

ALLEGATO A
MANUALE OPERATIVO di accreditamento
DGR n.1572 del 16.12.2019

NC PRESCRIZIONI MAX 6 MESI
nc PRESCRIZIONI MAX 3 MESI
NOP – NO PRESCRIZIONE

PER LE EVIDENZE DI **TIPO III E IV** AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE DELLE EVIDENZE DOCUMENTALI È CONCEDIBILE UNA PRESCRIZIONE A 6 MESI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA

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

- ❖ **Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto**
- ❖ **Requisito 1.2: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali**
- ❖ **Requisito 1.3: definizione delle responsabilità**
- ❖ **Requisito 1.4: modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)**
- ❖ **Requisito 1.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi**
- ❖ **Requisito 1.6: modalità di prevenzione e gestione dei disservizi**

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

Obiettivo: Garantire che l'organizzazione abbia un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientate al miglioramento continuo della qualità. La programmazione e la pianificazione devono tradursi in un piano organizzativo ben articolato, che rifletta gli orientamenti strategici dell'organizzazione e sia in grado di aiutare l'organizzazione ad operare secondo criteri di efficienza, efficacia e qualità e di supportare ciascun operatore a condividere la stessa missione, visione, obiettivi e valori.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.1.1. presenza del Piano Strategico, che contiene obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	documento programmatico, aggiornato almeno ogni 3 anni, che deve contenere almeno mission, vision e valori dell'organizzazione, politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, obiettivi dell'organizzazione (attività, gestione risorse, salute). Es., Piano Programmatico, documento della politica della qualità, piano triennale performance (solo pubblico – D.Lgs. 150/2009) NC

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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	documento/scheda di budget contenente obiettivi di attività e qualità, da raggiungere nel corso dell'anno, condiviso/comunicato con il personale (es. presenza di verbale) NC
1.1.3. presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza dei report di verifica periodica degli obiettivi NC
1.1.4 l'organizzazione individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di documenti di richiesta e/o implementazione di azioni correttive NC
1.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
1.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali**Obiettivo: Dare piena attuazione alla centralità del paziente promuovendo la cooperazione, migliorando la qualità e sicurezza delle cure, rafforzando l'innovazione, la ricerca e la sorveglianza epidemiologica.****L'integrazione consente di accrescere le competenze, condividere le informazioni, le buone pratiche e l'expertise ed ottimizzare l'uso delle risorse**

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.2.1. l'organizzazione partecipa a protocolli integrati interaziendali delle reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza di coinvolgimento, richiesta, partecipazione a rete aziendale nc
1.2.2. l'organizzazione partecipa a protocolli per l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semi residenzialità, Hospice, rete del dolore, 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;	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	presenza di documenti formalizzati che descrivono i collegamenti funzionali e il funzionamento delle reti assistenziali (protocolli, procedure, LL.GG., programmi di ricerca e formazione. nc NOTA: per le strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere evidenza di un documento di continuità assistenziale (es. valutazione UVI, UVD, accesso UMEEE MMG, rapporto con il Dipartimento di Prevenzione con l'AV di riferimento)
1.2.3. l'organizzazione garantisce per il paziente adulto e pediatrico che vengano rispettate le norme in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire	II	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza della procedura di gestione del dolore ed evidenze dell'applicazione (schede rilevazione e rivalutazione dolore) nc NOTA: si applica solo se prevista dalla tipologia di struttura, es. PAI

l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (registrazione del dolore, terapia e monitoraggio presso tutte le UO presenti nell'azienda);												
1.2.4.l'organizzazione partecipa a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	III	T.1	N.A.	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	N.A.	evidenza di accordi, rapporti, convenzioni protocolli, in progetti regionali che prevedano la partecipazione della struttura (attività istituzionale per INRCA e AOU) NC	
1.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate necessarie alla partecipazione alla reti per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.	evidenza di documento (es. verbale di verifica) che riporti il piano delle azioni di miglioramento NC	
1.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati (piano di monitoraggio e valutazione dei dati) NC	

Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità											
Obiettivo: Garantire che siano stati definiti i ruoli, le responsabilità e i canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.3.1. presenza nella struttura sanitaria di documenti che: a. descrivano i processi; b. individuino le relative responsabilità clinico-organizzative; c. indichino i criteri per la valutazione dei dirigenti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A	presenza di documenti aggiornati e firmati, pubblicati sul sito aziendale (D. Lgs 33/2013 amministrazione trasparente per il pubblico) in cui sono esplicitati: - l'organigramma, - il funzionigramma, con indicazione delle responsabilità assegnate, - i principali processi clinico-assistenziali / organizzativi gestiti, NC NOTA: la valutazione del punto c. deve essere effettuata in itinere e se il processo valutativo non è espressamente normato da contratti collettivi o da sottoscrizione di contratti individuali, deve essere collegata alle relative responsabilità
1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura: a. dell'organizzazione; b. delle responsabilità; c. del sistema di delega;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A	evidenza di qualsiasi documento che garantisca la tracciabilità delle revisioni, programmate e non, dei processi nell'organizzazione o nell'erogazione dei servizi (verbali, date, codifica documenti...) NC
1.3.3. l'organizzazione, in seguito a rivalutazione periodica, individua le priorità e mette in atto specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	documento programmatico e relativi indicatori e messa in atto del monitoraggio NC

1.3.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
1.3.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 1.4: Modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Obiettivo: Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché il diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.4.1. presenza nella struttura sanitaria di sistemi informativi che consentano: a. tracciatura dei dati sanitari; b. supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. rispetto 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	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	documentazione che espliciti: - dati informativi raccolti in relazione all'attività svolta, (es. cartella socio sanitaria, PAI, valutazioni stato della persona multidisciplinari) - fabbisogno informativo rilevato e funzionale ai bisogni della propria organizzazione (es. numero accessi/ricoveri), - debito informativo eventuale atto a soddisfare il flusso con Regione e Ministero applicabili (es. flussi FAR, ROG , file C...) NC

<p>1.4.2. presenza di un sistema implementato, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), che garantisca:</p> <p>a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;</p> <p>b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi</p>	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	<p>D. Lgs 33/2013 evidenza documento per la gestione delle liste d'attesa (procedura, regolamento, carta dei servizi...) RECUP regionale NC</p> <p>NOTA: non applicabile nel privato non convenzionato</p>
<p>1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;</p>	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	<p>evidenza di una procedura che dimostri la rispondenza al requisito (es. procedura richiesta prestazioni sanitarie e relativa tracciabilità della documentazione) NC</p> <p>NOTA: non applicabile nel privato non convenzionato</p>
<p>1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.</p>	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	<p>presenza di un documento che espliciti le modalità con cui vengono effettuate le valutazioni di qualità delle informazioni e dei dati: ad es. elenco delle procedure/protocolli/ modulistica in uso aggiornato e rispondente alle normative; report di ritorno sulla qualità dei flussi... NC</p>
<p>1.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate; con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il</p>	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	<p>evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC</p>

pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2											
1.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi											
Obiettivo: Contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca: a. strumenti; b. modalità; c. tempi; d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della formalizzazione e diffusione del Piano della Qualità, evidenza della effettuazione di audit, della raccolta e gestione dei reclami, della somministrazione dei questionari di gradimento all'utenza, misurazione dell'aderenza alle LL.GG. NC
1.5.2. assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	formalizzazione della nomina del Responsabile della Qualità ovvero processo di attribuzione di delega formale per la valutazione della qualità delle prestazioni/servizi NC
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, mortality & morbidity review;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della formalizzazione e diffusione del Piano della Qualità, evidenza della effettuazione di audit, della raccolta e gestione dei reclami, della somministrazione dei questionari di gradimento all'utenza, misurazione dell'aderenza alle LL.GG. NC NC
1.5.4. esiste una documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di reportistica NC

in atto;											
1.5.5. esistono 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)	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	LR 13/2003 art 24 - evidenza di una modalità di condivisione della reportistica (es. riunioni e relativo verbale con esplicitazione delle azioni di miglioramento, delle responsabilità e dei tempi, pubblicazione dei risultati sul sito aziendale o altro metodo) NC
1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	vedi 1.5.3 nc
1.5.7. l'organizzazione utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	vedi sopra NC
1.5.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
1.5.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 1.6: Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi											
Obiettivo: Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) che l'organizzazione sia in grado di gestire correttamente il disservizio al fine di contribuire a salvaguardare l'efficacia, l'efficienza e l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e del servizio che eroga.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
1.6.1. l'organizzazione ha definito procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della messa in atto di una procedura per la raccolta dei disservizi e tracciabilità, per la predisposizione dei relativi piani di miglioramento (obiettivi, indicatori, tempi di attuazione e verifica, responsabilità) NC
1.6.2. l'organizzazione effettua 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); con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un documento che raccolga i dati relativi ai disservizi alle difformità, relativa analisi (obiettivi, indicatori, tempi di attuazione e verifica, responsabilità) e relativi piani di miglioramento NC
1.6.3. l'organizzazione effettua il monitoraggio delle azioni di miglioramento;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il monitoraggio delle azioni di miglioramento NC
1.6.4. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di una procedura di comunicazione esterna alimentata anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami NC

1.6.5. l'organizzazione effettua l'analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza di raccolta dati delle non conformità (es errori, ritardi, incomprensioni tra operatore ed utente), gestione dei reclami, analisi dei dati raccolti a verifica della frequenza e delle tipologie dei disservizi dell'organizzazione NC
1.6.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
1.6.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI

- ❖ **Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati**
- ❖ **Requisito 2.2: eleggibilità e presa in carico dei pazienti**
- ❖ **Requisito 2.3: continuità assistenziale**
- ❖ **Requisito 2.4: il monitoraggio e la valutazione**
- ❖ **Requisito 2.5: modalità di gestione della documentazione sanitaria**

Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati											
Obiettivo: Fornire al cittadino, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti utenti al fine di tutelarne i diritti.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
2.1.1. presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: a. le tipologie di prestazioni di servizio; b. i volumi di prestazioni; c. le modalità erogative; d. gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di carta dei servizi, materiale informativo almeno in 2 lingue (inglese) nel rispetto del DPCM maggio 1995 NC NOTA: escluse le strutture sociosanitarie
2.1.2. l'organizzazione ha definito le modalità di diffusione della Carta dei Servizi;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un documento che indica le modalità adottate NC
2.1.3. periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	verificare l'aggiornamento NC

2.1.4. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di un verbale di valutazione dei risultati e dei principali indicatori e condivisione con gli stakeholder NC
2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di un verbale con le azioni di miglioramento intraprese NC
2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di un verbale contenente la valutazione dei risultati NC

Requisito 2.2: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

Obiettivo: Definire e standardizzare le modalità di eleggibilità dei pazienti per specifici percorsi di assistenza e la successiva presa in carico del paziente, che si concretizzino nella valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
2.2.1. formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di PDTA/percorso clinico assistenziale/PAI/procedura che contenga almeno le modalità di accesso, selezione dei casi, modalità assistenziali, di dimissione, di trasferimento e presa in carico a / da altre strutture NC
2.2.2. presenza/adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici; b. lo stato nutrizionale e	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	vedi sopra verificare la presenza dei sotto-requisiti a, b, c, d NC

funzionale; c. valutazione del dolore; d. modalità e strumenti per la promozione della salute;											
2.2.3. definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	nel documento di cui sopra evidenza delle responsabilità (figure professionali) che gestiscono le singole attività (es. matrice delle responsabilità) NOF
2.2.4. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione farmacologica;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di documenti per determinare la tracciabilità (registro/scheda di valutazione/cartella clinica/cartella sanitaria personale/cartella ambulatoriale...). Presenza della scheda unica di terapia NOF
2.2.5. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di lettera di dimissione/scheda di collegamento/documentazione ambulatoriale (certificazione) NOF
2.2.6. verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di programmi di formazione specifici e/o evidenze di attività di audit NC
2.2.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento dei progetti;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	Evidenza di verbali di audit, indicatori, osservazione NC
2.2.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	vedi 2.2.7 NC
2.2.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati	IV	T.2.	T.2	T.2.	T.2	T.2.	T.2	T.2.	T.2	N.A.	vedi 2.2.8 NC

desiderati.											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Requisito 2.3: Continuità assistenziale											
Obiettivo: Identificare le responsabilità, i criteri e le modalità che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione; definire adeguate modalità di comunicazione che garantiscono il trasferimento delle informazioni all'interno della struttura e tra questa e le organizzazioni esterne al fine di assicurare un efficace e sicuro trasferimento.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
2.3.1. l'organizzazione definisce le responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza della attribuzione formale di responsabilità (organigramma e funzionigramma) NC
2.3.2. l'organizzazione formalizza e mette in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	presentazione dei turni di servizio del personale, presenza di procedure per il trasferimento, la dimissione, documentazione di controlli post-ricovero NC
2.3.3. adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza di lettera di dimissione, di procedure di dimissione protetta, di un PDTA di continuità ospedale – territorio NC
2.3.4. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza di protocolli di ricovero, procedure di presa in carico dei pazienti, protocollo per il trasporto sanitario sicuro, procedura per il trasferimento di informazioni (passaggio di consegne, trasferimenti, processi di dimissione) NC

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;	II	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	come sopra (hand-over) NC
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;	II	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza di documentazione clinica correttamente compilata e aggiornata (tecniche di campionamento: random? Giorno indice?). Verificare la presenza di una procedura di gestione della documentazione sanitaria (ad esempio il DPS - Documento Programmatico della Sicurezza o altra procedura interna registro trattamento dati) NOF
2.3.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento delle procedure;	III	T.1	N.A.	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	N.A.	evidenza di verbali di audit, indicatori, osservazione NC
2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.	vedi 2.3.7 NC
2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.	vedi 2.3.8 NC

Requisito 2.4: Il monitoraggio e la valutazione

Obiettivo: Tenere sotto controllo le attività/prestazioni relative alla eleggibilità del paziente, alla presa in carico e alla continuità assistenziale attraverso la pianificazione e l'attuazione di processi di miglioramento, misurazione, di analisi e miglioramento.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
2.4.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di audit interni, vedi punto 1.5.1 NC
2.4.2. valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di verbali di audit con evidenza della lista di distribuzione (es. mailing list) vedi punto 1.5.1 NC
2.4.3. valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	indagine e valutazione della customer satisfaction (metodi di campionamento?) NC
2.4.4. evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestatisi durante l'episodio di cura;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di verbali, report, statistiche ecc... Vedi punto 6.2.1 e seguenti NC
2.4.5. presenza di report	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	come sopra

degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;												NC
2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un accordo formalizzato / procedura formalizzata NC
2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	III	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	vedi 1.5.1 NC
2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali di audit, indicatori, osservazione NC
2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	vedi 2.4.8 NC

Requisito 2.5: Modalità di gestione della documentazione sanitaria.

Obiettivo: Assicurare la corretta gestione della documentazione affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi setting assistenziali e l'efficienza del processo di cura. Adeguata conservazione della documentazione sanitaria sia durante il tempo di apertura del documento sia successivamente alla sua chiusura

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento; c. conservazione; d. verifica e modalità di controllo;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del documento vedi punto 2.3.6 NOF
2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza della procedura con i requisiti richiesti NOF
2.5.3. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del DPS (documento programmatico della sicurezza registro dei trattamenti) NC
2.5.4. formalizzazione e messa in atto di procedure	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	verifica diretta NC

per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;											
2.5.5. predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di documento/regolamento di accesso agli atti NC
2.5.6. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di check list (es. CVPS, verbale di riesame) NC
2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza delle azioni di miglioramento, ove necessarie NC
2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di report a dimostrazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalle azioni di miglioramento NC

3° Criterio: ASPETTI STRUTTURALI

- ❖ **Requisito 3.1: idoneità all'uso delle strutture**
- ❖ **Requisito 3.2: gestione e manutenzione delle attrezzature**

Requisito 3.1: L'idoneità all'uso delle strutture											
Obiettivo: Garantire che una organizzazione sanitaria sia on grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura a tal fine è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volti a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del piano delle manutenzioni a bilancio con relativo budget e/o contratti /accordi con ditte / professionisti NOP
3.1.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di documento di valutazione dei rischi (esempio: DVR) e/o altro specifico documento che evidenzi i rischi di origine ambientale (es: sismico, idraulico, prevenzione incendi, materiali esplosivi, materiali pericolosi, rifiuti e reflui) NOP vedi punto 6 piano gestione rischi non sanitari
3.1.3. presenza e formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	vedi esempio contenuto nell'evidenza NOP

della struttura che fornisca i dati relativi agli incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi ed alla gestione della sicurezza;											
3.1.4. formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	programma di formazione e corsi effettuati sulla sicurezza NOP
3.1.5. 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;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza del documento dei piani di azione NC
3.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
3.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature

Obiettivo: Garantire il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature biomediche in uso all'interno della struttura. Assicurare l'esistenza di un inventario delle attrezzature, di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature in uso, articolato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi, la formazione del personale sull'utilizzo, la manutenzione e le procedure di dismissione.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
3.2.1. evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di un inventario strutturato (auspicabilmente informatizzato), contenente, per ciascuna tecnologia, tutte le informazioni anagrafiche e tecniche di interesse NC
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza manuali d'uso a corredo di ciascuna tecnologia, facilmente rintracciabili dal responsabile della manutenzione NOP
3.2.3. esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso ai diversi livelli operativi;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di un piano documentato e periodicamente verificato per la manutenzione preventiva, correttiva e adeguativa e per le verifiche di sicurezza elettrica e funzionali, che tenga conto del rischio, della criticità e della funzione di ogni singola apparecchiatura (con relative evidenze nel merito) NOP
3.2.4 documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza, per ciascuna tecnologia, di un "fascicolo macchina" contenente tutte le evidenze documentali inerenti l'intero ciclo di vita, dalla verifica di conformità alla dismissione (a comprendere i rapporti tecnici delle attività di manutenzione effettuate) NOP

3.2.5. presenza di 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.	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenze documentali inerenti le attività di formazione all'uso sulle tecnologie, eseguite in fase di prima messa in uso e, auspicabilmente e laddove necessario, anche durante il ciclo di vita delle tecnologie con re-training periodici NC
3.2.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle ispezioni effettuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di evidenze documentali (rapporti tecnici di manutenzioni straordinarie/correttive, piani di sostituzione delle tecnologie, etc.) in relazione alle azioni pianificate e intraprese in esito alle risultanze delle ispezioni effettuate (es. verifiche di sicurezza elettrica, valutazioni dell'esperto qualificato, qualifica prestazione autoclave, ecc) NC
3.2.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenze documentali (rapporti/relazioni tecniche) che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

4° Criterio: COMPETENZE DEL PERSONALE

- ❖ **Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**
- ❖ **Requisito 4.2: l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale**

Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica											
Obiettivo: Garantire al personale la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali degli operatori sanitari e le competenze corrispondano ai bisogni dei pazienti sia inizialmente che a distanza di tempo											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
4.1.1. individuazione di un responsabile per la formazione;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale attribuzione o delega NC
4.1.2. presenza di un piano di formazione che preveda la 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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della presenza del piano annuale della formazione pertinente al settore di attività' NC
4.1.3 valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua,	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della verifica dell'efficacia (modifica nel tempo dei comportamenti) nel piano della formazione e/o programma nel sistema ECM regione Marche

aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale ed eventuale miglioramento degli stessi se necessario											dell'individuazione di almeno un corso che preveda la valutazione dell'impatto nell'organizzazione. Evidenza di elaborazione dei dati risultanti dai questionari di gradimento dei corsi e dei docenti NC
4.1.4. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un verbale/documento che dimostri il coinvolgimento del personale NC
4.1.5. condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza del ritorno formativo attraverso relazioni, meeting, pubblicazioni su strumenti a circolazione interna, riunioni NC
4.1.6. verifica dell'utilizzo di enti formativi con i requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	qualora ci si rivolga a soggetti esterni, evidenza di documentazione attestante i requisiti di provider. Qualora si abbia la funzione di provider, presenza di un documento autorizzativo formale NC
4.1.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di report e relative azioni di miglioramento. Si fa riferimento al corso individuato in 4.1.3 NC
4.1.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali / documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati. Si fa riferimento al corso individuato in 4.1.3 NC

Requisito 4.2: L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale											
Obiettivo: Strutturare all'interno dell'organizzazione, nel caso di nuove assunzioni, di trasferimenti o cambiamenti di mansioni, un percorso per l'inserimento di nuovi addetti che garantisca la conoscenza non solo dell'organizzazione interna, ma anche dei percorsi, delle risorse e delle opportunità territoriali disponibili nel settore di competenza											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
4.2.1. l'organizzazione pianifica e programma, per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, le attività di: a. accoglienza; b. affiancamento / addestramento;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un documento formalizzato di accoglienza/affiancamento e addestramento del nuovo personale (neo assunto/trasferito/volontario) aziendale e di singolo settore NC
4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un processo per valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del documento formalizzato di valutazione del neo assunto/inserito NC
4.2.3. adozione e messa in atto di un piano di formazione sul rischio clinico ed occupazionale, per i neo assunti, entro il 1° anno.	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della presenza del piano NOP
4.2.4. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza del ritorno delle schede di valutazione alla direzione e relativa valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento NC
4.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di report/schede di valutazione con individuazione delle azioni di miglioramento. Visione schede a campione NC
4.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

5° Criterio: COMUNICAZIONE

- ❖ **Requisito 5.1: modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori**
- ❖ **Requisito 5.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori**
- ❖ **Requisito 5.3: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai *caregiver***
- ❖ **Requisito 5.4: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e *caregiver* nelle scelte clinico-assistenziali**
- ❖ **Requisito 5.5: modalità di ascolto dei pazienti**

Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori											
Obiettivo: Definire i processi di comunicazioni interna in grado di garantire che i principi, gli obiettivi e le modalità organizzative che la struttura pianifica siano condivise per assicurare il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione attestante la circolazione e diffusione delle informazioni previste NC
5.1.2. definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione/reportistica (es.: piano della performance, elenco generale della documentazione, registro degli indicatori, verbale di riesame) NC

paziente;											
5.1.3. presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di verbali riunioni interne, documentazione/azioni di condivisione delle informazioni (es: portale, giornalino, riunioni periodiche, email aziendale...) NC
5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza dell'adozione di sistemi diffusi a tutto il personale di accesso e condivisione delle informazioni (es: mail aziendale personale, piattaforme social condivise, portale aziendale, briefing, riunioni pianificate...) NC
5.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito di valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di documentazione/reportistica (es.: piano della performance verbale di riesame) NC
5.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di documentazione/azioni di condivisione delle informazioni (es.: portale, giornalino, riunioni periodiche verbale di riesame ...) NC

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

Obiettivo: Assicurare un clima relazionale tra il personale e l'azienda capace di favorire le opportunità di incontro per analizzare le criticità al fine di proporre iniziative per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. La direzione deve aumentare il grado di motivazione del personale, provvedendo direttamente a raccogliere suggerimenti e deve favorire l'analisi delle criticità e procedere alla valutazione periodica del "clima aziendale", con specifici strumenti.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza della raccolta periodica dei dati (indagine) e diffusione dei dati raccolti – almeno negli ultimi 3 anni NC
5.2.2. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di una procedura che consente al personale di segnalare/di essere ricevuto per ascolto (es. suggerimenti alla formazione, domande aperte nel questionario del clima, whistleblowing) NC
5.2.3. identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza della effettuazione di audit/verbale di riesame/riunioni/briefing ... NC
5.2.4. identificazione delle criticità e definizione delle priorità di intervento	III	T.1.	T.1	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	N.A.	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
5.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'analisi;	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	N.A.	evidenza di verbali / documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC
5.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	N.A.	evidenza di verbali, riesami che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati NC

