



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



REGIONE
ABRUZZO



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DEI LABORATORI DI ANALISI

REGIONE ABRUZZO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tel. 06-42749700

e-mail: info@agenas.it

www.agenas.gov.it

ACCREDITAMENTO DEI LABORATORI DI ANALISI

REGIONE ABRUZZO

Sommario

<u>PREMESSA</u>	4
<u>INTRODUZIONE</u>	6
<u>1) RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO</u>	6
<u>2) STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)</u>	6
<u>3) CICLO PDCA REQUISITI ED EVIDENZE</u>	7
1° CRITERIO: ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE	9
2° CRITERIO: PRESTAZIONI E SERVIZI	13
3° CRITERIO: ASPETTI STRUTTURALI	19
4° CRITERIO: COMPETENZE DEL PERSONALE	21
5° CRITERIO: COMUNICAZIONE	22
6° CRITERIO: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	25
7° CRITERIO: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE	28
8° CRITERIO: UMANIZZAZIONE	29

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:

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.

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

Il Manuale di Accreditamento si fonda sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e specificamente sui contenuti dell'Allegato A) "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" (Rep. N. 259/CSR).

Nell'allegato A) al Capitolo 1 (Premessa) del Disciplinare si precisa che viene definito *"un **uniforme sistema di requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private**; ciò significa da un lato mantenere l'attenzione sulla dimensione strutturale e dall'altro valorizzare i determinanti che consentono un adeguato sistema di governo delle funzioni assistenziali"*.

Il Disciplinare fornisce il quadro concettuale di riferimento in base al quale devono essere sviluppate tutte le normative regionali in materia di accreditamento istituzionale.

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-Check-Act)¹. Tale modello è stato già implementato all’interno dei sistemi di accreditamento a livello internazionale² e in diverse regioni italiane^{3, 4} 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).

¹Deming, W.E. 1950. Elementary Principles of the Statistical Control of Quality, JUSE

²Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare (IKAS) - Accreditation standards for hospitals - 1st version - 2009

HAS (Haute Autorité de Santé)–Manuel de certification des établissements de santé - V 2010. Avril 2011

³F. Di Stanislao, M. Fioretti; G. Damen; F. Fiacchini; M. Frascarello; D. Vincitorio; G. Montagano; R. Giacoia. Il ciclo di Deming nella costruzione di un modello di accreditamento regionale. In atti del 42° Congresso Nazionale Siti, Catania 27-30 ottobre 2006

⁴Manuali di accreditamento regionali: Manuale Accreditamento Regione Basilicata 2005, Manuale Accreditamento Regione Abruzzo 2008 , Manuale Accreditamento Regione Calabria 2016, Manuale Accreditamento Regione Lazio 2017, Manuale Accreditamento Regione Molise 2017

⁵Agenas 2015 - Proposta modello di accreditamento delle strutture ospedaliere; delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera; delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale delle strutture di medicina di laboratorio

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 cittadino/paziente.

REQUISITI ED EVIDENZE

- 1.** Rilascio di accreditamento senza prescrizioni: nel caso in cui sussistano tutte le evidenze descritte per tutti i requisiti nel ciclo PDCA.
- 2.** Rilascio di accreditamento con prescrizioni: nel caso in cui sussistano le evidenze di cui alle fasi P, D del ciclo PDCA. Va assegnato termine perentorio per l'acquisizione delle evidenze relative alle fasi C e A, e assoggettato a verifica di adempimento.
- 3.** Diniego di accreditamento: nel caso in cui non sussistano tutte le evidenze descritte nelle fasi P e D del ciclo PDCA.

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
				SI •	NO •
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Il Laboratorio ha effettuato un'analisi dei bisogni degli utenti e ha individuato gli obiettivi per soddisfarli	A) Analisi della domanda di servizi/prestazioni (eventuali altri documenti con analisi dati derivanti dai sistemi di sorveglianza), con individuazione degli elementi di criticità nell'erogazione delle stesse	SI •	NO •
	1.1.2	Presenza di piani operativi per il conseguimento e il mantenimento degli obiettivi per la qualità)	A) Presenza di una scheda di assegnazione dei seguenti obiettivi dell'organizzazione: 1 attività 2b.udget 3p.erformance clinica 4s.icurezza 5s.oddisfazione dei pazienti	SI •	NO •
	1.1.3	Presenza di procedure e indicatori per la valutazione e il monitoraggio dei piani operativi definiti	A) Verifica documentale relativa alla presenza di una procedura contenente: 11.e modalità di verifica degli obiettivi definiti nei piani operativi 2l.a definizione degli indicatori 3g.li standard per valutare il grado di perseguimento degli obiettivi	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1	Sono attuati specifici percorsi in grado di garantire la continuità del servizio, anche in collegamento con le Regioni limitrofe	√ Presenza di accordi/protocolli/convenzioni o altre modalità definite tra la struttura e altre sedi nel caso in cui la struttura non possa gestire questa tipologia di pazienti (centri "hub e spoke")	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

