



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



REGIONE
ABRUZZO



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIOSANITARIE

REGIONE ABRUZZO

agenas.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tel. 06-42749700

e-mail: info@agenas.it

www.agenas.gov.it

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

REGIONE ABRUZZO

Sommario

PREMESSA	4
INTRODUZIONE	6
1) RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	6
2) STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)	6
3) CICLO PDCA.....	7
REQUISITI ED EVIDENZE.....	9
SEZIONE 1 REQUISITI COMUNI	10
SEZIONE 2 REQUISITI SPECIFICI.....	22
ANZIANI (A).....	23
DISABILI (D).....	31
PATOLOGIE PSICHIATRICHE (P).....	38
DIPENDENZE PATOLOGICHE (T)	47
HOSPICE (H).....	54
CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV.....	62
STABILIMENTI TERMALI.....	65

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUZIONE

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

1) **RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO**

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

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

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

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

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

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.

SEZIONE 1
REQUISITI COMUNI

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

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

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

Requisito 1.2 - Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

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

Requisito 1.3 - Definizione delle responsabilità

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

Requisito 1.4 - Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

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

Requisito 1.5 - Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	Vi è evidenza della formalizzazione di programmi e procedure per la valutazione di qualità clinico/assistenziale, organizzativa e percepita delle prestazioni e dei servizi, che evidenzino anche responsabilità, indicatori e modalità di monitoraggio	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 1.6 - Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito procedure/attività per la raccolta e l'analisi dei disservizi che preveda anche il coinvolgimento dei cittadini	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora il raggiungimento degli obiettivi previsti nella fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

3° Criterio ASPETTI STRUTTURALI

Requisito 3.1 - L'idoneità all'uso delle strutture

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

Requisito 3.2 - Gestione e manutenzione delle attrezzature

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

4° Criterio
COMPETENZE DEL PERSONALE

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

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

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

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

5° Criterio COMUNICAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

Requisito 5.5 - Modalità di ascolto dei pazienti

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

7° Criterio
PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

Requisito 7.1 - Progetti di miglioramento

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

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

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

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

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

SEZIONE 2

REQUISITI SPECIFICI

ANZIANI (A)**2° Criterio PRESTAZIONI
E SERVIZI****Requisito 2.1A – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati**

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative - gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini - la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2A Presenza di percorsi assistenziali

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

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito: - procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa - procedure che definiscono la modalità e le responsabilità nella gestione omnicomprensiva dell'ospite dal momento della presa in carico (valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni, piano specifico per la gestione delle persone con demenza, Piano di Assistenza Individualizzato, piano nutrizionale, gestione della nutrizione enterale e parenterale, idratazione del paziente e somministrazione di medicinali) - procedure per il prelievo e la gestione di campioni laboratoristici - modalità per il trasferimento delle informazioni - modalità per l'attuazione di una politica per la promozione della salute che coinvolga pazienti, familiari e personale	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.2A – Passaggio in cura (continuità assistenziale)			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (trasferimenti in strutture sanitarie, sociosanitarie/assistenziali, sociali, ADI, follow up) che comprendano anche modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti (con particolare riguardo alla riconciliazione dei farmaci) e prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

6° Criterio **APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA**

Requisito 6.1A – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

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

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

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso: - il piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente (riguardante almeno: infezioni associate all'assistenza sanitaria, sindrome da immobilizzazione, lesioni da pressione, gestione dei cateteri, cadute dei pazienti, somministrazione dei farmaci, corretta alimentazione e idratazione) che preveda anche attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti - il piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

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

8° Criterio UMANIZZAZIONE

Requisito 3.1A - Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

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

DISABILI (D)**2° Criterio PRESTAZIONI E SERVIZI****Requisito 2.1D – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati**

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
<i>PLAN</i>	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; - la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza.	SI	NO
<i>DO</i>	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
<i>CHECK</i>	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
<i>ACT</i>	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2D Presenza di percorsi assistenziali

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

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per: - la presa in carico e la gestione clinico-assistenziale-riabilitativa dei pazienti; - la gestione trasparente delle liste di attesa; - il trasferimento delle informazioni all'interno del percorso di cura; - l'attuazione di una politica per la promozione della salute; - è definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la 'giornata tipo' dei pazienti.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.2D – Passaggio in cura (continuità assistenziale)

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (trasferimenti in strutture sanitarie, sociosanitarie/assistenziali, sociali, ADI, follow up) che comprendano anche modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti (con particolare riguardo alla riconciliazione dei farmaci) e prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

