e adatta alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale/regionale per le patologie di cui si fa carico	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione verifica il grado di applicazione delle azioni previste dal PDTA e analizza gli eventuali scostamenti	SI	NO
	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 6.2DNA – L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di: <ol style="list-style-type: none"> a. infezioni correlate all'assistenza; b. cadute dei pazienti; c. intossicazione da farmaci; d. atti aggressivi; e. rischio di autolesioni; f. rischio suicidio; g. rischio fughe. • la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e che comprende: <ol style="list-style-type: none"> a. la definizione di ruoli, responsabilità, risorse e modalità di monitoraggio; b. la programmazione di attività di formazione continua sulla gestione del rischio; c. la programmazione di attività di segnalazione e analisi degli esiti inattesi. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 6.3DNA – Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un sistema per l'identificazione, la segnalazione, la comunicazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 6.4DNA – Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per: - la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. - la produzione e diffusione di buone pratiche; - lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

7° Criterio
PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

Requisito 7.1 - Progetti di miglioramento

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La Direzione ha definito le modalità di intervento per il miglioramento della qualità e della sicurezza (identificazione delle aree prioritarie di intervento, integrazione del programma di miglioramento con il piano di gestione del rischio, la formazione e la pianificazione strategica)	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 7.2 - Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha formalizzato procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria del HTA	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 7.3 - Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La Direzione ha definito procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative, prevedendo anche con il coinvolgimento del personale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

8° Criterio

UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1DNA - Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>La Direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un piano per lo sviluppo di attività assistenziali/organizzative orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti (specificità linguistiche, culturali e religiose); - un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari (formazione degli operatori in materia di counselling, equipe multidisciplinari); - specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori; - specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; - protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO