

Codice A1414B

D.D. 22 novembre 2018, n. 757

Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, ai sensi del "Disciplinare per la revisione della normativa di accreditamento" all'A dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR del 20.12.2012): requisiti non applicabili alle strutture ambulatoriali

Richiamate:

la DCR 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 DGR del 5 dicembre 2000, n. 82-1597 *“Disposizioni attuative della DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 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 DGR 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 *“DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 – modifica ed integrazioni”*;

la DGR 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 DGR 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)”*;

la Determinazione del Direttore Sanità n. 725 del 15 novembre 2017 recante *“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)”*.

Successivamente all’approvazione della D.D. 725/2017 l’OTA Piemonte (Organismo Tecnicamente Accreditante avente sede in Arpa Piemonte) ha espletato talune verifiche di accreditamento in ordine ai nuovi requisiti organizzativi generali, che hanno fatto emergere la necessità di individuare i requisiti che non risultano applicabili alle strutture sanitarie eroganti esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale (ad eccezione delle strutture ambulatoriali collegate ad una struttura di ricovero), stante le caratteristiche di tali strutture e l’organizzazione sottesa all’erogazione di siffatta tipologia di attività.

Le Associazioni di categoria rappresentative delle strutture sanitarie private accreditate ambulatoriali hanno formulato in merito una proposta di requisiti non applicabili a tali tipologie di strutture che è stata oggetto di confronto e valutazione all'interno del gruppo di lavoro per la revisione dei requisiti di accreditamento istituito con determinazione del Direttore della Direzione Sanità n. 414 del 21 giugno 2012, successivamente prorogato e aggiornato nei componenti con le determinazioni n. 120 del 24 febbraio 2014 e n. 441 del 3 luglio 2017.

Con riferimento alle indicazioni emerse nel gruppo di lavoro sopra menzionato si ritiene necessario aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui alla DD n. 725 del 2017 con l'individuazione dei requisiti non applicabili alle strutture esclusivamente ambulatoriali, evidenziati nella colonna "Note" con dicitura "non applicabile" di cui all'allegato A) al presente provvedimento; tali requisiti sono ritenuti non applicabili alle strutture sanitarie che erogano esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le strutture ambulatoriali collegate ad una struttura di ricovero.

Tutto quanto sopra premesso;

IL DIRETTORE

vista la DCR del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e s.m.i.

vista la DGR del 5 dicembre 2000, n. 82-1597

vista la D.D. 5 settembre 2001, n. 277

vista la DGR del 28 giugno 2013, n. 9-6021

vista la DGR del 2 novembre 2015, n. 32-2366

vista la D.D. del 15 novembre 2017, n. 725

visti gli articoli 17 e 18 della Legge regionale 28 luglio 2008, n. 23

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17.10.2016

determina

1) di aggiornare il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte, allegato A della Determinazione del Direttore Sanità n. 725 del 15 novembre 2017, individuando, nell'allegato A) che forma parte integrante e sostanziale al presente provvedimento i requisiti non applicabili alle strutture sanitarie che erogano esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale, con l'esclusione delle strutture ambulatoriali collegate ad una struttura di ricovero, evidenziati nella colonna "Note" con la dicitura "non applicabile";

2) 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 Direzione Sanità
dott. Danilo Bono

Il Dirigente Settore Regole del SSR nei rapporti con i Soggetti erogatori
dott.ssa Franca Dall'Occo

Il Funzionario estensore
dott. Antonio Tricarico

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)

**Requisiti non applicabili alle strutture sanitarie che erogano
esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale**

1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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 	
	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 	
	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) 	

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") 	Non applicabile
	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 	Non applicabile
	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 antalgici √ Iniziative del comitato ospedale e territorio senza dolore, se presente 	Non applicabile
	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 	Non applicabile

1.3 Definizione delle responsabilità	1.3.1	Presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente, e organigramma √ Presenza di regolamento/procedura/documento per la valutazione dirigenziale 	
	1.3.2	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	<ul style="list-style-type: none"> √ Evidenza di valutazione secondo una periodicità definita e in accordo con la normativa vigente dei dirigenti e di coloro che hanno una responsabilità definita 	
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	1.4.1	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	<ul style="list-style-type: none"> √ Esistenza di documento che individui quali informazioni sono necessarie all'Azienda in conseguenza delle attività sanitarie svolte e le modalità di raccolta, elaborazione, garanzia di sicurezza ed archiviazione dei dati √ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet, ecc...) 	
	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di protocolli o procedure anche informatiche, regolamenti che specifichino indirizzi operativi (definizione di classi di priorità) 	
	1.4.3	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> √ Presenza di azioni di monitoraggio secondo quanto previsto dalla normativa, nazionale e regionale vigente, anche nel rispetto di quanto previsto dai decreti su classi di priorità, trasparenza e anticorruzione √ Esistenza di un sistema di gestione delle prenotazioni che garantisca la tracciabilità e consenta di fornire le informazioni al cittadino se richieste 	

	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	
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	
	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	
	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	
	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...)	
	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,...)	

	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	
	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	
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...)	
	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	
	1.6.3	Monitoraggio delle azioni di miglioramento	√ Evidenza di rivalutazione delle azioni di miglioramento intraprese	
	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)	
	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	

2° Criterio: Prestazioni e Servizi

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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	<p>√ Presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento, cartaceo o informatico, conforme a quanto indicato dalla Regione Piemonte</p> <p>√ 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)</p> <p>√ Evidenza della disponibilità di informazioni relative almeno a:</p> <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 <p>√ 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)</p>	
	2.1.2	Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	√ Evidenza della revisione della Carte dei Servizi almeno annuale e di coinvolgimento delle associazioni (Conferenza Aziendale Partecipata, empowerment, ...)	

2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	2.2.1	Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	√ Presenza nei PDTA o in regolamenti aziendali (es. Day Surgery) dei criteri di eleggibilità dei pazienti	
	2.2.2	Presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)	√ Presenza almeno dei PDTA previsti dalle disposizioni Nazionali e Regionali	Non applicabile
	2.2.3	Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	√ Presenza di documenti in cui siano identificati ruoli e responsabilità dei professionisti (PDTA, procedura gestione accettazione ricovero, cambiamento setting assistenziale)	Non applicabile
	2.2.4	Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	√ Presa visione dei documenti predisposti (accettazione infermieristica, riconciliazione, ...)	Non applicabile
	2.2.5	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	√ Presenza dei documenti predisposti e verifica a campione della loro compilazione nella documentazione sanitaria (ad es. i referti ambulatoriali o di Chirurgia Ambulatoriale Complessa)	
	2.2.6	Verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	√ Evidenza della valutazione e dell'eventuale revisione di almeno un PDTA o di un'attività/procedura a valenza trasversale (es. dolore, riconciliazione)	Non applicabile

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	Non applicabile
	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, ...)	Non applicabile
	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	Non applicabile
	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	Non applicabile
	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) Requisito applicabile alle strutture di Chirurgia Ambulatoriale Complessa	
	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)	Non applicabile

2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.1	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	✓ 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	
	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	✓ Evidenza di report sulle attività programmate ed effettuate (es. verbali, rapporti,comprensivo di piano di miglioramento e azioni correttive) ✓ Evidenza di diffusione con almeno una modalità dimostrabile	
	2.4.3	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari	✓ 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, ...)	Non applicabile
	2.4.4	Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura	✓ Esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione e 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	
	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	✓ Presenza del report dell'audit ✓ Evidenza del feed back dell'audit	
	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	
	2.4.7	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	✓ Evidenza revisione dei PDTA	

2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria	2.5.1	Formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo	<p>√ Presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici, ...)</p> <p>√ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (es. lettera, Intranet, Internet, ...)</p> <p>√ Monitoraggio della loro applicazione (almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche)</p> <p>Si applica relativamente ai referti ambulatoriali, registrazione prestazioni fisioterapiche, registro operatorio, ecc</p>	
	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	Non applicabile
	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	<p>√ Atto di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati</p> <p>√ Documento programmatico sulla sicurezza o documento analogo</p> <p>√ Modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...)</p> <p>√ Evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,)</p>	
	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)	
	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)	
	2.5.6	Predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	√ Presenza di documento/regolamento che definisca i tempi	

3° Criterio: Aspetti Strutturali

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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	√ Presenza del piano di programmazione degli interventi, comprensivo di: - 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	
	3.1.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	√ 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,...	
	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	√ Documento di Valutazione del Rischio (DVR) √ Visita luoghi di lavoro da parte del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)	
	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	√ Riunione periodica con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e relativo report o verbale √ Analisi degli infortuni con azioni correttive	
	3.1.5	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	√ Piano formazione ai sensi del T.U. 81/2008 e s.m.i..	

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	
	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	
	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. ...)	
	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	
	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	

4° Criterio: Competenze del Personale

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	Note
4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specificata	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...)	
	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	
	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)	
	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	
	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...)	
	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	Non applicabile

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	
	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)	
	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	
	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	

5° Criterio: Comunicazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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)	
	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)	
	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	
	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	
5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale	√ Sistema di valutazione periodica del clima con periodicità definita √ Previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità (vedi Punto 3.2)	
	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	
	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	

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	
	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	
	5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e <i>caregiver</i>	✓ 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 ...)	Non applicabile
	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	✓ Evidenza delle modalità adottate	Non applicabile
	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)	Non applicabile
	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	Non applicabile

5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari 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	
	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	
	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	
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver 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	Non applicabile

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	<p>√ 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. ...)</p> <p>√ Evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda</p>	
	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. ...)	
	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....)	
	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	
	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	
	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	

6° Criterio: Appropriatazza clinica e sicurezza

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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 (come testimoniano citazioni nel testo, bibliografia, ecc....)</i>	
	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....)	
	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	
	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	
	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	

<p>6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi</p>	<p>6.2.1</p>	<p>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</p>	<p>√ 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</p> <p>√ 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.</p> <p>√ Evidenza del coinvolgimento dei pazienti nelle strategie preventive (P5.6)</p> <p>√ 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. ...)</p>	
---	--------------	--	---	--

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,...)	
	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	✓ Evidenza del percorso di segnalazione (es. evento sentinella, dispositivi medici ecc. ...)	
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (<i>Root cause analysis</i> , <i>Audit clinico</i> , <i>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	
	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	
	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, ...)	
	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	
	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione	✓ Presenza di attività formative specifiche o di incontri/attività dedicate	
	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	

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	
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche	√ Evidenza delle buone pratiche introdotte	
	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	
	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	Non applicabile

7° Criterio: Processi di miglioramento ed innovazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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)	√ 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	
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	√ 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	

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	√ 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	
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	√ 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)	
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell' intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	√ 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	
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca	√ Progetti, accordi con strutture di ricerca e didattica, sperimentazioni cliniche, convenzioni,...	Non applicabile

8° Criterio: Umanizzazione

Requisito	Cod.	Evidenze	Indicatori	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; (es: <i>bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale: percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona</i>)	✓ 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.)	Non applicabile
	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)	
	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	Non applicabile

	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)	
--	---	---	--