1.3 Definizione delle responsabilità	1.3.1	Presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente, e organigramma √ Presenza di regolamento/procedura/documento per la valutazione dirigenziale 	SI •	NO •
	1.3.2	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza di valutazione secondo una periodicità definita e in accordo con la normativa vigente dei dirigenti e di coloro che hanno una responsabilità definita 	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> √ Esistenza di documento che individui quali informazioni sono necessarie all'Azienda in conseguenza delle attività sanitarie svolte e le modalità di raccolta, elaborazione, garanzia di sicurezza ed archiviazione dei dati √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc...) 	SI •	NO •
	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità) 	SI •	NO •
	1.4.3	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di azioni di monitoraggio secondo quanto previsto dalla normativa, nazionale e regionale vigente, anche nel rispetto di quanto previsto dai decreti su classi di priorità, trasparenza e anticorruzione √ Esistenza di un sistema di gestione delle prenotazioni che garantisca la tracciabilità e consenta di fornire le informazioni al cittadino se richieste 	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/ articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	√ Documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica	SI •	NO •
	1.5.1.1	Sistema di registrazione ed analisi dei volumi e degli esiti di attività delle prestazioni già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio (D.M. 19 dicembre 2022, elemento di appropriatezza)	√ Report da cui risultino i volumi e gli esiti di attività delle prestazioni erogate in regime di autorizzazione all'esercizio, distinti per annualità, tipo di prestazione/branca e di attività (verifica dell'attività svolta negli ultimi tre anni)	SI •	NO •
	1.5.2	Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	√ Presenza all'interno della documentazione (atto Aziendale o altro documento) dell'assegnazione di questa responsabilità	SI •	NO •
	1.5.3	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality & morbidity review</i>	√ Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità	SI •	NO •
	1.5.4	Documentazione delle attività di valutazione	√ Evidenza della messa in atto del/dei programma/i richiesti (almeno uno) in accordo con i programmi regionali e nazionali (PNE, obiettivi qualitativi nelle schede ecc...)	SI •	NO •
	1.5.5	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	√ Evidenza di avvenuta comunicazione (es: CAP, internet,...)	SI •	NO •
	1.5.6	Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	√ Evidenza di verbali di incontri, report, convocazioni o locandine, riunioni plenarie o di dipartimento, aperte al personale	SI •	NO •
	1.5.7	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	√ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/disservizi/elogi/suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc...)	SI •	NO •
	1.6.2	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda √ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	SI •	NO •
	1.6.3	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	√ Evidenza di rivalutazione delle azioni di miglioramento intraprese	SI •	NO •
	1.6.4	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	√ Presenza di un documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (es. regolamento di pubblica tutela)	SI •	NO •
	1.6.5	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2	SI •	NO •
	1.6.6	Attività di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza assegnata ad un organismo interno	√ Presenza di un organismo interno dedicato al controllo in materia di anticorruzione e trasparenza e dell'organizzazione della relativa attività, con indicazione dei suoi componenti (dati e CV) √ adozione di un modello di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati di cui al D. lgs. 231/2001, comprensivo di un canale di segnalazione interna che tuteli l'identità del segnalante, e conforme alle prescrizioni del D.lgs. 24/2023 (per le strutture che hanno impiegato, nell'ultimo anno, una media di lavoratori subordinati, con contratti di lavoro a tempo indeterminato o determinato, fino a duecentoquarantanove, l'obbligo di istituzione del canale di segnalazione interna ha effetto a decorrere dal 17 dicembre 2023)	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