6° Criterio
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1D – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

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

Requisito 6.2D – L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	È stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e che comprende: - la corretta gestione di alimentazione e idratazione, cateterizzazione e somministrazione dei farmaci; - la definizione di ruoli, responsabilità, risorse e modalità di monitoraggio; - la programmazione di attività di formazione continua sulla gestione del rischio; - la programmazione di attività di segnalazione e analisi degli esiti inattesi; - la prevenzione ed il controllo almeno di sindrome da immobilizzazione, lesioni da pressione, infezioni correlate all'assistenza, cadute, disturbi comportamentali e depressione;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 6.3D – Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un sistema per l'identificazione, la segnalazione, la comunicazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

8° Criterio UMANIZZAZIONE

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

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

PATOLOGIE PSICHIATRICHE (P)

2° Criterio PRESTAZIONI E SERVIZI			
Requisito 2.1P – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze; - le procedure di ammissione/trattamento/dimissione e le modalità di relazione con altre strutture.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2P Presenza di percorsi assistenziali

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

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

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

Requisito 2.2.2P – Passaggio in cura (continuità assistenziale)			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> - programmi di coordinamento che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del piano riabilitativo; - protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow-up); - procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. - protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; - protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM; - protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni del CSM. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

6° Criterio
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1P – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

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

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

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

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

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

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

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

8° Criterio UMANIZZAZIONE

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

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

DIPENDENZE PATOLOGICHE (T)

2° Criterio PRESTAZIONI E SERVIZI			
Requisito 2.1T – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri: - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; - la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2T Presenza di percorsi assistenziali

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

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito: <ul style="list-style-type: none">- procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa;- procedure che garantiscono la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura, con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica e psichica degli utenti;- procedure che definiscono la modalità e le responsabilità nella gestione omnicomprensiva dell'ospite dal momento della presa in carico (valutazione iniziale multidisciplinare e multidimensionale delle condizioni e dei bisogni, programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico individuale, prevenzione e gestione delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza);- procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali;- modalità per il trasferimento delle informazioni;- procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana.	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.2T – Passaggio in cura (continuità assistenziale)			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (trasferimenti in strutture sanitarie, sociosanitarie/assistenziali, sociali, ADI, follow up) che comprendano anche modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti (con particolare riguardo alla riconciliazione dei farmaci) e prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.3T – Monitoraggio e valutazione			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	L'organizzazione ha definito obiettivi <i>evidence based</i> e relativi indicatori di qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale del paziente;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

6° Criterio
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1T – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

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

Requisito 6.2T – L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso: - il piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, utenti e ambiente (riguardante almeno: rischio infettivo, rischio di autolesioni, rischio suicidario, condotte aggressive, somministrazione dei farmaci, rischio ambientale) che preveda anche attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti - il piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.	SI	NO

DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

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

8° Criterio UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1T - Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

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

HOSPICE (H)**2° Criterio PRESTAZIONI E SERVIZI****Requisito 2.1H – Tipologia di prestazioni e di servizi erogati**

<i>Fase Ciclo PDCA</i>	<i>EVIDENZE</i>	<i>Requisito soddisfatto</i>	
PLAN	<p>a) L'organizzazione ha definito le linee guida per la redazione e la distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le informazioni circa le prestazioni e le relative modalità erogative; - la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze; - le procedure di ammissione/trattamento/dimissione e le modalità di relazione con altre strutture. <p>b) L'organizzazione partecipa, anche in collaborazione con MMG, PLS, farmacie e organizzazioni no profit a campagne istituzionali di informazione ai cittadini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sui programmi di assistenza in materia di cure palliative connessi a malattie neoplastiche e cronico-degenerative; - sulla tutela dei diritti nella lotta contro il dolore. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2H Presenza di percorsi assistenziali

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

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa e i criteri per gestire i tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili; - procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; - procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare; - le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti; - protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste dal Piano Assistenziale Individuale, per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e di maggiore gravità e la gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti; - protocolli specifici per gestire il controllo ed il trattamento del dolore e dei sintomi, la sedazione palliativa e gli aspetti specifici dell'assistenza infermieristica; - protocolli, linee guida e procedure per la corretta alimentazione del paziente e per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale; - procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente; - linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali; - protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; - protocolli e procedure per la valutazione costante dei bisogni della famiglia e linee guida per la definizione un percorso di supporto alla famiglia durante l'accompagnamento e nella fase di lutto; - procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche in relazione alle modalità di una eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento; - le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di assistenza. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.2h – Passaggio in cura (continuità assistenziale)			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione appropriata del trasferimento, della dimissione e del follow up (collegamenti tra strutture e servizi, addestramento di pazienti e familiari, trasferimento delle informazioni); b) sono garantite le competenze in Terapia del Dolore necessarie ad assicurare la continuità della gestione del paziente;	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

6° Criterio
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1H – Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

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

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

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	E' stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e che comprende: <ul style="list-style-type: none"> - la prevenzione ed il controllo almeno di sindrome da immobilizzazione, lesioni da pressione, infezioni correlate all'assistenza, cadute; - la corretta gestione di alimentazione e idratazione, cateterizzazione e somministrazione dei farmaci; - la definizione di ruoli, responsabilità, risorse e modalità di monitoraggio; - la programmazione di attività di formazione continua sulla gestione del rischio; - la programmazione di attività di segnalazione e analisi degli esiti inattesi. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

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

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

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

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

8° Criterio
UMANIZZAZIONE

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

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

CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV

2° Criterio			
PRESTAZIONI E SERVIZI			
Requisito 2.1.HIV – REQUISITI STRUTTURALI			
<i>Fase Ciclo PDCA</i>	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>La Casa Alloggio è dotata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di locale ad uso infermeria con adeguata attrezzatura funzionante, conforme alla normativa vigente, e in numero sufficiente alle necessità del servizio, composta da: armadio farmaceutico; strumentazione per l'attività ambulatoriale di medicina di base; un porta rifiuti per materiale infetto (rifiuti speciali); schedario con chiave per la custodia delle cartelle o dell'altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni; - di camere per gli ospiti adeguatamente attrezzate (dotazione minima per ospite: letto; comodo; armadio; campanello di chiamata); - di bagni accessibili alle persone disabili attrezzati con vasca; - di locali ad uso comune (dotazione minima: locale esclusivamente adibito ai pasti; spazio soggiorno/locale polifunzionale; locale per colloqui riservati); - di cucina di tipo domestico, comunque attrezzata per preparare tre pasti giornalieri con piatti caldi, con locale dispensa attrezzato per la corretta conservazione dei cibi; - di lavanderia/stireria/guardaroba di tipo domestico comunque attrezzata per soddisfare il fabbisogno di ogni ospite (dotazione minima: annesso deposito di biancheria sporca e per il materiale di consumo opportunamente areato); - di un servizio per l'accompagnamento degli ospiti (valore soglia: una vettura funzionante). 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Requisito 2.2.HIV - Requisiti Organizzativi

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>Il personale è in numero sufficiente per i carichi di lavoro relativi all'attività prevista. Dotazione minima: 1 coordinatore organizzativo; 1 medico con esperienza documentata nel campo dell'AIDS; 1 infermiere ogni 3 ospiti; 1 operatore tecnico dell'assistenza (o analogo) ogni 2 ospiti; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 1 cuoco; 1 addetto alle pulizie.</p> <p>E' garantito il funzionamento della Casa Alloggio H24 per sette giorni la settimana. La direzione della Casa Alloggio fa capo al coordinatore organizzativo con documentata formazione specifica e/o esperienza nel medesimo ambito e al responsabile delle attività sanitarie con specifiche caratteristiche: medico specialista in materie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.</p> <p>E' identificato il coordinatore per gli aspetti psicologici a sostegno degli ospiti e degli operatori. Caratteristiche: psicologo con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.</p> <p>E' identificato il coordinatore per gli aspetti sociali nel rapporto con gli ospiti ed i loro familiari. Caratteristiche: assistente sociale con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.</p> <p>Sono effettuate revisioni periodiche di coordinamento delle attività sanitarie, sociali ed organizzative. Va definito un documento in cui siano presenti le attribuzioni delle specifiche funzioni/attività effettivamente svolte da ciascuna figura professionale, comprese quelle relative ai casi di emergenza o ad eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).</p> <p>Tutti gli operatori dispongono di copertura assicurativa.</p> <p>Esistono procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza delle persone HIV positive e la gestione delle esposizioni. Le procedure prevedono la redazione di un manuale ad uso degli operatori e volontari in cui sono elencati i rischi più frequenti e la corretta modalità per evitare incidenti.</p> <p>Esistono procedure scritte per la formazione del personale sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione e la gestione dei rischi più frequenti e importanti.</p> <p>Le procedure prevedono la programmazione di un ciclo di aggiornamento specifico del personale. Vengono forniti i mezzi necessari alla prevenzione di tali rischi</p>	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO

CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

STABILIMENTI TERMALI

Ai sensi della legge n. 323 del 24 ottobre 2000 “Riordino del settore termale”, le cure termali sono erogate negli stabilimenti delle aziende termali che utilizzano, per le finalità terapeutiche, acque minerali e termali nonché fanghi, sia naturali sia artificialmente preparati, muffe e simili, vapori e nebulizzazioni, stufe naturali e artificiali, qualora le proprietà terapeutiche delle stesse acque siano state riconosciute ai sensi del combinato disposto dell’art. 6, lett. t), della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dell’art. 119, comma 1, lett. d), del decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998. Gli stabilimenti termali erogano le prestazioni idrotermali di cui all’art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2° Criterio			
PRESTAZIONI E SERVIZI			
Requisito 2.1. STABILIMENTI TERMALI – REQUISITI STRUTTURALI			
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>Ai sensi dell’art. 3 della L. n. 323/00, le cure termali sono erogate presso le aziende termali in possesso dei seguenti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove di tale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario; - presenza di un medico per tutto l’orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero garanzia di pronta assistenza medica per tutto l’orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privato; - presenza presso l’Azienda termale delle seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso: <ul style="list-style-type: none"> • uno sfigmomanometro • un apparecchio manuale di rianimazione • una bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore • siringhe di plastica monouso e laccio emostatico • aghi, filo e pinza per sutura • farmaci: analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori • elettrocardiografo e defibrillatore automatico. 	SI	NO
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO

CHECK	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo e le modalità di diffusione e distribuzione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO

Per quanto compatibile con la natura e la modalità di esecuzione delle cure termali, si rinvia a quanto previsto per le attività ambulatoriali.

Requisito 2.2. STABILIMENTI TERMALI - Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria

Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	Requisito soddisfatto	
PLAN	<p>Per l'erogazione dei cicli di cura sottoelencati, le aziende termali interessate debbono possedere i seguenti requisiti:</p> <p>A. ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso:</p> <p>a) personale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medico specialista in recupero e rieducazione funzionale di motulesi e neurolesi o in ortopedia o discipline equipollenti o affini; 2. terapisti della riabilitazione; 3. massofisoterapisti. <p>b) servizi diagnostici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gabinetto di radiologia interno o convenzionato; 2. laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato; 3. gabinetto di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato. <p>c) attrezzature terapeutiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. reparto di fangobalneoterapia; 2. piscina termale attrezzata per riabilitazione in acqua, dotata di idonei meccanismi che ne consentono l'utilizzazione anche ai disabili; 3. palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria; 4. locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti: massoterapia; elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadinamica, ionoforesi, elettrostimolazioni esponenziali); termoterapia; fototerapia (ultravioletti, infrarossi); sonoterapia(ultrasuoni); laserterapia; magnetoterapia; trazioni e manipolazioni vertebrali. <p>B. ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria</p> <p>a) personale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medico specialista in pneumologia o discipline equipollenti o affini, o in fisopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria, o in recupero e riabilitazione funzionale o in discipline equipollenti o affini; 2. terapisti della riabilitazione. <p>302</p>	SI	NO

	<p>b) servizi/attrezzature diagnostiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ambulatorio di diagnostica funzionale polmonare attrezzato per eseguire esami spirometrici di base (CV,VC,VRE,VRI,VEMS, VMM,CVF,PFE, indice di Tiffeneau, frequenza respiratoria); esami spirometrici di base + curva flussovolume; ossimetria; 2. ambulatorio di elettrocardiografia; 3. attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche in convenzione con un gabinetto di radiologia esterno; 4. attrezzature per esami chimico-clinici di base, per ricerche allergologiche complete per via percutanea e per eventuali provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in convenzione con un laboratorio esterno. <p>c) attrezzature terapeutiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni); 2. apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente; 3. palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva; 4. box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale. <p>I servizi di diagnostica per immagini o di laboratorio interni, i locali e le attività di recupero e rieducazione funzionale o respiratoria interni devono essere conformi ai requisiti previsti dalla normativa regionale o nazionale per i presidi che svolgono le stesse attività sanitarie.</p>		
DO	Vi è evidenza della messa in atto di quanto pianificato	SI	NO
CHECK	L'organizzazione monitora l'implementazione di quanto previsto in fase di pianificazione	SI	NO
ACT	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua le aree e le priorità di intervento e avvia il piano di miglioramento corredato da specifico cronoprogramma evidenziabile nell'Amministrazione trasparente dell'organizzazione	SI	NO