



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



REGIONE
ABRUZZO



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

REGIONE ABRUZZO

agenas. 

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Tel. 06-42749700
e-mail: info@agenas.it
www.agenas.gov.it

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	6
REQUISITI ED EVIDENZE	8
REQUISITI COMUNI	9
Critero 1 - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	9
Critero 2 - Prestazione e servizi	18
Critero 3 - Aspetti strutturali	26
Critero 4 - Competenze del personale	29
Critero 5 - Comunicazione	33
Critero 6 - Appropriatazza clinica e sicurezza	39
Critero 7 - Processi di miglioramento e innovazione	46
Critero 8 - Umanizzazione	50
ALLEGATO 1 – Disciplinare per la Revisione della normativa sull’accreditamento: criteri, requisiti, evidenze	53

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 DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE (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) e sulle disposizioni del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015

n. 70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."*

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 e **si articola in 8 criteri, 28 requisiti e 123 evidenze che definiscono altresì il livello minimo di accountability delle strutture sanitarie ai fini dell'accreditamento.**

L'opzione alla base del Manuale è stata dunque quella di articolare il modello di accreditamento proposto sulla base degli 8 criteri, dei 28 requisiti e delle 123 evidenze del *Disciplinare* che costituiscono l'impianto logico di tutti i manuali e di considerare il grado di complessità dei servizi da accreditare.

A titolo esemplificativo, fermo restando le 123 evidenze previste dal *Disciplinare*, il manuale riferito agli ospedali si sviluppa su un numero di adempimenti maggiori rispetto a quello riferito al sistema della residenzialità/semiresidenzialità extraospedaliera o degli ambulatori.

I requisiti per l'accreditamento sono necessariamente ulteriori — e quindi diversi — rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio e prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che, di norma, pur non richiedendo significativi investimenti, possono determinare importanti, e spesso immediate, ricadute sulla qualità assistenziale. In particolare, si tratta di elementi qualificanti e innovativi che affrontano tematiche di assoluta rilevanza e attualità — governo clinico, rischio clinico, principi a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, diritti delle persone — che costituiscono la base per un concreto miglioramento della qualità nell'ambito del S.s.r.

Al fine di dare evidenza del pieno recepimento della normativa nazionale di riferimento e del pieno recepimento degli elementi minimi da garantire ai fini dell'accreditamento, per quanto concerne il *Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento*, il testo delle 123

evidenze è stato evidenziato con il carattere in **grassetto** ed i rispettivi riferimenti riportati nella seconda colonna delle tabelle contenenti le evidenze denominata “Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70”, **secondo la codifica prevista dall’Allegato 1 DISCIPLINARE PER LA REVISIONE DELLA NORMATIVA SULL’ACCREDITAMENTO: CRITERI, REQUISITI, EVIDENZE**. Allo stesso modo, per quanto concerne il *Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* (G.U. 4 giugno 2015, n. 127), il testo degli standard di qualità è stato evidenziato con il carattere *corsivo* ed i rispettivi riferimenti riportati nella seconda colonna delle tabelle contenenti le evidenze denominata “Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70” assieme ai medesimi riferiti al *Disciplinare per la revisione della normativa 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-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.

REQUISITI COMUNI

Criterio 1

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

Criterio 1

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

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	1.1.1	<i>(P) 1.1.1.</i> Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	SI	NO
	1.1.2	<i>(P) 1.1.2.</i> Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	SI	NO
	1.1.3	<i>(P) 1.1.3</i> Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	SI	NO
DO		<i>(D) 1.1.4</i> Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
CHECK		<i>(C) 1.1.5.</i> L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>	SI	NO
		<i>(A) 1.1.6.</i> individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		<i>(A) 1.1.7.</i> implementa le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		<i>(A) 1.1.8.</i> monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali				
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato- Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN		(P) 1.2.1 L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di pianificazione per lo sviluppo delle seguenti reti: a) reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.) b) reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale c) reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	SI	NO
DO	1.2.1	(D) 1.2.2. Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	SI	NO
	1.2.2	(D) 1.2.3. Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sociosanitarie	SI	NO
	1.2.3	(D) 1.2.4. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	SI	NO
	1.2.4	(D) 1.2.5. Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	SI	NO
	DM 70 6.4 - 10	(D) 1.2.6 Utilizzo degli strumenti ICT disponibili (consulenze on line, teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità) (DM 70 - 6.4. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali; 10. Continuità ospedale-territorio) finalizzati a consentire l'integrazione sociosanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità	SI	NO
CHECK		(C) 1.2.7. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste nei documenti di pianificazione delle Reti	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>		
		(A) 1.2.8. individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 1.2.9. implementa le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
	(A) 1.2.10. monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO	

Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità				
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	1.3.1	<p><i>(P)</i> 1.3.1. Presenza nella struttura sanitaria di documenti che:</p> <p>a. descrivono i processi;</p> <p>b. individuano le relative responsabilità clinico-organizzative</p> <p>c. indicano i criteri per la valutazione dei dirigenti</p> <p>d. definiscono le modalità di eventuale e/o periodica rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità</p> <p>e. rendono nota all'intera organizzazione la struttura di governo</p>	SI	NO
DO		<i>(D)</i> 1.3.2. Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
CHECK	1.3.2	<i>(C)</i> 1.3.3. 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	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		<i>(A)</i> 1.3.4. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		<i>(A)</i> 1.3.5. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		<i>(A)</i> 1.3.6. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 1.4: Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)				
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	DM 70 5.3	(P) 1.4.1. La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, che dovrebbero: a. consentire la tracciatura dei dati sanitari e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello); b. supportare le attività di pianificazione e controllo c. consentire di onorare il debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS) d. garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa f. informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	SI	NO
	1.4.4	(P) 1.4.2. Formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	SI	NO
DO	1.4.1 DM 70 5.3	(D) 1.4.3. Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi integrati (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) 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	SI	NO
	1.4.2	(D) 1.4.4. Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	SI	NO
	1.4.3	(D) 1.4.5. Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	SI	NO
CHECK	1.4.4	(C) 1.4.6. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di tutte le azioni previste in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto di attività di valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	SI	NO
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:	SI	NO

	(A) 1.4.7. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione		
	(A) 1.4.8. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
	(A) 1.4.9. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi				
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	1.5.1 DM 70 5.3	<p>(P) 1.5.1. Presenza di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione <i>degli esiti</i> (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include:</p> <p>a. la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo b. relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)</p> <p>Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinica, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita (DM 70 Allegato 1 - 5.3. standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</p> <p>(P) 1.5.1.1 Sistema di registrazione e 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)</p>	SI	NO
	1.5.2	(P) 1.5.2. Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	SI	NO
	DM 70 5.3	(P) 1.5.3. Definizione 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, mortality & morbidity review) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	SI	NO
		(P) 1.5.4 Definizione delle modalità di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	SI	NO
DO	1.5.1 1.5.3 1.5.6	<p>(D) 1.5.5. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a :</p> <p>a. Messa in atto del programma relativo alla valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative b. Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, partecipazione a verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review c. Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione</p>	SI	NO
CHECK	1.5.4	(C) 1.5.6. Esistenza di documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto	SI	NO
	1.5.5	(C) 1.5.7. 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	SI	NO

		servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)		
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		<i>(A) 1.5.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard (di prodotto/percorso organizzativo) fissato in fase di pianificazione</i>	SI	NO
	1.5.7	(A) 1.5.9. utilizzano i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	SI	NO
		<i>(A) 1.5.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)</i>	SI	NO

Requisito 1.6: Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN		<i>L'organizzazione ha definito:</i>		
	1.6.1	<i>(P) 1.6.1. Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento. (P) 1.6.1.1 Attività di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza assegnata ad un organismo interno</i>	SI	NO
	1.6.4	<i>(P) 1.6.2. Procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini</i>	SI	NO
		<i>(P) 1.6.3. Modalità 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)</i>	SI	NO
DO	1.6.5	<i>(D) 1.6.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla implementazione delle 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)</i>	SI	NO
CHECK		<i>(C) 1.6.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione</i>	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti provvedono:</i>	SI	NO
	1.6.2	<i>(A) 1.6.6. all'utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate</i>	SI	NO
		<i>(A) 1.6.7. all'implementazione delle azioni di miglioramento individuate</i>	SI	NO
	1.6.3	<i>(A) 1.6.8. al monitoraggio delle azioni di miglioramento</i>	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 2
Prestazione e servizi

Criterio 2 PRESTAZIONE E SERVIZI

Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN		<i>(P) 2.1.1</i> L'organizzazione ha definito la Carta dei servizi e le modalità di diffusione della stessa	SI	NO
DO	2.1.1	<i>(D) 2.1.2</i> Presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: <i>a.</i> le tipologie di prestazioni di servizio <i>b.</i> i volumi di prestazioni <i>c.</i> le modalità erogative <i>d.</i> gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini <i>e.</i> la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza	SI	NO
CHECK	2.1.2	<i>(C) 2.1.3.</i> 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	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>	SI	NO
		<i>(A) 2.1.4.</i> individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		<i>(A) 2.1.5.</i> implementa le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		<i>(A) 2.1.6.</i> monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti				
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	2.2.1	(P) 2.2.1. Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	SI	NO
	2.2.2	(P) 2.2.2. Presenza di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversisetting assistenziali (intra ed extraospedalieri). Con particolare riguardo a: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici b. lo stato nutrizionale e funzionale c. la valutazione del dolore d. le modalità e gli strumenti per la promozione della salute	SI	NO
	2.2.3	(P) 2.2.3. Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	SI	NO
		(P) 2.2.4. Definizione delle modalità di tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	SI	NO
		(P) 2.2.5. Definizione delle modalità di gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	SI	NO
DO	2.2.4 2.2.5	(D) 2.2.6. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione b. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	SI	NO
CHECK	2.2.6	(C) 2.2.7. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, ivi compresa la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>		
		(A) 2.2.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
	2.2.6	(A) 2.2.9. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
	(A) 2.2.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO	

Requisito 2.3: Continuità assistenziale

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	2.3.2	(P) 2.3.1. Formalizzazione di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up)	SI	NO
	2.3.1	(P) 2.3.2. Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	SI	NO
	2.3.4	(P) 2.3.3. Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	SI	NO
		(P) 2.3.4. Definizione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti ed i processi di dimissione	SI	NO
		(P) 2.3.5. Definizione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti. La procedura definisce le modalità di diffusione della stessa a tutti gli operatori coinvolti nel percorso del paziente	SI	NO
	DM 70 10.	(P) 2.3.6. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: a. programmi di dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (DM 70 Allegato 1 - 10. Continuità ospedale-territorio) b. protocolli e procedure per il trasporto sicuro del paziente (DM 70 Allegato 1 - 10. Continuità ospedale-territorio)	SI	NO
DO		(D) 2.3.7. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	SI	NO
	2.3.3	a. Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	SI	NO
	2.3.2	b. Messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up)	SI	NO

	2.3.5	c. Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	SI	NO
	2.3.6	d Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti	SI	NO
CHECK		<i>(C) 2.3.8. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione</i>	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>		
		<i>(A) 2.3.9. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione</i>	SI	NO
		<i>(A) 2.3.10. implementano le azioni di miglioramento individuate</i>	SI	NO
		<i>(A) 2.3.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)</i>	SI	NO

Requisito 2.4: Il monitoraggio e la valutazione

Fase PDCA	Ciclo	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>		
PLAN	DM 70 5.3		<i>(P) 2.4.1</i> L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione delle <i>performance</i> cliniche (<i>DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello</i>) in tutte le fasi del percorso assistenziale, dichiarando l'evidenza a supporto di ogni singolo indicatore (cfr. anche 1.5.1 e <i>(D) 1.5.1</i>)	SI	NO	
			<i>(P) 2.4.2</i> L'organizzazione ha pianificato le modalità e la periodicità per l'esecuzione degli <i>audit clinici</i>	SI	NO	
			2.4.6	<i>(P) 2.4.3.</i> Esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	SI	NO
DO			<i>(D) 2.4.4.</i> Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit clinici</i> con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	SI	NO	
			<i>(D) 2.4.5.</i> Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	SI	NO	
			2.4.3 DM 70 5.3	<i>(D) 2.4.6.</i> Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari e/o di valutazioni della qualità percepita dei percorsi da parte delle organizzazioni di cittadini, dei pazienti e dei familiari (<i>DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello</i>)	SI	NO
			2.4.4	<i>(D) 2.4.7.</i> Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura	SI	NO
			2.4.6	<i>(D) 2.4.8</i> Messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	SI	NO
CHECK			<i>(C) 2.4.9.</i> L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	SI	NO	
			2.4.5	<i>(C) 2.4.10.</i> Presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	SI	NO
ACT			<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO	
			2.4.7	<i>(A) 2.4.11.</i> identificano gli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	SI	NO
				<i>(A) 2.4.12.</i> implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
				<i>(A) 2.4.13.</i> monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 2.5: La modalità di gestione della documentazione sanitaria

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	2.5.1	<i>(P)</i> 2.5.1. Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria, che definisce:	SI	NO
		<i>a.</i> i requisiti e le modalità di: - redazione - aggiornamento - conservazione - verifica della documentazione sanitaria e modalità di controllo	SI	NO
	2.5.6	<i>b.</i> i tempi di 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. <i>b.1.</i> predefinizione dei termini di rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto (elemento nell'ambito "qualità" del DM del 19 dicembre 2022)	SI	NO
	2.5.3	<i>c.</i> una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	SI	NO
	2.5.4	<i>d.</i> procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	SI	NO
	2.5.2	<i>(P)</i> 2.5.2. Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali	SI	NO
			<i>(P)</i> 2.5.3. Definizione di modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale	SI
DO	2.5.1 2.5.3 2.5.4	<i>(D)</i> 2.5.4. Vi è evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: <i>a.</i> Messa in atto del protocollo che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; <i>b.</i> Messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; <i>c.</i> Messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	SI	NO
CHE CK	2.5.5	<i>(C)</i> 2.5.5. Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria	SI	NO
		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti provvedono:</i>	SI	NO