2° Criterio: Prestazioni e Servizi					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.1	Presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza	A) Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche: 1 contatti e ubicazione del laboratorio; servizi offerti dal laboratorio; orari di apertura; orari per i prelievi; modalità di prenotazione e di accettazione; istruzioni per la corretta compilazione della richiesta; istruzioni per il corretto trasporto dei campioni; orari di accettazione dei campioni; modalità di accettazione per gli esami urgenti; modalità di pagamento delle quote di partecipazione alla spesa; sede e modalità di ritiro dei referti; elenco degli esami: tipologia di campione, volume, unità di misura - metodo utilizzato, eventuali precauzioni, intervallo di riferimento; tempo medio di risposta (dal prelievo/arrivo del campione in Laboratorio al rilascio del referto), con la distinzione tra esami routinari ed esami urgenti.	SI •	NO •
	2.1.2	Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	√ Evidenza della revisione della Carte dei Servizi almeno annuale e di coinvolgimento delle associazioni (Conferenza Aziendale Partecipata, empowerment, ...)	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
2.2.1 Modalità e strumenti di gestione e valutazione dell'attività pre-analitica	2.2.1.1	formalizzazione e diffusione di una procedura per le modalità di gestione della fase pre-analitica, sia per i campioni ordinari che per i campioni con valenza medico legale	A) E' disponibile una procedura per la valutazione dell'idoneità dei campioni e delle richieste che prevede: le responsabilità in relazione alla presa in carico del campione e delle richieste; criteri di idoneità e di rifiuto dei campioni e delle richieste; le modalità e gli strumenti per la registrazione dei campioni rifiutati; modalità da adottare nella gestione dei campioni non conformi; modalità di comunicazione agli utenti relativa ai campioni rifiutati. limiti temporali per la richiesta di esami aggiuntivi sullo stesso campione primario; istruzioni per l'eliminazione sicura del materiale impiegato per la raccolta. B) Presenza di una specifica procedura per descrivere le modalità di gestione dei campioni con richieste di esami con valenza medico legale C) Presenza di una valutazione dell'idoneità dei campioni e delle richieste, della registrazione e della comunicazione dei campioni rifiutati.	SI •	NO •
	2.2.1.2	verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure relative alla fase pre-analitica	A) Evidenza della revisione della documentazione relativa alla fase pre-analitica e delle relative modalità di diffusione/distribuzione B) Valutazione periodica della performance del servizio e vi è evidenza della revisione periodica dei processi, delle attività e delle relative responsabilità da parte della Direzione: valutazione e analisi delle richieste non conformi. valutazione e analisi delle non conformità legate alla raccolta dei campioni; valutazione e analisi delle non conformità legate alla accettazione dei campioni; valutazione dell'appropriatezza delle richieste	SI •	NO •
	2.2.1.3	verifica della conoscenza delle procedure della fase pre-analitica da parte del personale	A) Diffusione a tutti gli operatori e reperibilità della procedure della fase pre-analitica B) Questionari agli operatori per verificare la conoscenza e la corretta applicazione della procedure della fase pre-analitica	SI •	NO •

FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
2.2.2 Modalità e strumenti di gestione e valutazione della fase analitica	2.2.2.1	formalizzazione e diffusione di procedure e documentazione informativa per gli operatori relativa alla gestione dell'attività analitica	<p>A) Sono disponibili e presenti sul luogo di lavoro procedure e documentazione informativa per gli operatori relative all'attività analitica: rilevanza clinica / scopo dell'esame; requisiti del campione e modalità di identificazione; apparecchiature ed attrezzature impiegate; reagenti, standard o calibratori e materiali per il controllo di qualità; istruzioni per l'esecuzione dell'analisi; modalità di registrazione e di calcolo dei risultati; modalità relative all'assicurazione qualità; registrazione degli intervalli di riferimento; valutazione del rischio per gli operatori.</p> <p>B) Procedure e documentazione informativa per gli operatori relative al sistema di controllo per tutte le analisi: criteri di applicazione e modalità di esecuzione del controllo di qualità interno; confronto dei risultati degli esami eseguiti con differenti apparecchiature o metodiche; impiego di appropriate procedure statistiche; criteri di validazione dei risultati ottenuti sul materiale di controllo di qualità interno in uso; 5 modalità di archiviazione dei dati secondo la normativa vigente</p> <p>C) E' disponibile una documentazione informativa per gli operatori relative alla verifica esterna di qualità: generalità e qualificazione dei fornitori dei programmi di Valutazione Esterna di Qualità; criteri di valutazione dei risultati e eventuali azioni correttive; modalità di archiviazione della documentazione dei risultati ottenuti; sistema di assicurazione di qualità adottato nei casi in cui non siano disponibili programmi di VEQ.</p>	SI •	NO •
	2.2.2.2	verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure relative alla fase analitica	<p>A) Verifica della presenza di report relativi all'esecuzione del controllo di qualità interno e del confronto dei risultati degli esami eseguiti con differenti apparecchiature o metodiche</p> <p>B) Verifica dell'effettuazione sulla base delle specifiche della ditta costruttrice la calibrazione e i controlli funzionali richiesti per gli strumenti e apparecchiature analitiche</p>	SI •	NO •

