

Codice A1403A

D.D. 15 novembre 2017, n. 725

Aggiornamento del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" all. A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR del 20.12.2012).

Richiamate:

la D.C.R. del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 *“Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione”*;

la D.G.R del 5 dicembre 2000, n. 82-1597 *“Disposizioni attuative della D.C.R. n. 616-3149 del 22/2/2000 sui requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, nonché i requisiti ulteriori per l’accreditamento delle strutture medesime”*

la Determinazione del Direttore Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie del 5 settembre 2001, n. 277 *“Disposizioni attuative della D.G.R. n. 61-3230 del 11 giugno 2001”* con cui è stato approvato il Manuale di Accreditamento inerente la lista dei requisiti individuati per la classificazione in fasce;

la DGR 87-14428 del 20 dicembre 2004 *“D.C.R. n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 – modifica ed integrazioni”*;

la D.G.R. del 28 giugno 2013, n. 9-6021 *“Recepimento dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”, in attuazione dell’articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. n. 259/CSR del 20 dicembre 2012”*;

la D.G.R. del 2 novembre 2015, n. 32-2366 *“Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. N. 32/CSR del 19 febbraio 2015)”*.

Considerato che,

con il documento recante *“Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all’Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR)”* le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si sono impegnate, in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, a recepire formalmente i contenuti dell’Intesa del 19 febbraio 2015 (Rep. N. 32/CSR), ad uniformarsi ai criteri così come articolati nell’Allegato A.

Ritenuto che,

il sistema di accreditamento richiede un nuovo punto di equilibrio tra le esigenze di semplificazione e quelle di mantenimento delle garanzie di sicurezza e qualità, in particolare l’accreditamento

istituzionale deve essere rivisto in una logica di forte semplificazione, riduzione degli aspetti più formali e attenzione all'appropriatezza delle prestazioni e al continuo miglioramento della qualità, qualità che costituisce un enorme patrimonio culturale ed operativo nella logica della "*clinical governance*". Il Piano Socio Sanitario 2012-2015, approvato con D.C.R. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha tra i suoi obiettivi quello di continuare a garantire l'effettiva applicazione del sistema sia alle strutture pubbliche, sia alle strutture private;

con Determinazione del Direttore della Direzione Sanità n. 414 del 21 giugno 2012, è stato istituito un gruppo di lavoro con rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità e dell'Agenzia dei Servizi Sanitari in qualità di supporto tecnico scientifico in materia, con i compiti di:

- aggiornamento dei requisiti di accreditamento in funzione dell'evoluzione normativa;
- revisione e alleggerimento del manuale di accreditamento al fine di ridurre il numero dei requisiti ed evitare le loro ripetizioni nelle stesse sezioni o in sezioni diverse;
- definizione di nuovi requisiti di accreditamento per ulteriori settori specialistici;
- formulazione di una possibile ipotesi di revisione del sistema di accreditamento a tre fasce;
- aggiornamento della metodologia di verifica per la necessaria sinergia tra le Commissioni di Vigilanza e gruppo di Verifica;

con D.G.R. del 28 giugno 2013, n. 3-6051 la Giunta Regionale ha attribuito all'ARPA, con decorrenza 1 luglio 2013, le attività di verifica sulla rispondenza ai requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie;

con Determinazione del Direttore della Direzione Sanità n. 120 del 24 febbraio 2014 è stato prorogato il mandato del gruppo di lavoro costituito con la citata Determinazione n. 414 del 21 giugno 2012 e sono stati integrati i componenti al fine di provvedere ad armonizzare la normativa del sistema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "*Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento*" allegato A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR del 20 dicembre 2012).

con D.G.R. del 2 novembre 2015, n. 32-2366, la Giunta, tra l'altro, ha deputato l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale – A.R.P.A., istituita con L.R. 13 aprile 1995, n. 60, in quanto ritenuto soggetto "terzo", quale "Organismo tecnicamente accreditante", adeguandone il suo funzionamento secondo le indicazioni previste nell'Allegato B dell'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015, al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale, dando mandato all'Assessorato Sanità ed all'Organismo tecnicamente accreditante alla predisposizione del manuale di accreditamento in conformità dei requisiti richiesti dall'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012, recepita con D.G.R. n. 9-6021 del 28 giugno 2013;

con Determinazione n. 441 del 3 luglio 2017 è stata modificata la composizione dei componenti del gruppo di lavoro, già costituito con determinazione n. 120 del 24 febbraio 2014, che ha operato per il conseguimento degli obiettivi previsti dall'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (REP n. 32/CSR del 19 febbraio 2015), necessari per armonizzare la normativa del sistema di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "*Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento*" allegato A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012).

Alla luce di quanto sopra esposto il gruppo di lavoro ha provveduto ad aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte

comprendendo i requisiti previsti dal “*Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento*” allegato A dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012).

Il manuale di accreditamento, così aggiornato, è stato presentato alle Associazioni di Categoria rappresentative delle strutture sanitarie private accreditate per condividerne i contenuti.

Ritenuto opportuno e necessario:

aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, di cui alla Determinazione del Direttore Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie del 5 settembre 2001, n. 277, comprendendo, quali requisiti organizzativi generali, i requisiti previsti dal “*Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento*” allegato A dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012);

sostituire i requisiti organizzativi generali, valevoli per le strutture sanitarie di ricovero e cura ed ambulatoriali, contenuti nel manuale di accreditamento di cui alla Determinazione n. 277 del 5 settembre 2001, con i requisiti del manuale allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

riconduurre provvisoriamente, nelle more della completa e definitiva revisione dei requisiti specifici di accreditamento e del superamento della qualificazione in fasce, di cui alla D.G.R del 5 dicembre 2000, n. 82-1597, i requisiti generali di cui al presente provvedimento alla fascia B di classificazione;

prevedere che l’accreditamento, quale strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie finalizzato anche a garantire l’eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell’accreditamento, sia soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verifichino variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato;

rinvviare a successivi provvedimenti della Direzione Sanità l’aggiornamento dei requisiti specifici di accreditamento;

disporre che tutte le strutture sanitarie di ricovero ed ambulatoriali pubbliche e private già accreditate si adeguino ai requisiti generali di cui al presente provvedimento entro il 31 marzo 2018.

Al fine di rendere omogeneo e trasparente il percorso di verifica del possesso dei requisiti delle Aziende che chiedono l’accreditamento alla Regione Piemonte, si demanda al Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, sentito l’ARPA Piemonte, la predisposizione della nota informativa sulle modalità che saranno utilizzate per le attività di verifica.

Tutto quanto sopra premesso;

IL DIRETTORE

Vista la D.C.R. del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e s.m.i.;

Vista la D.G.R. del 5 dicembre 2000, n. 82-1597;

Vista la D.D. 5 settembre 2001, n. 277;
Vista la D.G.R. del 28 giugno 2013, n. 9-6021;
Vista la D.G.R. del 2 novembre 2015, n. 32-2366
visti gli articoli 17 e 18 della Legge regionale 28 luglio 2008, n. 23;

determina

- 1) di aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, di cui alla Determinazione del Direttore Regionale del Controllo delle Attività Sanitarie del 5 settembre 2001, n. 277, comprendendo, quali requisiti organizzativi generali, i requisiti previsti dal “*Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento*” allegato A dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CRS del 20 dicembre 2012);
- 2) di sostituire i requisiti organizzativi generali, valevoli per le strutture sanitarie di ricovero e cura ed ambulatoriali, contenuti nel manuale di accreditamento di cui alla Determinazione n. 277 del 5 settembre 2001, con i requisiti del manuale allegato, quale parte integrante e sostanziale, del presente provvedimento;
- 3) di ricondurre provvisoriamente, nelle more della completa e definitiva revisione dei requisiti specifici di accreditamento e del superamento della qualificazione in fasce, di cui alla D.G.R del 5 dicembre 2000, n. 82-1597, i requisiti generali di cui al presente provvedimento alla fascia B di classificazione;
- 4) di prevedere che l’accreditamento, quale strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie finalizzato anche a garantire l’eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell’accreditamento, sia soggetto a verifica periodica con cadenza non superiore a cinque anni e comunque ogni volta che si verificano variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato;
- 5) di rinviare a successivi provvedimenti della Direzione Sanità l’aggiornamento dei requisiti specifici di accreditamento;
- 6) di disporre che tutte le strutture sanitarie di ricovero ed ambulatoriali pubbliche e private già accreditate si adeguino ai requisiti generali di cui al presente provvedimento entro il 31 marzo 2018;
- 7) di demandare al Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, sentito l’ARPA Piemonte, la predisposizione della nota informativa sulle modalità che saranno utilizzate per le attività di verifica;
- 8) di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione è soggetta a pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.

Il Direttore
dott. Renato BOTTI

Il Dirigente
Settore Assistenza Specialistica
e Ospedaliera
dott.ssa Emanuela ZANDONA'

Allegato

Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte

ai sensi del

"Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento"

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR)

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti quali l'Atto Aziendale, documenti di pianificazione strategica o di altri documenti equivalenti √ Vigenza del documento stesso √ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, email, Intranet, Internet, ecc....) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento 	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.1.2	Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	<ul style="list-style-type: none"> √ Scheda di assegnazione alle strutture aziendali degli obiettivi di risultato (obiettivi economici e di miglioramento della qualità), secondo regolamento aziendale 	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.1.3	Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	<ul style="list-style-type: none"> √ Nella scheda per ogni obiettivo il relativo indicatore e valore atteso √ Sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati √ Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento √ Attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale (punto non applicabile nel privato) 	Doc Des PVD	SI	NO	
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1	Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di accordi/protocolli/convenzioni o altre modalità definite tra la struttura e altre sedi nel caso in cui la struttura non possa gestire questa tipologia di pazienti (centri "hub e spoke") 	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.2.2	Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio √ Diffusione dei documenti formalizzati con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc..) √ Documentazione della valutazione effettuata sul paziente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale 	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.2.3	Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di circolari attuative della normativa √ Scale di valutazione √ Protocolli analgici √ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente 	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.2.4	Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di accordi/protocolli/convenzioni o altre modalità definite tra la struttura e altre sedi, in ottemperanza ad indirizzi regionali e nazionali, es. rete oncologia, rete emergenza, rete trapianti, rete diabete e altre reti 	Doc Des PVD	SI	NO	

1.3 Definizione delle responsabilità	1.3.1	Presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	√ Presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente, e organigramma √ Presenza di regolamento/procedura/documento per la valutazione dirigenziale	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.3.2	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	√ Evidenza di valutazione secondo una periodicità definita e in accordo con la normativa vigente dei dirigenti e di coloro che hanno una responsabilità definita	Doc Des PVD	SI	NO	
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	√ Esistenza di documento che individui quali informazioni sono necessarie all'Azienda in conseguenza delle attività sanitarie svolte e le modalità di raccolta, elaborazione, garanzia di sicurezza ed archiviazione dei dati √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	√ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.4.3	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	√ Presenza di azioni di monitoraggio secondo quanto previsto dalla normativa, nazionale e regionale vigente, anche nel rispetto di quanto previsto dai decreti su classi di priorità, trasparenza e anticorruzione √ Esistenza di un sistema di gestione delle prenotazioni che garantisca la tracciabilità e consenta di fornire le informazioni al cittadino se richieste	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.4.4	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne	√ Esistenza di un sistema di tracciabilità di tutte le operazioni svolte sui dati e degli accessi agli stessi dati, di periodico backup delle informazioni	Doc Des PVD	SI	NO	

1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/ articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)	√ Documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.2	Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi	√ Presenza all'interno della documentazione (atto Aziendale o altro documento) dell'assegnazione di questa responsabilità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.3	Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, <i>mortality & morbidity review</i>	√ Evidenza di report sulle attività effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento) almeno un'attività all'anno oltre a quelle previste dalla legge individuata a seguito dell'analisi delle criticità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.4	Documentazione delle attività di valutazione	√ Evidenza della messa in atto del/dei programma/i richiesti (almeno uno) in accordo con i programmi regionali e nazionali (PNE, obiettivi qualitativi nelle schede ecc...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.5	Esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	√ Evidenza di avvenuta comunicazione (es: CAP, internet,...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.6	Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	√ Evidenza di verbali di incontri, report, convocazioni o locandine, riunioni plenarie o di dipartimento, aperte al personale	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.5.7	Utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance	√ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	