ACT		(A) 2.5.6. all'individuazione, in seguito a valutazione delle priorità, di specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	SI	NO
	2.5.5	(A) 2.5.7.all'implementazione di azioni correttive se necessario	SI	NO
		(A) 2.5.8. al monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 3
Aspetti strutturali

Criterio 3 ASPETTI STRUTTURALI

Requisito 3.1: L'idoneità all'uso delle strutture

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	3.1.1	<i>(P) 3.1.1.</i> 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	SI	NO
	3.1.2	<i>(P) 3.1.2.</i> Presenza e formalizzazione di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	SI	NO
	3.1.3	<i>(P) 3.1.3.</i> Presenza e formalizzazione di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi	SI	NO
		<i>(P) 3.1.4.</i> Presenza di piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	SI	NO
	DM 70 6 6.3	<i>(P) 3.1.5.</i> Predisposizione di programmi e azioni per una graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici (<i>DM70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3</i>)	SI	NO
DO	3.1.1 3.1.2	<i>(D) 3.1.6.</i> Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: <i>a.</i> 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; <i>b.</i> Messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	SI	NO
	3.1.5	<i>(D) 3.1.7.</i> Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	SI	NO
CHECK	3.1.3	<i>(C) 3.1.8.</i> Messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
	3.1.4	<i>(A) 3.1.9.</i> definiscono piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate	SI	NO
		<i>(A) 3.1.10.</i> utilizzano i dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	SI	NO
	<i>(A) 3.1.11.</i> monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO	

Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	3.2.3 DM 70 6.3	<i>(P) 3.2.1.</i> L'organizzazione ha formalizzato un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature <i>in particolare delle attrezzature biomedicali (DM 70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3)</i> che includa: <i>a.</i> le modalità di comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi;	SI	NO
	3.2.1	<i>b.</i> un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;	SI	NO
	3.2.2	<i>c.</i> 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;	SI	NO
	3.2.5	<i>d.</i> 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	SI	NO
DO	3.2.3	<i>(D) 3.2.2.</i> Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto del piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	SI	NO
	3.2.4	<i>(D) 3.2.3.</i> Presenza di documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	SI	NO
	3.2.5	<i>(D) 3.2.4.</i> Verifica periodica delle conoscenze da parte del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchielettromedicali	SI	NO
CHECK		<i>(C) 3.2.5.</i> L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		<i>(A) 3.2.6.</i> individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	SI	NO
		<i>(A) 3.2.7.</i> implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		<i>(A) 3.2.8.</i> monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 4
Competenze del personale

Criterio 4 COMPETENZE DEL PERSONALE

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

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	4.1.2	<i>(P) 4.1.1. Esistenza di un Piano di Formazione</i> che prevede:	SI	NO
	4.1.1	<i>a. individuazione di un responsabile per la formazione</i>	SI	NO
	4.1.2	<i>b. definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione e la valutazione sistematica dei fabbisogni formativi (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), la programmazione delle attività formative</i>	SI	NO
	DM 70 5.3		SI	NO
		<i>c. l'impostazione per ciascun operatore di un dossier formativo che contenga una valutazione delle credenziali, un resoconto aggiornato delle attività formative sostenute e un programma di mantenimento delle competenze</i>	SI	NO
			SI	NO
	4.1.4	<i>d. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento</i>	SI	NO
	DM 70 5.3	<i>e. formazione su tematiche che riguardano innovazioni tecnologiche ed organizzative e l'inserimento di nuovo personale (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale (patto per la salute 2014-2016 - Indicazioni OMS)</i>	SI	NO
		<i>f. modalità di condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura</i>	SI	NO
	4.1.6	<i>g. verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider</i>	SI	NO
	<i>(P) 4.1.2. Esistenza di una procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche</i>	SI	NO	
DO	4.1.5	<i>(D) 4.1.3. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura</i>	SI	NO
CHECK	4.1.3 DM 70 5.3	<i>(C) 4.1.4. Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della soddisfazione da parte del personale</i>	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		<i>(A) 4.1.5. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di</i>	SI	NO

	pianificazione		
4.1.3	<i>(A) 4.1.6. implementano le azioni di miglioramento individuate</i>	SI	NO
	<i>(A) 4.1.7. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)</i>	SI	NO

Requisito 4.2: Inserimento e addestramento di nuovo personale

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
			SI	NO
PLAN		(P) 4.2.1. Pianificazione e programmazione per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, di attività di: a. accoglienza; b. affiancamento/addestramento	SI	NO
	4.2.2	c. valutazione dell'idoneità al ruolo	SI	NO
	4.2.3	d. formazione sul rischio clinico ed occupazionale entro il 1° anno	SI	NO
DO	4.2.1 4.2.2 4.2.3	(D) 4.2.2. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario b. messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti c. messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno	SI	NO
CHECK	4.2.4	(C) 4.2.3. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti	SI	NO
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:	SI	NO
		(A) 4.2.4. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
	4.2.4	(A) 4.2.5. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 4.2.6. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 5
Comunicazione

Criterio 5 COMUNICAZIONE

Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	5.1.1	(P) 5.1.1. Definizione e formalizzazione 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	SI	NO
	5.1.2	(P) 5.1.2. Definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	SI	NO
	5.1.3	(P) 5.1.3. Presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	SI	NO
DO	5.1.1 5.1.3	(D) 5.1.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. 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; b. messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	SI	NO
CHECK	5.1.4	(C) 5.1.5. Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 5.1.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
	5.1.4	(A) 5.1.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 5.1.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

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

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	5.2.3	(P) 5.2.1. Identificazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	SI	NO
		(P) 5.2.2. Identificazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	SI	NO
		(P) 5.2.3. E' programmato lo svolgimento di indagini sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale (almeno triennale)	SI	NO
DO	5.2.1	(D) 5.2.4. Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	SI	NO
	5.2.2	(D) 5.2.5. Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	SI	NO
	5.2.3	(D) 5.2.6. Implementazione/facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	SI	NO
CHECK		(C) 5.2.7 L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 5.2.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 5.2.9. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 5.2.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	5.3.3	(P) 5.3.1. La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver per la definizione dei contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	SI	NO
	5.3.4	(P) 5.3.2. La Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari a. sulla donazione di organi e tessuti	SI	NO
	5.3.5	b. sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	SI	NO
	5.3.6	c. sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	SI	NO
DO	5.3.1	(D) 5.3.3. 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	SI	NO
	5.3.2	(D) 5.3.4. Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	SI	NO
	5.3.4 5.3.5	(D) 5.3.5. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. attuazione di modalità strutturate per la appropriata comunicazione con parenti e caregiver b. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti c. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	SI	NO
CHECK		(C) 5.3.6. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:	SI	NO
		(A) 5.3.7. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 5.3.8. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 5.3.9. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 5.4: Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	5.4.1	(P) 5.4.1. Presenza e formalizzazione 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	SI	NO
	5.4.2	(P) 5.4.2. Presenza e formalizzazione di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato ed un elenco di prestazioni, trattamenti e procedure invasive e ad alto rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesie e interventi chirurgici maggiori, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.)	SI	NO
		(P) 5.4.3. Presenza di programmi di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, caregiver e personale	SI	NO
DO	5.4.1 5.4.2 5.4.3	(D) 5.4.4. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. 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 b. messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e l'acquisizione del consenso informato c. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	SI	NO
CHECK	5.4.4	(C) 5.4.5. Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver	SI	NO
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:	SI	NO
		(A) 5.4.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
	5.4.4	(A) 5.4.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 5.4.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 5.5: Modalità di ascolto dei pazienti				
Fase Ciclo PDC A	RiferimentoIntesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	5.5.1	(P) 5.5.1. Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti	SI	NO
	5.5.2	(P) 5.5.2. Presenza e formalizzazione di modalità e strumenti per: a. l'ascolto attivo dei pazienti	SI	NO
	5.5.3	b. la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	SI	NO
		(P) 5.5.3. L'organizzazione ha definito piani di formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	SI	NO
DO	5.5.1 5.5.2 5.5.3 5.5.6	(D) 5.5.4. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. Messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti b. Messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti c. Messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction) d. Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	SI	NO
CHECK		(C) 5.5.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione delle procedure stabilite in fase di pianificazione, (con particolare riguardo ai tempi di risposta ai reclami in confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi e all'efficacia delle modalità di ascolto dei pazienti)	SI	NO
	5.5.5	(C) 5.5.6. L'organizzazione condivide i dati derivanti dalle analisi dei reclami e della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti, in particolare si impegna nella: a. Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale b. Pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami c. Discussione, con le organizzazioni per i diritti dei pazienti, dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dalle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti.	SI	NO
ACT		La Direzione e i singoli dirigenti:	SI	NO
	5.5.4	(A) 5.5.7. Utilizzano i 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, ed individuano, sulla base delle criticità riscontrate, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 5.5.8. Implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 5.5.9. Monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 6
Appropriatezza clinica e sicurezza

Criterio 6

APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	6.1.1 DM 70 5.3	<i>(P) 6.1.1. Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello - Medicina basata sulle evidenze)</i>	SI	NO
		<i>(P) 6.1.2. Le strutture recepiscono e adattano alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale e internazionale per le patologie di cui si fanno carico</i>	SI	NO
DO	6.1.1	<i>(D) 6.1.3. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine</i>	SI	NO
	6.1.2	<i>(D) 6.1.4. Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida</i>	SI	NO
	6.1.4	<i>(D) 6.1.5. 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</i>	SI	NO
CHECK		<i>(C) 6.1.6. Verifica del grado di applicazione delle azioni previste dal PDTA e analisi degli scostamenti</i>	SI	NO
	6.1.3	<i>(C) 6.1.7. Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili</i>	SI	NO
	6.1.5	<i>(C) 6.1.8. Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario (ambito dell'appropriatezza di cui al Dm 19 dicembre 2022)</i>	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti si impegnano nelle seguenti azioni:</i>	SI	NO
		<i>(A) 6.1.9. individuazione, in seguito a valutazione delle priorità, di specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione</i>	SI	NO
	6.1.5	<i>(A) 6.1.10. attivazione di programmi di miglioramento se necessario</i>	SI	NO
		<i>(A) 6.1.11. monitoraggio dei risultati ottenuti in seguito all'implementazione dei programmi di miglioramento (vedi anche requisito 7.1)</i>	SI	NO

Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi				
Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	6.2.1 DM 70 5.3.	<i>(P) 6.2.1. Formalizzazione e diffusione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che definisca ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. In particolare sono previsti piani per la messa in sicurezza dei processi relativi a:</i> <i>a. prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</i> <i>b. procedure invasive</i> <i>c. uso di sangue ed emoderivati</i> <i>d. somministrazione dell'anestesia e della sedazione,</i> <i>e. corretta identificazione del paziente (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e del sito chirurgico</i> <i>f. gestione dei risultati critici di laboratorio</i> <i>g. somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	SI	NO
	DM 70 5.3	<i>(P) 6.2.2 Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	SI	NO
	DM 70 5.3	<i>(P) 6.2.3 Definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	SI	NO
	DM 70 5.3	<i>(P) 6.2.4 Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	SI	NO
	DM 70 5.3	<i>(P) 6.2.5 Formalizzazione e diffusione di protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	SI	NO
DO		<i>(D) 6.2.6. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione</i>	SI	NO
CHECK		<i>(C) 6.2.7. L'organizzazione monitora e verifica annualmente l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, l'adeguatezza e l'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate, del piano aziendale per la gestione del rischio, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati</i>	SI	NO
		<i>(C) 6.2.8. Evidenza della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree di rischio dell'organizzazione, incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde</i>	SI	NO

		almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio		
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		<i>(A) 6.2.9.</i> individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		<i>(A) 6.2.10.</i> implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		<i>(A) 6.2.11.</i> monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi (ambito "Sicurezza" di cui al DM 19 dicembre 2022)

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	6.3.6 DM 70 5.3	<i>(P) 6.3.1. Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi</i>	SI	NO
	6.3.7	<i>(P) 6.3.2. Presenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi</i>	SI	NO
DO	6.3.2	<i>(D) 6.3.3. Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale</i>	SI	NO
	6.3.1 DM 70 5.3	<i>(D) 6.3.4. Presenza e uso di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, comprensivo dei dati raccolti attraverso i debiti informativi nazionali e di cui all'art. 3 L. 24/2017</i>	SI	NO
	6.3.3	<i>(D) 6.3.5. Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround)</i>	SI	NO
	6.3.5 DM 70 5.3	<i>(D) 6.3.6. Presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio sanitario. Applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza. Presenza in ambito ospedaliero, di un Comitato valutazione sinistri di cui il Risk manager è membro stabile e effettivo</i>	SI	NO
	6.3.8 DM 70 5.3	<i>(D) 6.3.7. Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA-Failure Mode and Effect Analysis per anno) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello). <i>(D) 6.3.7.1 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</i></i>	SI	NO
		<i>(D) 6.3.8. Attuazione di interventi di formazione del personale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi</i>	SI	NO
CHECK	6.3.4	<i>(C) 6.3.9. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, attraverso piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio</i>	SI	NO
	6.3.5	<i>(C) 6.3.10. Evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la Sicurezza.</i>	SI	NO

		(C) 6.3.11. L'organizzazione condivide almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 6.3.12. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 6.3.13. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 6.3.14. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	6.4.1	(P) 6.4.1. Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	SI	NO
	6.4.3	(P) 6.4.2. Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	SI	NO
	6.4.4	(P) 6.4.3. Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	SI	NO
DO		(D) 6.4.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	SI	NO
	6.4.2	a. Produzione e diffusione di buone pratiche	SI	NO
	6.4.4	b. Messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	SI	NO
CHECK		(C) 6.4.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 6.4.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 6.4.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 6.4.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 7
Processi di miglioramento e innovazione

Criterio 7
PROCESSI DI
MIGLIORAMENTO E
INNOVAZIONE

Requisito 7.1: Progetti di miglioramento

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	7.1.1	<p><i>(P) 7.1.1.</i> Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica, 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)</p> <p><i>(P) 7.1.2</i> Alimentazione del FSE ex art. 12 del d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con L. 17 dicembre 2012 n. 221, modificato dal d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (ambito "qualità" di cui al DM 19 dicembre 2022)</p>	SI	NO
DO		<i>(D) 7.1.2.</i> Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
CHECK		<i>(C) 7.1.3.</i> L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste dal programma aziendale per il miglioramento della qualità	SI	NO
CHECK		<i>(C) 7.1.4.</i> L'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori di qualità, comunicandoli al personale e ai cittadini emettendoli a disposizione degli utenti	SI	NO
ACT		<i>Sulla base del programma aziendale e delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
ACT		<i>(A) 7.1.5.</i> individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
ACT		<i>(A) 7.1.6.</i> implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
ACT		<i>(A) 7.1.7.</i> monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	SI	NO

Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	7.2.1	(P) 7.2.1. Presenza e formalizzazione di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	SI	NO
	7.2.1	(D) 7.2.3. Evidenza della messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	SI	NO
DO	DM 70 - 5.3.	(D) 7.2.3. L'organizzazione partecipa alla realizzazione di reti di HTA facenti capo alla rete nazionale HTA (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	SI	NO
		(C) 7.2.4. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	SI	NO
CHECK		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 7.2.5. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 7.2.6. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 7.2.7. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

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

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	7.3.1	(P) 7.3.1. Presenza e formalizzazione di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	SI	NO
		(P) 7.3.2. E' previsto il coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	SI	NO
		(P) 7.3.3. Sono definite le modalità di sviluppo di integrazione assistenza-didattica-ricerca	SI	NO
DO		(D) 7.3.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	SI	NO
	7.3.1	a. Messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	SI	NO
	7.3.2	b. Evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	SI	NO
	7.3.4	c. Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.	SI	NO
CHECK	7.3.3	(C) 7.3.5. Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	SI	NO
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	SI	NO
		(A) 7.3.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 7.3.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 7.3.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

REQUISITI COMUNI
Criterio 8
Umanizzazione

Criterio 8 UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1: Programmi per l'umanizzazione delle cure

Fase Ciclo PDC A	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	8.1.1	<i>(P) 8.1.1. Pianificazione delle attività assistenziali-organizzative in un'ottica di accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale, pazienti in coma, pazienti con patologie infettive ed immunodepressi, pazienti in chemioterapia, pazienti fragili e a rischio suicidio, dialisi; contenzione, 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>	SI	NO
	8.1.2	<i>(P) 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 counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie")</i>	SI	NO
		<i>(P) 8.1.3. Definizione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e di modalità di partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione</i>	SI	NO
	8.1.4	<i>(P) 8.1.4. Presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti</i>	SI	NO
		<i>(P) 8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato specifici requisiti riguardanti il comfort delle aree di degenza, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori</i>	SI	NO
		<i>(P) 8.1.6. La Direzione ha definito e formalizzato 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</i>	SI	NO
DO		<i>(D) 8.1.7. Evidenza della messa in atto di tutto quanto pianificato, con particolare riferimento a:</i>	SI	NO

	8.1.1	a. Messa in atto di 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; (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)	SI	NO
	8.1.3	b. Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	SI	NO
CHECK		(C) 8.1.8 L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	SI	NO

ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>		
		(A) 8.1.9. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	SI	NO
		(A) 8.1.10. implementano le azioni di miglioramento individuate	SI	NO
		(A) 8.1.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	SI	NO

**ALLEGATO 1 – *DISCIPLINARE PER LA
REVISIONE DELLA NORMATIVA
SULL'ACCREDITAMENTO: CRITERI,
REQUISITI, EVIDENZE***

Di seguito si riporta il *Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento*, approvato con Intesa Stato-Regioni 20.12.2012 – rep. atti n. 259/CSR, in cui è stata inserita, con il carattere **grassetto** la numerazione delle evidenze utilizzata per i riferimenti riportati nella seconda colonna delle tabelle di requisiti, denominata “Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70”, come rappresentato dall’esempio sottostante.

Esempio:

Criterio 1		
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		
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE
PLAN	1.1.1	<i>(P)</i> 1.1.1. Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull’analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie
	1.1.2	<i>(P)</i> 1.1.2. Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto
	1.1.3	<i>(P)</i> 1.1.3 Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali
DO		<i>(D)</i> 1.1.4 Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione
CHECK		<i>(C)</i> 1.1.5. L’organizzazione monitora e verifica l’attuazione e l’efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>
		<i>(A)</i> 1.1.6. individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione
		<i>(A)</i> 1.1.7. implementa le azioni di miglioramento individuate
		<i>(A)</i> 1.1.8. monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)

<i>1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie: “Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>
<i>Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</i>
1.1.1. Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull’analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;
1.1.2. Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;
1.1.3. Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali.
<i>Requisito 1.2: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</i>
1.2.1. Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);
1.2.2. Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l’integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;
1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
1.2.4. Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.
<i>Requisito 1.3: definizione delle responsabilità</i>
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;
1.3.2. Presenza di una documentabile un’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.
<i>Requisito 1.4: modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</i>
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;
1.4.2. Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l’aggiornamento sistematico delle liste di attesa;
1.4.3. Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;
1.4.4. Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.
<i>Requisito 1.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</i>

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);
1.5.2. Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;
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> ;
1.5.4. Documentazione delle attività di valutazione;
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);
1.5.6. Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;
1.5.7. Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance.
<i>Requisito 1.6: modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</i>
1.6.1. Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;
1.6.2. Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate;
1.6.3. Monitoraggio delle azioni di miglioramento;
1.6.4. Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini.
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).
<i>2° Criterio - Prestazioni e Servizi: "E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini"</i>
<i>Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i>
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;
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.
<i>Requisito 2.2 eleggibilità e presa in carico dei pazienti</i>
2.2.1. Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
2.2.2. Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri);

2.2.3. Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;
2.2.4. Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compreso la riconciliazione;
2.2.5. Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
2.2.6. Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario.
<i>Requisito 2.3: continuità assistenziale</i>
2.3.1. Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza;
2.3.2. Formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);
2.3.3. Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
2.3.4. Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
2.3.5. Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
2.3.6. Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.
<i>Requisito 2.4: il monitoraggio e la valutazione</i>
2.4.1. Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;
2.4.2. Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;
2.4.3. Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;
2.4.4. Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura;
2.4.5. Presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;
2.4.6. Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;
2.4.7. Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.
<i>Requisito 2.5: La modalità di gestione della documentazione sanitaria</i>
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;
2.5.2. Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;
2.5.3. Formalizzazione e la messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;

2.5.4. Formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;
2.5.5. Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario;
2.5.6. Predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria.
<i>3° Criterio - Aspetti Strutturali: "L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse"</i>
<u>Requisito 3.1: l'idoneità all'uso delle strutture</u>
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;
3.1.2. Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
3.1.3. Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);
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;
3.1.5. Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.
<u>Requisito 3.2: gestione e manutenzione delle attrezzature</u>
3.2.1. Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;
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;
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;
3.2.4. Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;
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.
<i>4° Criterio - Competenze del Personale: "La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"</i>
<u>Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</u>
4.1.1. Individuazione di un responsabile per la formazione;

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;
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;
4.1.4. Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;
4.1.5. Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;
4.1.6. Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider.
Requisito 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;
4.2.2. Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;
4.2.3. Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno;
4.2.4. Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.
<i>5° Criterio - Comunicazione: "Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"</i>
<i>Requisito 5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori</i>
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;
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;
5.1.3. Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;
5.1.4. Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario.
<i>Requisito 5.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</i>
5.2.1. Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;
5.2.2. Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;
5.2.3. Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.
<i>Requisito 5.3: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver</i>

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;
5.3.2. Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini;
5.3.3. Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver;
5.3.4. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti;
5.3.5. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
5.3.6. Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.
<i>Requisito 5.4: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali</i>
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;
5.4.2. Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;
5.4.3. Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento;
5.4.4. Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario.
<i>Requisito 5.5: modalità di ascolto dei pazienti</i>
5.5.1. Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti;
5.5.2. Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;
5.5.3. Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction);
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;
5.5.5. Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale;
5.5.6. Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.
6° Criterio - Appropriatezza clinica e sicurezza: "La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"
<i>Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i>
6.1.1. Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine;

6.1.2. Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
6.1.3. Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
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;
6.1.5. Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.
<u>Requisito 6.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi</u>
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 ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.
<u>Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</u>
6.3.1. Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
6.3.2. Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
6.3.3. Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround);
6.3.4. Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
6.3.5. Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza;
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;
6.3.7. Presenza di un Piano di formazione;
6.3.8. Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect Analysis per anno).
<u>Requisito 6.4: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</u>
6.4.1. Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
6.4.2. Produzione e diffusione di buone pratiche;
6.4.3. Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;
6.4.4. Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.
7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione: <i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</i>

<u>Requisito 7.1: Progetti di miglioramento</u>
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.).
<u>Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</u>
7.2.1. Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.
<u>Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa</u>
7.3.1. Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;
7.3.2. Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;
7.3.3. Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;
7.3.4. Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.
8° Criterio/fattore di qualità - Umanizzazione: <i>"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture"</i>
<u>Requisito 8.1: programmi per l'umanizzazione delle cure</u>
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 (es: <i>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>);
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 counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");
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;
8.1.4. Presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.