risultati desiderati.											
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai caregiver, ai fiduciari
Obiettivo: Fornire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato, ai pazienti, ai caregiver, ai fiduciari le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza tra i pazienti, i familiari e la struttura.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	carta dei Servizi aggiornata redatta ad esempio con il Comitato di Partecipazione, condivisa con portatori di interesse attraverso pubblicazione sul sito per eventuali contributi (LR 13/2003 art. 24) NC
5.3.2. predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di opuscoli, brochure con la Guida dei Servizi almeno in 2 lingue (inglese) Es: Pronto Soccorso, percorso nascita, ecc NC NOTE: escluse le strutture socio sanitarie
5.3.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di una procedura e grado di formalizzazione NC
5.3.4. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: donazione di organi e tessuti;	II	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.	evidenza documentazione vedi punto 5.3.3 NC
5.3.5. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza documentazione informativa (es. poster affissi, brochure, ecc.) vedi sopra (es.: presenza di cartellonistica informativa sul lavaggio mani, dispenser di gel idroalcolico, ecc) NC
5.3.6. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su:	II	T.0	T.0	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	evidenza della rispondenza alla normativa specifica (ove applicabile) nc

elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.											
5.3.7. La Direzione individua criticità nelle modalità di comunicazione con pazienti e suoi familiari	III	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	evidenza di documentazione/reportistica (es.: piano della performance) NC
5.3.8 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di documentazione/reportistica (es.: piano della performance) NC
5.3.9 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di documentazione/azioni di condivisione delle informazioni (es.: portale, giornalino, riunioni periodiche...) NC

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

Obiettivo: Stabilire, anche con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, una relazione con i pazienti, i caregiver e fiduciari al fine di promuovere una partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari/caregiver/fiduciari nei processi sanitari che lo interessano.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione formalizzata, interviste a pazienti e/o familiari NC

5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di procedura per l'acquisizione del consenso informato, anche attraverso la valutazione della documentazione sanitaria. Vedi punto 5.4.1 NC
5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e personale;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di momenti di condivisione sulle politiche e procedure (riunioni, corsi di formazione, registro formazione, ecc.) vedi punto formazione NC
5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e miglioramento degli stessi se necessario;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza di attività periodica di valutazione attraverso interviste/questionari /verbali di riesame NC
5.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 5.5: Modalità di ascolto dei pazienti

Obiettivo: Assicurare, grazie anche all'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, processi di ascolto e modalità e strumenti per rispondere ai reclami, conflitti e divergenze di opinione rispetto all'assistenza fornita al paziente, al diritto del paziente di partecipazione.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO-SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
5.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	la Direzione ha definito modalità per l'ascolto attivo e la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti/familiari/caregiver, nonché per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti – vedi punto URP NC

suggerimenti;											
5.5.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e di strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un documento, presenza di riferimenti per il contatto, ecc... NC
5.5.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	verificare mandato del MES – coinvolgimento degli URP evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti attraverso indagine su un campione significativo NC
5.5.4. formazione del personale a contatto con il pubblico su comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza all'interno del piano della formazione/registro formazione di specifico corso NC
5.5.5. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati della valutazione della soddisfazione e della esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza di un documento attestante l'elaborazione dei dati, verbali degli incontri con il personale, con indicazione delle azioni di miglioramento, /monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami, rispetto degli standard definiti nella carta dei Servizi NC
5.5.6. diffusione delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza sul sito web aziendale NC
5.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni;	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

- ❖ **Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche**
- ❖ **Requisito 6.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi**
- ❖ **Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi**
- ❖ **Requisito 6.4: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze**

Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche											
Obiettivo: Le organizzazioni mettono in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali.											
EVIDENZE	TIP O	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della medicina basata sulle evidenze (evidence based medicine);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale della implementazione dei PDTA/procedure/percorsi di presa in carico per le tipologie di pazienti/condizioni patologiche maggiormente prevalenti nella struttura a livello ospedaliero e territoriale. Applicabilità delle raccomandazioni ministeriali e delle buone pratiche NC
6.1.2. accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	adozione di sistemi, auspicabilmente informatici, che facilitino l'archiviazione e la consultazione delle documentazioni interne discendenti dalle attività di Governo Clinico (Audit Clinico, Morbidity & Mortality Review, etc.) delle singole articolazioni organizzative. Vedi punti formazione e comunicazione. <u>OPPURE</u> Adozione di sistemi che facilitino la consultazione ed archiviazione interna di regolamenti, linee guida, protocolli, istruzioni operative NOF
6.1.3. aggiornamento periodico	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale della periodicità di aggiornamento delle documentazioni del punto 6.1.2 da parte delle

dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;											single articolazioni organizzative, anche sulla base di sistemi di accesso alle evidenze scientifiche messe a disposizione dei professionisti. Es. vedi pag. 78/79 DOCUMENTO AGENAS NOF
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;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale della collegialità delle attività di Governo Clinico delle singole articolazioni organizzative (es. Frontespizio dove vengono riportati gli autori che hanno redatto le procedure con firma degli stessi, verbali di Audit Clinico e Morbidity & Mortality Review, Gruppi di lavoro per il monitoraggio), nonché delle iniziative di formazione correlate OPPURE evidenza formale della conoscenza dei protocolli/lineeguida/istruzioni operative da parte dell'equipe assistenziale NC
6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza formale delle attività di Governo Clinico (Verbali SEA, Audit Clinico, Morbidity & Mortality Review, ecc) delle singole articolazioni organizzative (es. assegnazione di specifici Obiettivi di budget su Audit clinico) <u>OPPURE</u> Evidenza formale di rapporti di audit NC
6.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza formale dei piani di miglioramento discendenti dalle attività di Governo Clinico (Audit Clinico, Morbidity & Mortality Review, ecc) delle singole articolazioni organizzative NC
6.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi											
Obiettivo: Adozione da parte della direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente,	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di un piano di gestione del rischio in ambiti sanitario e non sanitario Vedi punto 3 aspetti strutturali NOF
6.2.2. esistenza di un piano aziendale che esplicita prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza nell'atto di cui al punto 6.2.1 relativo al rischio clinico delle azioni finalizzate alla prevenzione e controllo delle ICA; vedi punto 5.3.5 NOF
6.2.3. esistenza di un piano aziendale con definizione di ruoli, responsabilità, risorse impiegate, piano di monitoraggio, verifiche e formazione	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	adozione di atti formali relativi alla esplicitazione degli organigrammi e funzionigrammi per rischio clinico e rischio ambientale/operatori, nonché della programmazione delle relative iniziative di formazione. Numero minimo di verifiche/ contenuti minimi formazione specifica (verifica apprendimento ed efficacia) NC
6.2.4 sono state individuate nel piano aziendale le priorità di intervento Il piano è condiviso con gli operatori	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza formale del monitoraggio relativo allo stato di avanzamento delle azioni individuate nei piani di cui al punto 6.2.1. NC
6.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nei piani di monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza formale della valutazione del grado di raggiungimento dei target fissati per le azioni di cui ai piani descritti al punto 6.2.1. NC
6.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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

Obiettivo: Garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: Mancato infortunio (near miss), eventi avversi ed eventi sentinella;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	adozione procedura di Incident Reporting. Per gli studi: es: evidenza di corsi di formazione sul rischio NOP
6.3.2. partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza delle segnalazioni del flusso SIMES NOP
6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (es. <i>Root cause analysis</i> , <i>Audit clinico</i> , <i>Significant event audit</i>) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. <i>Safety walkround</i>);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale del numero di analisi degli eventi segnalati (almeno attraverso SEA), sentinella e non, e dell'attività proattiva effettuata (almeno sulle Raccomandazioni Ministeriali) NC
6.3.4. presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
6.3.5. applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed altri strumenti per la sicurezza;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza formale di implementazione relativa alle buone pratiche finalizzata al contenimento del rischio clinico (almeno per le raccomandazioni Ministeriali implementabili nella struttura e <i>check-list</i> di sala operatoria per le aziende sanitarie) NOP
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	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza formale di una procedura con cui vengono delineati i ruoli e responsabilità nell'ambito della comunicazione dell'evento avverso ai pazienti o a chi ne ha titolo. 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC

risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;											
6.3.7. presenza di un Piano di formazione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	adozione formale del piano di formazione annuale per il rischio clinico conforme alla DGRM 127/2019. 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi attraverso l'analisi <i>dei modi e degli effetti delle</i> insufficienze (FMEA, <i>Failure Mode and Effect. Analysis</i>) almeno 1 FMEA per anno);	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza della adozione di un piano sistematico annuale (Safety Walk Around, etc) NC
6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza formale del monitoraggio relativo allo stato di avanzamento delle azioni individuate nel piano di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico. 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza formale della valutazione del grado di raggiungimento dei target fissati per le azioni individuate nel piano di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico. 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC

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

Obiettivo: Evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
6.4.1. sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	invio all'osservatorio buone pratiche dell'Agenas delle procedure innovative. Dove presenti (Report Agenas da scaricare da parte della dr.ssa Benedetto e da inviare alle Aziende/AA.VV.) NC