1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/disservizi/elogi/suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.2	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda √ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.3	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	√ Evidenza di rivalutazione delle azioni di miglioramento intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.4	Procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini	√ Presenza di un documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (es. regolamento di pubblica tutela)	Doc Des PVD	SI	NO	
	1.6.5	Attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	√ Evidenza di analisi di almeno un processo critico, anche a seguito di quanto previsto al punto 1.6.2	Doc Des PVD	SI	NO	

2° Criterio: Prestazioni e Servizi							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	2.1.1	Presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento, cartaceo o informatico, conforme a quanto indicato dalla Regione Piemonte √ Disponibilità della Carta dei Servizi per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione su Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda) √ Evidenza della disponibilità di informazioni relative almeno a: <ul style="list-style-type: none"> - nominativo del Direttore/Responsabile e coordinatore della struttura; - orari delle principali attività (es. distribuzione pasti, accesso parenti); - diritti e doveri dell'utente 	Doc Des PVD	SI	NO	
			<ul style="list-style-type: none"> √ Fornire evidenza della disponibilità di informazioni relative almeno a: nominativo del Direttore/Responsabile e coordinatore della struttura; orari delle principali attività (es. distribuzione pasti, accesso parenti, colloqui con Medici), diritti/doveri dell'utente (PRI 1.1) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.1.2	Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza della revisione della Carte dei Servizi almeno annuale e di coinvolgimento delle associazioni (Conferenza Aziendale Partecipata, empowerment, ...) 	Doc Des PVD	SI	NO	
2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.1	Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza nei PDTA o in regolamenti aziendali (es. Day Surgery) dei criteri di eleggibilità dei pazienti 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.2	Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza almeno dei PDTA previsti dalle disposizioni Nazionali e Regionali 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.3	Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documenti in cui siano identificati ruoli e responsabilità dei professionisti (PDTA, procedura gestione accettazione ricovero, cambiamento setting assistenziale) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.4	Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	<ul style="list-style-type: none"> √ Presa visione dei documenti predisposti (accettazione infermieristica, riconciliazione, ...) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.2.5	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza dei documenti predisposti e verifica a campione della loro compilazione nella documentazione sanitaria 	Doc Des PVD e V Camp	SI	NO	
	2.2.6	Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (es. dolore, riconciliazione) 	Doc Des PVD	SI	NO	

2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	√ Esplicitazione del modello organizzativo adottato (presenza del/i documento/i) verifica a campione dell'applicazione del/dei modelli definiti	Doc Des PVD e V camp	SI	NO	
	2.3.2	Formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>)	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio √ Evidenza della diffusione dei documenti con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.3.3	Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.3.4	Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	vedi punto 1.2.2 √ Applicazione della normativa vigente √ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.3.5	Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	√ Presenza di facsimili, modelli, istruzioni operative, regolamenti o protocolli (es. PPRI, scale di valutazione, piano integrato)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.3.6	Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti	√ Protocolli, procedure o regolamenti √ Documenti resi disponibili con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,..) √ Monitoraggio della loro applicazione (solo per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)	Doc Des PVD	SI	NO	

2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.1	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di protocolli definiti a livello aziendale in coerenza con le linee guida individuate √ Elenco PDTA adottati √ Evidenza del grado di aderenza di almeno un PDTA per dipartimento, ove presente, o per struttura (privato) attraverso gli indicatori individuati nel percorso 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.2	Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit</i> clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza di report sulle attività programmate ed effettuate (es. verbali, rapporti, ...comprendivo di piano di miglioramento e azioni correttive) √ Evidenza di diffusione con almeno una modalità dimostrabile 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.3	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza di incontri con associazioni di pazienti e familiari nella redazione del PDTA √ Evidenza di iniziative di coinvolgimento di pazienti e familiari (es. CAP, lettere ad associazioni, ...) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.4	Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura	<ul style="list-style-type: none"> √ Esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione gestione di eventi sentinella, incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse √ Diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...) √ Evidenza dell'effettuazione dell'analisi di questi eventi 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.5	Presenza di <i>report</i> degli <i>audit</i> e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza del report dell'audit √ Evidenza del feed back dell'audit 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.6	Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	√ Evidenza di iniziative di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri in attività aziendali per la gestione dei percorsi	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.4.7	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	√ Evidenza revisione dei PDTA	Doc Des PVD	SI	NO	

2.5 La modalità di gestione della documentazione e sanitaria	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet,...) √ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.2	Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali	√ Facsimili, modulistica cartacea e/o informatica	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.3	Formalizzazione e la messa in atto di una politica per la <i>privacy</i> e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> √ Atto di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati √ Documento programmatico sulla sicurezza o documento analogo √ Modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...) √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,) 	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.4	Formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	√ vedi punto 2.5.1 comprese le modalità di conservazione previste (massimario di scarto)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.5	Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario	√ vedi punto 2.5.1 presenza di report e di eventuali Azioni Correttive (AC)	Doc Des PVD	SI	NO	
	2.5.6	Predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	√ Presenza di documento/regolamento che definisca i tempi	Doc Des PVD	SI	NO	

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

3.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1	Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	√ Presenza di anagrafica delle attrezzature e inventario con codifica univoca delle singole attrezzature, sia di proprietà che in service	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.2	Presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per fornire la garanzia di disponibilità della documentazione tecnica necessaria per la manutenzione	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.3	Esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	√ Redazione di un piano di manutenzione e diffusione alle varie strutture tramite una modalità documentabile (internet, intranet, ecc..)	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.4	Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	√ documento o sistema informatico da cui si evinca: a) l'elenco delle apparecchiature comprensivo di quelle di supporto alle funzioni vitali e grandi apparecchiature di diagnosi e cura; b) una pianificazione dettagliata per la manutenzione preventiva e correttiva c) registrazione puntuale di collaudo, manutenzione e dismissione	Doc Des PVD	SI	NO	
	3.2.5	Programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	√ Programma/attività di formazione/addestramento √ Registrazione delle presenze alle iniziative adottate	Doc Des PVD	SI	NO	

4° Criterio: Competenze del Personale							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1	Individuazione di un responsabile per la formazione	√ Individuazione del responsabile per la formazione all'interno di un documento aziendale (atto aziendale, lettera di incarico,...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.2	Esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative	√ Presenza di un piano di formazione vigente che includa anche il personale convenzionato coerente con la mission dell'organizzazione √ Pianificazione delle attività e riesame di quanto erogato rispetto a quanto previsto	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.3	Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Riesame del programma di formazione attraverso indicatori (es: percentuale di partecipazione ai corsi, ecc...) √ Registrazione della formazione per ciascun operatore. √ Esistenza di un sistema di valutazione delle competenze (es: schede valutazione, report,...) √ Presenza dei questionari ECM o di altro sistema di valutazione per tutti gli eventi formativi accreditati (valutazione della soddisfazione e di profitto)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.4	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	√ Esistenza di analisi dei bisogni e definizione degli obiettivi formativi condivisa con i responsabili delle articolazioni presenti nell'organizzazione	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	√ Presenza di un documento che preveda la condivisione delle conoscenze acquisite al di fuori dell'Azienda, ma con onere a carico della stessa, ed esempi di avvenuta condivisione (es. attivazione corsi, incontri riunioni...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.1.6	Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider	√ Presenza di documentazione attestante l'attribuzione dell'accreditamento se l'Azienda è un provider	Doc Des PVD	SI	NO	
	4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario	√ Presenza di una modalità strutturata per la gestione del nuovo personale	Doc Des PVD e V camp	SI	NO
4.2.2		Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti	√ Presenza delle registrazioni di avvenuta accoglienza, affiancamento/addestramento e valutazione del nuovo personale (es. schede di affiancamento)	Doc Des PVD	SI	NO	
4.2.3		Adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno	√ Evidenza attività formative svolte in materia di rischio clinico e ai sensi del TU 81/2008 e s.m.i. per i neoassunti	Doc Des PVD	SI	NO	
4.2.4		Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario	√ Evidenza del riesame delle attività svolte (report dei questionari,...) ed eventuali modifiche apportate	Doc Des PVD	SI	NO	

5° Criterio: Comunicazione							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori	5.1.1	Definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale	√ Presenza di documento quali Atto Aziendale o equivalenti e della loro diffusione con almeno una modalità dimostrabile (vedi punto 1.1.1)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.2	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	√ Presenza di documenti di programmazione strategica, schede di budget,(vedi punto 1.1.1. e seguenti)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	√ Presenza del piano di comunicazione	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	√ Evidenza di aver effettuato almeno una verifica di efficacia del sistema di comunicazione adottato	Doc Des PVD	SI	NO	
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione e (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	√ Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita √ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale	√ Comitato Unico di Garanzia (CUG), consigliere di fiducia, sportello di ascolto	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità	√ Comitato Unico di Garanzia, consigliere di fiducia, sportello di ascolto	Doc Des PVD	SI	NO	

5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	5.3.1	Disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza	√ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento anche informatico √ Sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda....) vedi punti 2.1.1 e 2.1.2	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.2	Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	√ Presenza del materiale informativo relativo ai servizi forniti dall'azienda disponibile in formato cartaceo o informatico	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver	√ Presenza di un documento che definisca le modalità adottate per la comunicazione (responsabilità, tempi ...) a persone diverse dal paziente, compreso l'eventuale addestramento del caregiver (es. momento di formazione, incontro, schede valutazione NOCC...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	√ Evidenza delle modalità adottate	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.5	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	√ Evidenza delle modalità adottate in tema di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	√ Evidenza di modalità definite	Doc Des PVD	SI	NO	

5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura	√ Presenza di linee di indirizzo/procedura (responsabilità, tempi...) relativa al processo di informazione finalizzato alla condivisione del percorso clinico e all'acquisizione del consenso informato	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato	√ Linee di indirizzo/procedura per l'acquisizione del consenso	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.4.3	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	√ Evidenza della diffusione dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e <i>caregiver</i> ed i miglioramenti degli stessi se necessario	√ Evidenza della revisione/ridiscussione dei contenuti dei documenti di cui ai punti 5.4.1 e 5.4.2	Doc Des PVD	SI	NO	
5.5 Modalità di ascolto dei pazienti	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc. ...) √ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	√ Modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i>)	√ Modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami, disservizi, elogi, suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.4	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	√ Azioni di miglioramento in presenza di criticità	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.5	Diffusione dei risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> e delle misure di miglioramento adottate sul sito <i>web</i> aziendale	√ Evidenza della avvenuta diffusione	Doc Des PVD	SI	NO	
	5.5.6	Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	√ Previsione, all'interno del piano di formazione, di attività inerenti la comunicazione, la negoziazione, destinate al personale a contatto con il pubblico	Doc Des PVD	SI	NO	

6° Criterio: Appropriatazza clinica e sicurezza							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze	6.1.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based medicine</i>	√ Presenza di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza condivisi e formulati secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> (come testimoniano citazioni nel testo, <i>bibliografia, ecc....</i>)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.2	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida	√ Evidenza dell'accessibilità al personale di regolamenti interni, di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza (pubblicazione in intranet/internet, lettera di invio, mail, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili	√ Evidenza che i documenti citati siano stati aggiornati nel tempo	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.4	Coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati	√ Evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione, la formazione specifica, indicazione dei gruppi di lavoro, iniziative come ad esempio le riunioni	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.1.5	Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatazza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (dipartimento) (es. dolore, riconciliazione) √ Documentazione della valutazione effettuata √ Evidenza delle azioni di miglioramento intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	
6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione	√ Presenza di un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi professionale e multidisciplinare adeguato alle caratteristiche dell'istituzione, proprio o in convenzione con enti/professionisti esterni presenza di uno o più documenti con le caratteristiche indicate nel requisito √ Presenza di documentazione relativa ad attività di sorveglianza, pianificate annualmente, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura, ad esempio: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie. √ Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6) √ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ecc....)	Doc Des PVD	SI	NO	

6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1	Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella	√ Esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione/gestione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse √ Diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	√ Evidenza del percorso di segnalazione (es. evento sentinella, dispositivi medici ecc.)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (<i>Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit</i>) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (<i>Safety walkround</i>)	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.4	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	√ Evidenza dell'applicazione delle metodologie previste, comprensiva di piano d'azione e indicatori di monitoraggio	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list ed altri strumenti per la sicurezza</i>	√ Presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (implementazione di Raccomandazioni, Linee Guida o di indirizzo, Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, formazione, ...)	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.6	Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi	√ Presenza di modalità strutturate per la gestione: - Comunicazione degli eventi avversi, - gestione impatto evento sull'equipe - risoluzione stragiudiziale del contenzioso	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione	√ Presenza di attività formative specifiche o di incontri/attività dedicate	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.3.8	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 <i>FMEA-Failure Mode and Effect Analysis</i> per anno)	√ Evidenza documentata/strutturata del processo/attività oggetto dell'analisi	Doc Des PVD	SI	NO	
6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.1	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	√ Evidenza delle azioni innovative intraprese	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche	√ Evidenza delle buone pratiche introdotte	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.3	Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	√ Evidenza delle competenze possedute dal personale che esegue questo tipo di analisi	Doc Des PVD	SI	NO	
	6.4.4	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	√ Presenza di documenti che evidenziano il coinvolgimento in una o più attività di gestione del rischio clinico e in una o più fasi di un progetto	Doc Des PVD	SI	NO	

7° Criterio: Processi di miglioramento ed innovazione							
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
7.1 Progetti di miglioramento	7.1.1	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione relativa all'istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna √ Documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica √ Evidenza che lo stesso sia stato diffuso alle Strutture almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet, ...) √ Documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità. Una possibile evidenza sono le schede obiettivo se contengono obiettivi di qualità, con indicatori	Doc Des PVD	SI	NO	
7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all' HTA Es: elenco Edisan	Doc Des PVD	SI	NO	
7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa	7.3.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	<ul style="list-style-type: none"> √ Documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi es: schede di valutazione, verbali, periodi di sperimentazione dimostrabili con valutazione finale 	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	<ul style="list-style-type: none"> √ Documenti/ deliberazioni √ Evidenza della presenza nelle commissioni di valutazione di personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature. Per le strutture sanitarie private accreditate il parere tecnico sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto (Punto 6.3)	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	<ul style="list-style-type: none"> √ Previsione di indicatori di valutazione e monitoraggio per le attività innovative dell'Azienda (almeno 1/3 anni) nel piano strategico e/o nel documento di programmazione e/o in analogo documento 	Doc Des PVD	SI	NO	
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	<ul style="list-style-type: none"> √ Progetti, accordi con strutture di ricerca e didattica, sperimentazioni cliniche, convenzioni,... 	Doc Des PVD	SI	NO	

8° Criterio: Umanizzazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Tipologia indicatore	Requisito Soddisfatto		Note
8.1 Programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1	Attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; <i>(es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale: percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)</i>	√ Documentazione relativa alle iniziative attivate √ Evidenza di adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare (convocazioni, composizione di gruppi di lavoro, ecc.)	Doc Des PVD	SI	NO	
	8.1.2	Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie")	√ Presenza della documentazione relativa alle iniziative intraprese/pianificate (fare riferimento ad empowerment)	Doc Des PVD	SI	NO	
	8.1.3	Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	√ Evidenza di valutazioni multidisciplinari e multiprofessionali	Doc Des PVD	SI	NO	
	8.1.4	Presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti	√ Evidenza delle modalità adottate per facilitare l'accesso alle prestazioni ed alla documentazione (es. modalità prenotazione diverse tra telefono, mail, referti online, ticket online, richiesta cartella clinica)	Doc Des PVD	SI	NO	