	2.2.2.3	verifica della conoscenza e dell'applicazione della procedura relativa alla fase analitica da parte del personale	A) Diffusione a tutti gli operatori e reperibilità della procedura della fase analitica B) Questionari agli operatori per verificare la conoscenza e la corretta applicazione della procedura della fase analitica	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
2.2.3 Modalità e gli strumenti di gestione e valutazione della fase post-analitica	2.2.3.1	formalizzazione e diffusione di procedure e documentazione informativa per gli operatori relativa alla gestione dell'attività della fase post-analitica	A) Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la validazione dei risultati strumentali: protocolli di conferma e ripetizione dell'esame; modalità di validazione dei risultati strumentali; ambito di responsabilità delle figure professionali del laboratorio coinvolte nella procedura di validazione. B) Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la produzione del referto e la consegna al richiedente. Il referto deve contenere almeno: nome del laboratorio; identificazione univoca dell'utente - prescrittore/richiedente; data della raccolta del campione; data e ora di produzione del referto; materiale analizzato; risultato; intervallo di riferimento; metodo analitico utilizzato; segnalazione dei risultati anomali; firma, manuale o digitale, del professionista abilitato. C) Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la comunicazione telematica dei risultati (applicabile ai laboratori ospedalieri): ambiti e modalità relativi alla comunicazione telematica dei risultati; personale del laboratorio autorizzato a comunicare i risultati; soggetti che possono ricevere i risultati; modalità per assicurare una identificazione univoca dell'utente, da parte di chi comunica o riceve il risultato; modalità di conferma della correttezza della trasmissione; modalità di registrazione dell'avvenuta trasmissione; mantenimento della riservatezza; modalità di consegna del referto originale. D) E' disponibile una procedura per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/risultati critici predefiniti al soggetto che ha richiesto gli esami E) E' disponibile una documentazione informativa sulle modalità di individuazione degli intervalli di riferimento. Nota su modalità di individuazione degli intervalli di riferimento: in ottemperanza a raccomandazioni di buona pratica di laboratorio o attraverso metodi di peer-review - secondo le raccomandazioni indicate dal produttore dei reagenti impiegati.	SI •	NO •
	2.2.3.2	verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure relative alla fase post-analitica	A) verifica della presenza e disponibilità di evidenze relative alla implementazione delle procedure per la validazione dei risultati strumentali B) Vi è evidenza dell'implementazione delle procedure e dell'utilizzo della documentazione relativa alla fase post analitica C) E' disponibile una documentazione relativa al monitoraggio del Turnaround time degli esami più significativi (applicabile ai laboratori ospedalieri) Nota: Il TAT è l'intervallo di tempo che intercorre fra l'arrivo in laboratorio di una richiesta e il tempo di consegna del referto. Quando applicabile, possono essere previsti, se misurabili in modo preciso, altri intervalli. D) Vi è evidenza dell'utilizzo dei dati sui ritardi del TAT per gli esami più significativi;	SI •	NO •

	2.2.3.3	verifica della conoscenza della procedure relativa alla fase post-analitica da parte del personale	A) diffusione a tutti gli operatori e reperibilità della procedure della fase pre-analitica B) questionari agli operatori per verificare la conoscenza e la corretta applicazione della procedure della fase pre-analitica	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
2.2.4 Modalità e strumenti di gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni	2.2.4.1	formalizzazione e diffusione di procedure relative alla gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni	A) E' disponibile una procedura di identificazione univoca del campione (e dei campioni secondari, dove applicabile) che garantisca la sua rintracciabilità durante l'intero processo e minimizzi il rischio di scambio: modalità per garantire la rintracciabilità dei campioni; modalità per ricondurre le aliquote al campione originale primario; modalità di gestione dei campioni da custodire per esami successivi. B) Sono disponibili procedure e documentazione informativa per il trasporto dei campioni a garanzia della conservazione delle caratteristiche degli stessi e della sicurezza del personale addetto: istruzioni per imballaggio, etichettatura e trasporto dei campioni inviati al laboratorio; istruzioni per la protezione dei campioni da deterioramento; modalità per la registrazione della data e dell'ora di invio e di arrivo, quando previsto; modalità di registrazione di eventuali incidenti occorsi durante il trasporto che possono influenzare la qualità del campione o la sicurezza del personale. C) Sono state definite modalità e tempi di conservazione dei campioni per assicurarne la stabilità delle proprietà per eventuali ripetizioni dell'esame o per esami aggiuntivi D) E' disponibile un elenco dei test per i quali le modalità di conservazione e trasporto potrebbero essere critiche, con la definizione dei limiti di tolleranza per i fattori in causa	SI •	NO •
	2.2.4.2	verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure relative alla gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni	A) Vi è evidenza dell'implementazione della procedura di identificazione e rintracciabilità dei campioni B) Vi è evidenza della distribuzione e diffusione delle procedure e documentazione informativa per il trasporto dei campioni a garanzia della conservazione delle caratteristiche degli stessi e della sicurezza del personale addetto C) Sono disponibili evidenze a supporto della rintracciabilità dei campioni	SI •	NO •
	2.2.4.3	verifica della conoscenza e dell'applicazione della procedura relativa alla gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni	A) Diffusione a tutti gli operatori e reperibilità della procedure relativa alla gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni; B) Questionari agli operatori per verificare la conoscenza e la corretta applicazione della procedure relativa alla gestione e valutazione della tracciabilità e del trasporto dei campioni	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

2.5 Modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione e conservazione della documentazione sanitaria, preferibilmente in formato digitale (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet,...) √ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche) 	SI •	NO •
	2.5.2	Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	√ Facsimili, modulistica cartacea e/o informatica	SI •	NO •
	2.5.3	Formalizzazione e la messa in atto di una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> √ Atto di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati √ Documento programmatico sul trattamento dei dati o documento analogo √ Modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,) 	SI •	NO •
	2.5.4	Formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria (che sia organizzata in modo sistematico e regolare in coerenza con il requisito 2.5. del Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012), ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	√ vedi punto 2.5.1 comprese le modalità di conservazione previste (massimario di scarto)	SI •	NO •
	2.5.5	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	√ vedi punto 2.5.1 presenza di report e di eventuali Azioni Correttive (AC)	SI •	NO •
	2.5.6	Predefinizione dei termini di rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto (elemento nell'ambito "qualità" del DM 19 dicembre 2022)	√ Presenza di documento/regolamento che definisca i tempi di accesso alla documentazione sanitaria nel rispetto della normativa vigente	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

3° Criterio: Aspetti Strutturali					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
3.1 Idoneità all'uso delle strutture	3.1.1	Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza del piano di programmazione degli interventi, comprensivo di: <ul style="list-style-type: none"> - valutazione degli interventi da mettere in atto, - definizione delle priorità di intervento, - stima dell'impegno economico necessario per ciascun intervento, - individuazione delle strutture coinvolte - impegno di spesa o richiesta di finanziamento 	SI •	NO •
	3.1.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza registri e procedure di manutenzione degli impianti (elettrici e continuità elettrica, di condizionamento, termici, gas medicali, idraulici, ecc...) √ Documentazione inerente valutazione ed eventuale gestione rischio inquinamento acustico, rischio radiazioni ionizzanti,... 	SI •	NO •
	3.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fomisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, <i>audit</i> ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> √ Documento di Valutazione del Rischio (DVR) √ Visita luoghi di lavoro da parte del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) 	SI •	NO •
	3.1.4	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	<ul style="list-style-type: none"> √ Riunione periodica con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e relativo report o verbale √ Analisi degli infortuni degli ultimi 2 anni con azioni correttive intraprese 	SI •	NO •
	3.1.5	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> √ Piano formazione ai sensi del T.U. 81/2008 e s.m.i.. 	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

3.2 Gestione e manutenzione delle Attrezzature	3.2.1	Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature e di una procedura per l'identificazione delle stesse	√ Presenza di anagrafica delle attrezzature e inventario con codifica univoca delle singole attrezzature, sia di proprietà che in service	SI •	NO •
	3.2.2	Presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per garantire la disponibilità della documentazione tecnica necessaria per la manutenzione	SI •	NO •
	3.2.3	Esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	√ Redazione di un piano di manutenzione e diffusione alle varie strutture tramite una modalità documentabile (Internet, Intranet, ecc)	SI •	NO •
	3.2.4	Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	√ Documento o sistema informatico da cui si evinca: a) l'elenco delle apparecchiature comprensivo di quelle di supporto alle funzioni vitali e grandi apparecchiature di diagnosi e cura; b) registrazione puntuale di collaudi, manutenzioni e dismissioni	SI •	NO •
	3.2.5	Programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	√ Programma/attività di formazione/addestramento √ Registrazione delle presenze alle iniziative adottate √ Evidenza delle verifiche da farsi rispetto alla conoscenza dell'utilizzo/manutenzione/dismissione dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali da parte del personale utilizzatore	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
3.3 Gestione e manutenzione delle Attrezzature	3.3.1	Esami di laboratorio complessivamente erogati all'anno, prodotti in sede o non tramite service	√ Garantire volume di attività ≥ 200.000 esami (soglia minima annuale)	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

3.4 Requisiti dei laboratori specialistici (settori della microbiologia, dell'anatomia patologica, della genetica medica) ex Intesa CSR Rep. Atti N. 61 del 23 marzo 2011	3.4.1	Esami di laboratorio specialistici	√ Garantire volume di attività ≥ 100.000 esami (soglia minima in tre anni di attività)	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

4° Criterio: Competenze del Personale					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
4.1 Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1	Individuazione di un responsabile per la formazione	√ Individuazione del responsabile per la formazione all'interno di un documento aziendale (atto aziendale, lettera di incarico,...)	SI •	NO •
	4.1.2	Esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative	√ Presenza di un piano di formazione vigente che includa anche il personale convenzionato coerente con la mission dell'organizzazione √ Pianificazione delle attività e riesame di quanto erogato rispetto a quanto previsto	SI •	NO •
	4.1.3	Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Riesame del programma di formazione attraverso indicatori (es: percentuale di partecipazione ai corsi, ecc...) √ Registrazione della formazione per ciascun operatore. √ Esistenza di un sistema di valutazione delle competenze (es: schede valutazione, report,...) √ Presenza dei questionari ECM o di altro sistema di valutazione per tutti gli eventi formativi accreditati (valutazione della soddisfazione e di profitto)	SI •	NO •
	4.1.4	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	√ Esistenza di analisi dei bisogni e definizione degli obiettivi formativi condivisa con i responsabili delle articolazioni presenti nell'organizzazione	SI •	NO •
	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	√ Presenza di un documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'Azienda, ma con onere a carico della stessa, ed esempi di avvenuta condivisione (es. attivazione corsi, incontri riunioni...)	SI •	NO •

FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario e in stage	√ Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale (neo-assunto o trasferito), compreso il personale volontario e in stage	SI •	NO •
	4.2.2	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	√ Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento)	SI •	NO •
	4.2.3	Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno	√ Evidenza attività formative svolte in materia di rischio clinico e ai sensi del TU 81/2008 e s.m.i. per i neoassunti	SI •	NO •
	4.2.4	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari,...) ed eventuali modifiche apportate	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

5° Criterio: Comunicazione					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.1	Definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale	√ Presenza di documento quali Atto Aziendale o equivalenti e della loro diffusione con almeno una modalità dimostrabile (vedi punto 1.1.1)	SI •	NO •
	5.1.2	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	√ Presenza di documenti di programmazione strategica, schede di budget,(vedi punto 1.1.1. e seguenti)	SI •	NO •
	5.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	√ Presenza del piano di comunicazione	SI •	NO •
	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	√ Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato	SI •	NO •

FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	✓ Sistema di valutazione periodica (con periodicità definita) del clima aziendale, della soddisfazione del personale, ed istituzione di un canale di segnalazioni/comunicazioni anche in forma anonima ✓ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2)	SI •	NO •
	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	✓ Comitato Unico di Garanzia (CUG), consigliere di fiducia, sportello di ascolto	SI •	NO •
	5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	✓ Comitato Unico di Garanzia, consigliere di fiducia, sportello di ascolto	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.1	Disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza	✓ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento anche informatico ✓ Sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda...) vedi punti 2.1.1 e 2.1.2	SI •	NO •
	5.3.2	Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	✓ Presenza del materiale informativo relativo ai servizi forniti dall'azienda disponibile in formato cartaceo o informatico	SI •	NO •
	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver	✓ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)	SI •	NO •
	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	✓ Evidenza delle modalità adottate	SI •	NO •
	5.3.5	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	✓ Evidenza delle modalità adottate in tema di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	SI •	NO •
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	✓ Evidenza di modalità definite	SI •	NO •

FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	√ Presenza di linee di indirizzo/procedura (responsabilità, tempi...) relativa al processo di informazione finalizzato alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso informato	SI •	NO •
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso informato	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc) √ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda	SI •	NO •
	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i>)	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc)	SI •	NO •
	5.5.4	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell' esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

6° Criterio: Appropriata clinica e sicurezza					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
				SI •	NO •
6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based medicine</i>	√ Presenza di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza condivisi e formulati secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine (come testimoniano citazioni nel testo, bibliografia, ecc....)</i>	SI •	NO •
	6.1.2	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida	√ Evidenza dell'accessibilità al personale di regolamenti interni, di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza (pubblicazione in intranet/internet, lettera di invio, mail, ecc....)	SI •	NO •
	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	√ Evidenza che i documenti citati siano stati aggiornati nel tempo	SI •	NO •
	6.1.4	Coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati	√ Evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione, la formazione specifica, indicazione dei gruppi di lavoro, iniziative come ad esempio le riunioni	SI •	NO •
	6.1.5	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario (ambito dell'appropriatezza di cui al DM 19 dicembre 2022)	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (dipartimento) (es. dolore, riconciliazione) √ Documentazione della valutazione effettuata √ Evidenza delle azioni di miglioramento intraprese √ Autocertificazione circa i rilievi di inappropriata delle prestazioni degli ultimi 3 anni (verranno analizzati gli esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulla documentazione clinica redatta dalla struttura in regime di ricovero o in altro regime di erogazione (ex DM 19 dicembre 2022)	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				

6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempra i ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni √ presenza di uno o più documenti con le caratteristiche indicate nel requisito √ Presenza di documentazione relativa ad attività (pianificate annualmente) di sorveglianza, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura, ad esempio: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie. √ Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6) √ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ecc) √ Procedure e modalità operative per la corretta gestione e la tenuta in sicurezza dei farmaci 	SI •	NO •
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di	6.3.1	Esistenza e uso di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella, comprensivo dei dati raccolti attraverso i debiti informativi nazionali e di cui all'art. 3 L. 24/2017	<ul style="list-style-type: none"> √ Esistenza di documento che definisca le modalità di individuazione, segnalazione e gestione di eventi sentinella, near miss ed eventi avversi e le responsabilità connesse √ Diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet...) √ Autocertificazione dell'esistenza di contenitore definito e/o pendente in materia di gestione del rischio clinico con specifica indicazione dell'oggetto dello stesso; √ (sulla base dello stato di implementazione del SIMES alle strutture accreditate) evidenza della comunicazione dei dati sul flusso SIMES √ evidenza della pubblicazione sul sito internet dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (art. 1, c.539, L. 28 dicembre 2015, n. 208, e art. 4 L. 8 marzo 2017 n. 24) 	SI •	NO •
	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	√ Evidenza della partecipazione al flusso SIMES	SI •	NO •
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (<i>Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit</i>) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (<i>Safety walkround</i>)	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	SI •	NO •
	6.3.4	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio √ produzione del piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario nonché del Piano annuale delle emergenze sanitarie e del Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 	SI •	NO •

gestione degli eventi avversi (ambito "Sicurezza" di cui al DM 19 dicembre 2022)	6.3.5	Presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio sanitario. Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed altri strumenti per la sicurezza. Presenza, in ambito ospedaliero, di un Comitato valutazione sinistri di cui il Risk manager è membro stabile ed effettivo.	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di attività inerenti la gestione e la prevenzione del rischio clinico (funzione coordinata ai sensi dell'art. 1, comma 540, L. 28 dicembre 2015 n. 208, così come modificato dall'art. 16, comma 2, della L. 24 del 2017) che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione √ Evidenze del sistema di valutazione dell'aderenza a protocolli interni, linee guida, buone pratiche. Indicazione dei componenti del Comitato con relativi cv. 	SI •	NO •
	6.3.6	Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di modalità strutturate per la gestione: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione degli eventi avversi, - gestione impatto evento sull'equipe - risoluzione stragiudiziale del contenzioso 	SI •	NO •
	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione	√ Presenza di attività formative specifiche o di incontri/attività dedicate	SI •	NO •
	6.3.8	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 <i>FMEA- Failure Mode and Effect Analysis</i> per anno)	√ Evidenza documentata/strutturata del processo/attività oggetto dell'analisi	SI •	NO •
	6.3.9	Presenza di una valida e idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura	√ Pubblicazione, sul sito internet della struttura, degli estremi della polizza e delle clausole che determinano la copertura assicurativa	SI •	NO •

FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità				
6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.1	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	√ Evidenza delle azioni innovative intraprese	SI •	NO •
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche	√ Evidenza delle buone pratiche introdotte √ Produzione delle procedure di sviluppo di protocolli interni e buone pratiche (da cui risulti l'accessibilità del personale ai regolamenti/protocolli interni, alle buone pratiche/linee guida, ed il coinvolgimento del personale nella loro implementazione ed attuazione)	SI •	NO •
	6.4.3	Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	√ Evidenza delle competenze possedute dal personale che esegue questo tipo di analisi	SI •	NO •

7° Criterio: Processi di miglioramento ed innovazione					
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto	
7.1 Progetti di miglioramento	7.1.1	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione relativa all'istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna √ Documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica √ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso alle Strutture almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet, ...) √ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità. Una possibile evidenza sono le schede obiettivo se contengono obiettivi di qualità, con indicatori	SI •	NO •
	7.1.2	Alimentazione tempestiva e continua del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ex art. 12 del d.l.18 ottobre 2012, n. 179, convertito. con L. 17 dicembre 2012 n. 221, così come modificato dal d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (ambito "Qualità" di cui al DM 19 dicembre 2022)	<ul style="list-style-type: none"> √ Autodichiarazione circa la tempestiva e continua alimentazione del FSE, se prevista per i privati autorizzati; altrimenti, in caso di rinnovo dell'accreditamento o di richiesta di accreditamento per altra branca, evidenza del numero di documenti indicizzati sul FSE nell'ultimo anno e della tipologia di attività a cui afferiscono, con evidenza delle attività accreditate, ed una relazione sullo stato di avanzamento degli interventi di adeguamento al FSE 	SI •	NO •
7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	<ul style="list-style-type: none"> √ evidenza di procedure per la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all'HTA (Es: elenco Edisan) √ attestazione sulla dotazione e vetustà delle apparecchiature, con descrizione dei dati generali del bene (tipologia, marca/modello, caratteristiche tecniche, azienda produttrice e anno di fabbricazione) 	SI •	NO •
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	<ul style="list-style-type: none"> √ evidenze della procedura per l'adozione di innovazioni tecnico-professionali e organizzative emergenti e valutazione della loro efficacia, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi (Es: schede di valutazione, verbali, periodi di sperimentazione dimostrabili con valutazione finale....) 	SI •	NO •
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	<ul style="list-style-type: none"> √ Documenti/ deliberazioni √ Evidenza della presenza nelle commissioni di valutazione di personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature. Per le strutture sanitarie private accreditate il parere tecnico sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto (Punto 6.3)	SI •	NO •
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	<ul style="list-style-type: none"> √ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento 	SI •	NO •
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	<ul style="list-style-type: none"> √ Progetti, accordi con strutture di ricerca e didattica, sperimentazioni cliniche, convenzioni,... 	SI •	NO •

8° Criterio: Umanizzazione						
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Requisito Soddisfatto		
8.1 Programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1	Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; <i>(es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale: percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)</i>	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione relativa alle iniziative attivate √ Evidenza di adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare (convocazioni, composizione di gruppi di lavoro, ecc.) 	SI •	NO •	
	8.1.2	Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie")	√ Presenza della documentazione relativa alle iniziative intraprese/pianificate (fare riferimento ad empowerment)	SI •	NO •	
	8.1.3	Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	√ Evidenza di valutazioni multidisciplinari e multiprofessionali	SI •	NO •	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 : Miglioramento della qualità					