6.4.2. produzione e diffusione di buone pratiche;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	evidenza di azioni sistematiche relative alla comunicazione reciproca tra l'organizzazione regionale in materia di azioni per il rischio clinico.(tra aziende sanitarie e/o tra Aree Vaste. Es. comunicazioni via mail aziendale) applicabilità nel ...% delle buone pratiche applicabili dove presenti 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
6.4.3. garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;	II	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	verifica possesso requisiti di legge relativi a rivestire funzioni di responsabilità nell'Area Rischio in Ambito sanitario (Ad oggi sono dati dalla L.208/15 c. 540 e ss.mm.ii.) Evidenza di percorso formativo teso ad alimentare ulteriori competenze agli operatori san. per la sicurezza delle cure. Dove presenti 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
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.	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	coinvolgimento delle associazioni/familiari/degli utenti attraverso i comitati di partecipazione almeno per gli atti di programmazione e rendicontazione delle azioni annuali del rischio clinico <u>OPPURE</u> per le strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie pubblicazione dei dati sul sito istituzionale NC
6.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate 6.3.4 adozione formale dell'atto di cui al punto 6.3.2 relativo al rischio clinico NC
6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

7° Criterio: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

- ❖ **Requisito 7.1: progetti di miglioramento**
- ❖ **Requisito 7.2: applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi**
- ❖ **Requisito 7.3: adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa**

Requisito 7.1: Progetti di miglioramento											
Obiettivo: Garantire lo sviluppo di una cultura ed un programma per il miglioramento delle prestazioni.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di documento (es.: Piano Gestione Rischio Sanitario, Piano Aziendale della Qualità) NC
7.1.2. valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza nel documento di cui al punto 7.1.1 della definizione degli indicatori, modalità di misurazione e valutazione (collegato alla valutazione delle performance) NC
7.1.3. comunicazione periodica delle informazioni,	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza della diffusione periodica del monitoraggio dei dati (es. riunioni, controllo di gestione, pubblicazione sul sito) vedi punto 5 NC
7.1.4. formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare);	III	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	presenza di formazione specifica (es.: formazione dei Referenti della Qualità) valutare anche la partecipazione a reti. standard: Valutazione delle aree individuate per la formazione NC
7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;	IV	T.2	T.2.	T.2	T.2.	T.2	T.2.	T.2	T.2.	T.2	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
7.1.6. l'organizzazione	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento

monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.											dei risultati desiderati NC
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------

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

Obiettivo: Presenza di una procedura per la rilevazione del fabbisogno tecnologico e per l'introduzione di nuove tecnologie in rete regionale di HTA.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
7.2.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione attestante le specifiche azioni per le modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie NC
7.2.2 vi è evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A	presenza di procedure/documento aziendale di direzione per la programmazione acquisti e presenza di procedure strutturate per l'approvvigionamento delle tecnologie nc
7.2.3 diffusione delle procedure per la valutazione delle tecnologie	III	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	T.1.	N.A	evidenza di documentazione/azioni di condivisione delle informazioni NC
7.2.4 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
7.2.5 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa											
Obiettivo: Contribuire allo sviluppo delle iniziative innovative attraverso la ricerca e adozione di pratiche cliniche e organizzative previa valutazione delle implicazioni cliniche, economiche ed organizzative.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione/istruzione operativa/modulistica per la proposta di acquisizione di innovazioni tecnologiche (es.: presidi, dispositivi, tecnologie). Qualora venga effettuata attività di didattica e ricerca, presenza di un piano per l'integrazione assistenza/didattica/ricerca nc IRCCS e AOU – attività istituzionale NC
7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione attestante la presenza dei professionisti coinvolti nei processi di adozione delle innovazioni tecnico-professionali nc
7.3.3. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	evidenza di documentazione attestante l'efficacia del percorso nc IRCCS e AOU – attività istituzionale NC
7.3.4 monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	laddove applicabile, evidenza di documentazione che definisca le modalità di sviluppo nc IRCCS e AOU – attività istituzionale NC
7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

8° Criterio: UMANIZZAZIONE

❖ **Requisito 8.1: programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure**

Requisito 8.1: Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure											
Obiettivo: Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) le modalità ed i contenuti per realizzare concretamente la “centralità del paziente” nelle attività assistenziali.											
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI	
				A	B	C	D	E			
8.1.1. pianificazione delle attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; 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	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0.	evidenza di un documento della direzione che definisca un piano per lo sviluppo di attività orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza dell'utente. Presenza di un programma che assicuri la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari e sociosanitari alle attività di counselling e l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare Indicazioni in altre lingue, presenza del mediatore culturale. Es. vedi check list indagine AGENAS nc

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);											
8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di specifici corsi nel piano annuale di formazione. Vedi punto 5 comunicazione e punto 4 formazione nc
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;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di documentazione attestante la modalità di lavoro Es. vedi check list indagine AGENAS nc
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;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di procedure amministrative semplificate (es. procedura informatizzata di accettazione / ricovero, ...), utilizzo del portale aziendale, presenza di nota informativa per l'accesso alla documentazione sanitaria con la definizione di modalità e tempi. Es: sportello per anziani, percorso partorienti (bollino rosa) nc

8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di documento nc
8.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle azioni di miglioramento NC
8.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC