

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE

INDICE DEI REQUISITI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	CAMPO D'APPLICAZIONE Livello dell'organizzazione che deve provvedere a implementare e soddisfare il requisito.	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE I requisiti sono gli obiettivi da raggiungere
FATTORE /CRITERIO 1 ASPETTI STRUTTURALI	INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata	<ol style="list-style-type: none">1. Sede operativa e servizi generali (segnaletica, pulizia, comunicazione, sorveglianza e servizi igienici)2. Sede operativa e idoneità all'uso3. Gestione e manutenzione delle attrezzature
FATTORE /CRITERIO 2 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE	<ul style="list-style-type: none">- INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata- SINGOLA S.C. (in caso di struttura pubblica) COINVOLTA NELLA CURA DEL PAZIENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto2. Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali3. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)4. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi5. Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi
FATTORE /CRITERIO 3 PRESTAZIONI E SERVIZI	<ul style="list-style-type: none">- INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata- SINGOLA S.C. (in caso di struttura pubblica) COINVOLTA NELLA CURA DEL PAZIENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati2.1. Percorsi assistenziali: eleggibilità, presa in carico dei pazienti e passaggio in cura (continuità assistenziale)2.2. Percorsi assistenziali: monitoraggio e valutazione3. Modalità di gestione della documentazione sanitaria
FATTORE /CRITERIO 4 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	<ul style="list-style-type: none">- INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata	<ol style="list-style-type: none">1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

	<ul style="list-style-type: none"> - SINGOLA S.C. (in caso di struttura pubblica) COINVOLTA NELLA CURA DEL PAZIENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi 4. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze
FATTORE /CRITERIO 5 STRUTTURA ORGANIZZATIVA: COMPETENZE, GESTIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	<p>INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struttura organizzativa e gestione del personale 2. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica 3. Inserimento e addestramento di nuovo personale
FATTORE /CRITERIO 6 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE	<p>INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progetti di miglioramento 2. Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi 3. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa
FATTORE /CRITERIO 7 COMUNICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata - SINGOLA S.C. (in caso di struttura pubblica) COINVOLTA NELLA CURA DEL PAZIENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori 2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori 3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai <i>caregiver</i> 4. Modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei <i>caregiver</i> 5. Modalità di ascolto dei pazienti
FATTORE /CRITERIO 8 UMANIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - INTERA STRUTTURA SANITARIA pubblica/privata - SINGOLA S.C. (in caso di struttura pubblica) COINVOLTA NELLA CURA DEL PAZIENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

NOTE ESPLICATIVE

Il nuovo manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere pubbliche e private si basa sui seguenti aspetti:

1. Riduzione significativa del numero dei requisiti da soddisfare e conseguente riduzione degli adempimenti a carico delle strutture accreditate;
2. Modifica degli adempimenti previsti per il mantenimento dell'accreditamento. Si passa da un debito informativo annuale ad un sistema di monitoraggio periodico (sotto forma di autovalutazione, nonché di verifica documentale e sul campo da parte dell'Assessorato);
3. Diverso campo di applicazione. Le strutture pubbliche, ad esempio - non essendo più previste schede specifiche per ogni struttura complessa – devono definire meglio la ripartizione delle competenze al loro interno.

I requisiti previsti per le strutture ospedaliere (fatta eccezione per 12 requisiti riferiti alla sede operativa e ai servizi generali: segnaletica, pulizia, comunicazione, sorveglianza e servizi igienici) sono divisi, secondo l'impostazione generale dei nuovi manuali, in 4 fasi di monitoraggio basate sulla sequenza (Plan-Do-Check-Act) che aiutano a garantirne il mantenimento nel tempo:

La Fase 1 richiede, di solito al primo accreditamento o, comunque, alla prima verifica dopo l'approvazione del nuovo manuale, la presenza e i contenuti dei documenti di indirizzo e pianificazione, quali ad esempio: la missione, le politiche, i piani, le linee guida, le istruzioni, le check-list, ecc. I requisiti non fanno riferimento al livello dell'organizzazione responsabile per la preparazione dei documenti richiesti: alcuni requisiti trasversali, che si riferiscono a processi che riguardano tutta l'organizzazione sanitaria, è necessario che siano governati da documenti definiti a livello aziendale mentre in altri casi è necessario che i documenti vengano definiti dalle articolazioni organizzative coinvolte nella cura del paziente (es. Strutture Complesse in caso di struttura pubblica)¹.

Le Fasi 2, 3 e 4 riguardano rispettivamente l'applicazione dei documenti predisposti, l'autovalutazione/verifica della corretta applicazione con produzione di report e, infine, l'adozione di azioni correttive eventualmente necessarie. Più in particolare:

- Fase 2 – La valutazione del soddisfacimento dei requisiti di questa fase viene effettuata tramite l'osservazione sul campo, interviste o valutazione delle cartelle sanitarie (cliniche) dei pazienti, dei dati e di altri documenti. Questa fase richiede la conoscenza, la consapevolezza e l'implementazione di quanto pianificato, sia da parte della Direzione sia da parte del personale;
- Fase 3 – Questa fase richiede di documentare i risultati dell'implementazione delle evidenze della fasi precedenti;
- Fase 4 – Questa fase presuppone che i dati raccolti in base alle evidenze definite nella fase precedente siano analizzati e valutati e che, sulla base di questi, vengano definite le priorità e pianificate azioni di miglioramento della sicurezza e della qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

¹ In risposta alle esigenze di coordinamento, che favoriscono l'adozione di logiche progettuali interfunzionali e interdisciplinari, interviene un modello di tipo "divisionale" o "dipartimentale", che punta a favorire un migliore coordinamento delle attività assistenziali dei diversi specialisti, la condivisione delle risorse e il controllo sull'efficacia e la tempestività dell'assistenza; il processo di frammentazione delle conoscenze, la spinta verso la specializzazione, i rischi peculiari delle diverse articolazioni organizzative, insieme con l'accelerazione della diffusione dell'utilizzo di tecnologie complesse e specifiche sia sul fronte diagnostico che su quello terapeutico, hanno determinato la necessità di individuare nella Struttura Complessa il livello dell'organizzazione che deve provvedere a implementare e a soddisfare alcune tipologie di requisiti, ferma restando la necessità di condividere dal punto di vista organizzativo risorse, spazi, posti letto e tecnologie nell'ambito del Dipartimento.

Il livello dell'assistenza clinica, degli esiti e della qualità della gestione complessiva di un'organizzazione sanitaria è direttamente correlato alle attività cliniche e manageriali di ciascuna Struttura Complessa. La buona performance di un'organizzazione richiede il coinvolgimento di ciascuna articolazione organizzativa. Le politiche e le procedure definite a livello di Struttura Complessa riflettono, quindi, gli obiettivi e gli indirizzi del Dipartimento, nonché le conoscenze e le capacità necessarie a gestire i bisogni di assistenza di specifiche tipologie di pazienti. La singola Struttura Complessa dovrebbe anche garantire l'implementazione di attività di monitoraggio al fine di valutare le proprie attività e definire, attraverso dati e informazioni, le iniziative di miglioramento da intraprendere nell'ambito degli indirizzi dipartimentali e del programma aziendale di miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti.

SCHEDE DEI REQUISITI

I TERMINI “ORGANIZZAZIONE” – “DIREZIONE” – “ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA” SI RIFERISCONO, NEL CASO DELLA STRUTTURA PUBBLICA, SEMPRE A TIPOLOGIE DI STRUTTURA DIVERSE (DIPARTIMENTI/ STRUTTURE COMPLESSE/ DIREZIONI, ECC) SI VEDANO LE SOPRAINDICATE NOTE ESPLICATIVE). L’INTENTO E’ QUELLO DI IDENTIFICARE, DI VOLTA IN VOLTA, IN RELAZIONE ALLE DISPOSIZIONI DELL’ATTO AZIENDALE VIGENTE, LE STRUTTURE CHE SI TROVANO IN POSIZIONE APICALE E CHE SONO QUINDI POSTE AL VERTICE DELLE FUNZIONI A CUI FANNO RIFERIMENTO I REQUISITI DEL MANUALE (sia in fase di accreditamento e/o suo rinnovo, sia in occasione delle verifiche sul campo per il suo mantenimento).

FATTORE/CRITERIO 1 – ASPETTI STRUTTURALI

“L’organizzazione cura l’idoneità all’uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”.

1. SEDE OPERATIVA E SERVIZI GENERALI (SEGNALETICA, PULIZIA, COMUNICAZIONE, SORVEGLIANZA E SERVIZI IGIENICI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
12 PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	La struttura è facilmente individuabile mediante targhe stradali poste lungo le arterie principali che conducono alla struttura stessa		Strutt	
	Ad una distanza non superiore a 200 m. è disponibile una fermata di trasporto pubblico, raggiungibile con percorsi accessibili anche ai disabili		Strutt	
	Ad una distanza minima dagli accessi non superiore a m. 500 sono disponibili aree di sosta, anche pubbliche		Strutt	
	La struttura è dotata di un sistema segnaletico di orientamento – con planimetrie generali della struttura poste in prossimità degli accessi - che fornisca agli utenti almeno le seguenti informazioni: - Denominazione servizio, ambulatorio o ufficio - Nominativo responsabile dell’attività - Orario di accesso al pubblico - Numeri di telefono utili		Strutt	
	In ogni singola struttura funzionale sono disponibili: - una linea telefonica ed una linea fax - una pagina web con le principali informazioni su servizi e attività svolte - un computer completo di stampante - un indirizzo di posta elettronica - una fotocopiatrice		Strutt	
	In tutte le strutture sono disponibili servizi generali ad uso del personale: - Servizi igienici - Spogliatoio		Strutt	

	- Mensa			
	In tutte le strutture sono disponibili servizi generali ad uso dei visitatori: - un blocco di servizi igienici (uno per piano se la struttura è pluripiano) - servizio bar (anche mediante distributori automatici) - servizio religioso e/o locale per il culto - edicola o servizio di distribuzione di giornali e di stampati - servizio biblioteca - sportello bancario e/o sportello bancomat - postazione multimediale a disposizione dei pazienti		strutt	
	In ogni reparto di degenza o gruppo di reparti contigui è disponibile un'area o un locale attrezzato con sedute e tavoli		Strutt	
	In prossimità della zona d'ingresso sono disponibili gratuitamente carrozzine per disabili, per agevolare la mobilità interna della struttura ad utenti e visitatori		Strutt	
	Sono individuati: - un ingresso carraio sorvegliato - un ingresso principale, con servizio di portineria per la sorveglianza sugli accessi (in caso di accessi ulteriori è necessario garantire la sorveglianza o la limitazione di accesso al solo personale autorizzato)		Strutt	
	In tutte le strutture ospedaliere – in relazione al loro livello di assistenza – sono presenti le strutture funzionali minime previste dalle disposizioni vigenti in materia di assistenza ospedaliera		Strutt	
	Sono disponibili ascensori dedicati a funzioni specifiche, per lo spostamento differenziato di personale, degenti, pubblico, attrezzature mediche e sanitarie, materiale pulito e materiale sporco, ecc.		Strutt	
2. SEDE OPERATIVA E IDONEITA' ALL'USO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha approvato e diffuso documenti da cui risultino: a. pianificazione e inserimento a bilancio dell'attività manutentiva, di potenziamento o di sostituzione degli impianti, degli edifici o di componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle disposizioni vigenti; b. sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici; c. gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture e delle altre aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi;		Doc	

	<p>Gestione dei rifiuti) al fine di individuare le situazioni potenzialmente pericolose per beni e persone;</p> <p>d. analisi degli infortuni degli ultimi 2 anni con le azioni correttive intraprese;</p> <p>e. pianificazione (approvata) della formazione del personale in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro.</p>			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani, dei programmi e delle attività indicate nella fase 1.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti:</p> <p>a. Manutenzione impianti/edifici (gestione infrastrutture);</p> <p>b. Gestione aree a rischio, compresa la gestione del rischio ambientale;</p> <p>c. Formazione (effettuata e da effettuare) in materia di sicurezza ambienti di lavoro e periodica analisi degli infortuni con le relative azioni correttive messe in atto.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità e dell'efficacia degli aspetti sopraindicati;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		Doc	
3. GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate, comprese quelle elettromedicali;</p> <p>2. E' presente un documento (da rendere noto ai diversi livelli operativi) che pianifichi la manutenzione preventiva e straordinaria delle apparecchiature inventariate nonché, per le nuove tecnologie e quelle più sofisticate, un momento formativo per il loro corretto utilizzo.</p>		Doc	L'inventario complessivo può essere suddiviso per "aree/strutture", in linea con quanto previsto dall'atto aziendale vigente o, per la struttura privata, dall'atto costitutivo/organigramma/funzionigramma.
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulti a corredo delle stesse e sia resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;</p> <p>2. In relazione alle singole attrezzature, viene conservata ed è disponibile la documentazione relativa ad ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione.</p> <p>3. In relazione alle nuove tecnologie e alle attrezzature più sofisticate, vi è evidenza di un momento formativo del personale coinvolto nell'utilizzo e nella manutenzione delle stesse;</p>		Doc	

	4. È prevista la segnalazione del malfunzionamento dei dispositivi medici sul portale del Ministero ai sensi della Circolare del 29 novembre 2022.			
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Il piano di manutenzione preventiva è periodicamente rivalutato, aggiornato e diffuso ai diversi livelli operativi; 2. L'organizzazione verifica periodicamente e a campione (con evidenza documentale) che il personale utilizzi correttamente dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle verifiche effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità e adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità sugli aspetti della gestione/manutenzione delle attrezzature e della relativa formazione e addestramento del personale; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		Doc	

FATTORE/CRITERIO 2 - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo”.

1. MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>La Direzione ha definito, approvato e diffuso:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un piano strategico, redatto in accordo con gli indirizzi regionali secondo criteri di eticità e a tutela del paziente e dei suoi diritti, che descriva la missione e i valori dell’organizzazione e si basi sull’analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni del territorio, con il coinvolgimento delle direzioni, del personale e altri portatori di interesse;2. Un piano annuale delle attività, che comprenda gli obiettivi di budget, di attività e di qualità per ciascun Dipartimento (o Struttura Complessa o unità/articolazione organizzativa afferente).		Doc	<p>Per la struttura pubblica, il documento deve riferirsi agli ambiti ospedaliero, territoriale e di prevenzione (con individuazione di obiettivi anche trasversali). L’applicazione del punto 2 nelle strutture private, varia in relazione alla loro complessità organizzativa.</p>
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza dell’applicazione del piano strategico, nei diversi ambiti, con individuazione degli indicatori per il monitoraggio;2. Vi è evidenza dell’esplicitazione da parte della Direzione a tutte le articolazioni organizzative interessate (Dipartimenti/SC, ecc.) degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate;3. Per il raggiungimento degli obiettivi strategici esistono relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali, con evidenza della loro implementazione/sviluppo (es. verbali degli incontri effettuati)		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. L’organizzazione verifica periodicamente l’attuazione del piano strategico e dei piani annuali attraverso l’analisi e la condivisione dei dati derivanti dal monitoraggio;2. L’organizzazione documenta che le articolazioni organizzative vengono costantemente valutate - con report periodici trasmessi ai responsabili delle unità operative - in relazione ai seguenti aspetti:<ul style="list-style-type: none">- proposte di implementazione del piano strategico e dei piani annuali;- raggiungimento dei risultati definiti dagli obiettivi di budget, attività, qualità e costi;3. Vi è evidenza della revisione periodica (almeno triennale) del piano strategico e dei piani annuali sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dalle unità operative, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti;		Doc	

	4. I risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi, all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini).			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento dei documenti di pianificazione esistenti; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
2. PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione) che promuovano modelli di continuità, sviluppando specifici percorsi in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti, anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie e che descrivano: 1. i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali di integrazione tra struttura sanitaria ospedaliera e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità); 2. il funzionamento 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" e successive disposizioni vigenti in materia.		Doc	E' consentito, inizialmente, un parziale soddisfacimento del requisito, con evidenza documentale almeno per alcuni settori e con individuazione dei tempi per completare l'adempimento
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Sono attuati gli specifici percorsi in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti, all'interno delle reti assistenziali integrate, della rete di emergenza-urgenza (traumi, ictus, infarto, ecc.), delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, anche in collegamento con le strutture socio sanitarie; 2. Sono state definite modalità tecnico-organizzative (strumenti di teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità) finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità, con previsione di mobilità di personale assistenziale qualificato, ai fini del massimo orientamento al paziente; 3. L'organizzazione partecipa alla realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali, con eguale livello di competenza, in particolari ambiti quali le alte specialità e le malattie rare.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	La direzione effettua - valutando la corrispondenza tra quanto pianificato e quanto attuato - un'analisi dei dati riferiti ai seguenti aspetti:		Doc	

	<ul style="list-style-type: none"> a. realizzazione e raggiungimento degli obiettivi della struttura all'interno delle reti assistenziali, della rete di emergenza-urgenza, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico; b. grado di partecipazione alla realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali in particolari ambiti quali le alte specialità e le malattie rare. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti (assistenziali, cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, emergenza-urgenza) compresa l'integrazione con centri regionali, nazionali ed internazionali in particolari ambiti quali le alte specialità e le malattie rare; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	
3. MODALITA' E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1. La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, in coerenza con gli orientamenti strategici e le necessità dell'organizzazione tali da garantire il monitoraggio di specifiche attività: <ul style="list-style-type: none"> a. la tracciabilità dei dati sanitari e la trasmissione delle informazioni di carattere gestionale e sanitario; b. tempestività e continuità nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nonché adeguamento dei propri sistemi alle specifiche indicate dalle Linee Guida di Attuazione del FSE (Decreto del Ministero della Salute 20 maggio 2022 – GU n. 160 del 11 luglio 2022 “Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico”); c. il supporto alle attività di pianificazione e controllo; d. il contributo al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS) e verso altri organi istituzionali, anche regionali; e. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; f. l'erogazione di informazioni tempestive e trasparenti sulle prestazioni erogate; 2. L'organizzazione ha definito e approvato: <ul style="list-style-type: none"> a. procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla 		Doc	

	<p>normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni per gli aspetti amministrativi e sanitari;</p> <p>b. un programma di attività e i criteri per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati, provenienti da fonti interne ed esterne, in termini di affidabilità, accuratezza e validità;</p> <p>c. una procedura di emergenza per il ripristino delle informazioni in caso di danneggiamento del sistema ed un piano di contingenza per garantire continuità assistenziale anche in caso di prolungato malfunzionamento del sistema informativo.</p>			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza dell'integrazione dei sistemi informativi al fine di:</p> <p>a. documentare la tracciatura dei dati sanitari, la gestione e la trasmissione delle informazioni di carattere gestionale e sanitario;</p> <p>b. documentare l'alimentazione continua del FSE;</p> <p>c. raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo;</p> <p>d. contribuire al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS) e verso altri organi istituzionali, anche regionali;</p> <p>e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;</p> <p>f. garantire informazioni tempestive e trasparenti nella prenotazione delle prestazioni sanitarie;</p> <p>2. Le Direzioni dei Dipartimenti e il personale sono stati formati e applicano le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavorano in accordo con quanto previsto dalle stesse.</p>		Doc	In relazione al punto 2, il riferimento ai Dipartimenti è per la struttura pubblica. In caso di struttura privata, il riferimento è alle direzioni di analoghe strutture.
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza di una valutazione annuale e documentata:</p> <p>a. dell'adeguatezza dei sistemi informativi nel soddisfare le necessità dell'organizzazione e nel supportare l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità (FSE, ecc...);</p> <p>b. della trasparenza delle informazioni e dell'effettivo aggiornamento sistematico delle liste di attesa e delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;</p> <p>c. dell'applicazione delle procedure e delle linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia, per gli aspetti amministrativi e sanitari;</p>		Doc	

	2. L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati, provenienti da fonti interne ed esterne, in termini di affidabilità, accuratezza e validità.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati (provenienti da fonti interne ed esterne), ivi compresa la loro integrità, affidabilità, riservatezza, sicurezza, accuratezza e validità; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
4. MODALITA' E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione: a. del sistema di registrazione ed analisi dei volumi, degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.). Il monitoraggio deve includere almeno: i. qualità clinico/assistenziale ii. qualità organizzativa iii. qualità percepita. Per le strutture che presentano istanza di nuovo accreditamento, la registrazione e l'analisi dei volumi e degli esiti dovrà comprendere le prestazioni già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio; b. delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Le attività di valutazione dei volumi e degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative sono documentate (es.: la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività; 2. Report da cui risultino i volumi e gli esiti di attività delle prestazioni erogate in regime di autorizzazione all'esercizio, distinti per annualità, tipo di prestazione/branca e di attività (verifica dell'attività svolta negli ultimi tre anni); 3. Partecipazione ai flussi regionali e nazionali funzionali alle elaborazioni del Programma Nazionale Esiti (PNE);		Doc	

	<p>4. Rispetto delle classi di priorità e rispetto dei tempi massimi di attesa che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per le strutture ambulatoriali;</p> <p>5. Attestazione relativa all'effettuazione dei monitoraggi sugli indicatori di appropriatezza pertinenti alla struttura;</p> <p>6. Vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni agli adeguati livelli ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura/Azienda sia all'esterno ed in particolare all'utenza);</p> <p>7. Vi è evidenza dell'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida nonché dell'effettuazione di verifiche specifiche quali controlli di qualità interni ed esterni (mortality&morbidity review);</p> <p>8. I pazienti e le organizzazioni di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza di un'attività di monitoraggio e adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio, che ne garantisca l'affidabilità nel tempo.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento delle performance;</p> <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.</p>		Doc	
5. MODALITA' DI PREVENZIONE E DI GESTIONE DEI DISSERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha definito e approvato:</p> <p>a. procedure che descrivano le modalità di raccolta, tracciabilità, analisi dei disservizi, finalizzate alla comunicazione verso l'esterno e alla predisposizione dei relativi piani di miglioramento;</p> <p>b. un piano per l'analisi delle principali attività svolte, al fine di individuare le fasi potenzialmente soggette a disservizi (ad es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).</p> <p>2. Presenza di un organismo interno dedicato al controllo in materia di anticorruzione e trasparenza (specificare dati e curriculum vitae dei suoi componenti);</p> <p>3. Adozione di un modello di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati di cui al D. lgs. 231/2001, comprensivo di un canale di segnalazione interna che tuteli l'identità del segnalante, e conforme alle prescrizioni del D.lgs. 24/2023.</p>		Doc	

FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che la comunicazione verso l'esterno (alimentata anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami) rispetti le procedure predisposte; 2. Vi è evidenza che l'analisi pianificata delle principali attività svolte abbia consentito di individuare le fasi potenzialmente soggette a disservizi; 3. Vi è evidenza dell'organizzazione e della relativa attività dell'organismo interno dedicato al controllo in materia di anticorruzione e trasparenza con indicazione dei suoi componenti (dati e curriculum vitae); 4. Vi è evidenza dell'adozione di un modello di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati di cui al D. lgs. 231/2001, comprensivo di un canale di segnalazione interna che tuteli l'identità del segnalante, e conforme alle prescrizioni del D.lgs. 24/2023. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio: <ol style="list-style-type: none"> a. per valutare l'efficacia della strategia di comunicazione adottata verso l'esterno; b. per verificare la frequenza delle varie tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione dei disservizi rilevati, vengono attuate azioni correttive, preventive e di miglioramento (anche come modifiche organizzative) nonché il loro sviluppo e monitoraggio continuo, per l'eliminazione o la riduzione del disservizio (in termini di frequenza); 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	

FATTORE/CRITERIO 3 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottare, come pratica del governo clinico, su cui fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

1. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione e la diffusione: a. di una Carta dei Servizi che assicuri piena informazione circa: - la tipologia (in termini qualitativi e quantitativi) delle prestazioni e dei servizi erogati e le relative modalità di erogazione; - gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; b. di materiale informativo (multilingua) da mettere a disposizione dei cittadini (es. Pronto Soccorso, percorso nascita).		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. È presente e viene diffusa la Carta dei Servizi ed è evidente che sia stata redatta e aggiornata con l’apporto di categorie professionali e di associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell’utenza; 2. Il materiale informativo è a disposizione dei cittadini.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza che l’organizzazione (con l’apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato) rivaluti periodicamente le informazioni contenute nella Carta dei Servizi, la qualità del materiale informativo a disposizione dell’utenza, nonché le modalità previste per la loro diffusione e distribuzione.		Doc	Esempio: verbale di incontro con associazioni.
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
2.1. PERCORSI ASSISTENZIALI: ELEGGIBILITA’, PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI E PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA’ ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso uno o più documenti riportanti: a. i criteri da seguire per l’eleggibilità e la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e per l’individuazione delle responsabilità sui pazienti nelle diverse fasi (operatori sanitari		Doc	

	<p>di riferimento per la supervisione dell'assistenza nel periodo della degenza);</p> <p>b. i criteri per la valutazione iniziale di ciascun paziente che comprenda: anamnesi, esame obiettivo, valutazione fattori fisici, psicologici, sociali ed economici, stato nutrizionale e funzionale, screening e valutazione del dolore;</p> <p>c. i criteri di pianificazione e programmazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti interni ed esterni, della dimissione e del follow up dei pazienti); - della dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta; <p>d. le modalità di definizione e di gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri), basato sulla valutazione dei bisogni dei pazienti e sui risultati dei test diagnostici; - dei collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e socio-sanitarie coinvolte nell'assistenza; <p>e. le modalità da seguire e gli strumenti da utilizzare per il trasporto sicuro del paziente e per il trasferimento delle informazioni rilevanti (passaggi di consegna, trasferimenti e dimissioni) relative alle diverse fasi del processo di cura (valutazione, presa in carico, dimissione e follow-up).</p>			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Dall'esame della documentazione sanitaria sono evidenti i seguenti aspetti:</p> <p>a) corretta applicazione dei criteri di cui alle lettere a), b) e c) della precedente fase;</p> <p>b) corretta applicazione delle procedure di cui alla lettera d) della precedente fase;</p> <p>c) rivalutazione dei bisogni dei pazienti, a intervalli appropriati, sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento (con riscontri annotati nella cartella clinica/documentazione sanitaria);</p> <p>d) attuazione delle procedure per il trasporto sicuro dei pazienti e per il trasferimento – nei passaggi di consegna, nei trasferimenti e alla dimissione - delle informazioni rilevanti derivanti dalle fasi di valutazione, presa in carico, dimissione e follow-up;</p>		Doc	L'attuazione di criteri e procedure, in alcuni casi, è collegata all'applicabilità (cioè al verificarsi o meno delle ipotesi in cui si devono attuare tali criteri e procedure).

	<p>2. Vi è evidenza che ai pazienti sono stati resi noti i nominativi degli operatori sanitari di riferimento, responsabili della supervisione dell'assistenza durante tutta la durata della degenza;</p> <p>3. Vi è evidenza della predisposizione di strumenti (ad es. sistemi informativi) e dell'organizzazione di gruppi di lavoro specifici, finalizzati all'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare;</p> <p>4. Vi è evidenza che la documentazione clinica dei pazienti è disponibile agli operatori sanitari in qualsiasi momento e che sia favorito lo scambio di informazioni, nella struttura e con le strutture esterne, per una migliore gestione dei pazienti;</p> <p>5. Vengono attuate attività di promozione della salute, in relazione alle patologie trattate, con il coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e del personale.</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza che l'organizzazione verifichi, con un monitoraggio periodico, l'efficacia dell'applicazione:</p> <p>a. dei criteri e delle procedure adottate nelle diverse fasi assistenziali (dall'eleggibilità alla continuità assistenziale), con l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinari;</p> <p>b. delle procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri), con indicazione degli obiettivi o dei risultati attesi dal trattamento;</p> <p>c. delle procedure per il trasporto sicuro dei pazienti e per il trasferimento – nei passaggi di consegna, nei trasferimenti e alla dimissione - delle informazioni rilevanti derivanti dalle fasi di valutazione, presa in carico, dimissione e follow-up;</p> <p>d. dei programmi di dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento:</p> <p>a) dei processi per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p>b) dei processi per la dimissione e il follow-up dei pazienti, con particolare riferimento al trasferimento delle informazioni rilevanti;</p>		Doc	

	2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.			
2.2. PERCORSI ASSISTENZIALI: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha definito degli obiettivi di qualità del percorso assistenziale del paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi <i>setting</i> assistenziali (intra ed extraospedalieri) dalla presa in carico alla dimissione; 2. L'organizzazione ha previsto degli indicatori per la valutazione della performance clinica tenendo conto della "scienza" o dell'"evidenza". 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che le attività svolte durante tutte le fasi del percorso assistenziale siano finalizzate al raggiungimento degli obiettivi individuati, in conformità ai protocolli e alle linee guida EBM e nel rispetto delle procedure operative esistenti (es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione); 2. Vi è evidenza, ai fini della valutazione degli esiti e della performance clinica: <ol style="list-style-type: none"> a. del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori chiave; b. di un'analisi su eventi avversi, incidenti, near miss eventualmente occorsi durante l'episodio di cura. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dello svolgimento delle seguenti attività di monitoraggio periodico e valutazione della qualità: <ol style="list-style-type: none"> a) sui percorsi di cura (dalla presa in carico alla dimissione), con diffusione dei risultati a tutti gli operatori che hanno partecipato all'implementazione del percorso; b) sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari in merito al percorso di assistenza e alla qualità dei percorsi (verifiche da parte di pazienti, familiari e organizzazioni di cittadini). 		Doc	

FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento: a) dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del percorso di cura, dalla presa in carico alla dimissione; b) dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
3. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento/regolamento addestramento che definisce: a. i criteri per la redazione e l'aggiornamento della documentazione sanitaria e socio-assistenziale dei pazienti, che prevedano anche un campo per la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali; b. le modalità di conservazione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale, con riferimento anche agli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; c. i tempi di accesso/rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto; d. le modalità per valutare la qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale e per adottare eventuali azioni correttive; e. le modalità dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Nella cartella clinica sono stati tracciati tutti gli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente e il processo assistenziale e che garantiscono la continuità assistenziale nei trasferimenti tra <i>setting</i> assistenziali; 2. La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sanitaria e		Doc	

	<p>ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile e nel rispetto delle procedure per la conservazione della documentazione stessa;</p> <p>3. Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione;</p> <p>4. Presenza di un documento/regolamento che definisca i tempi di accesso/rilascio della documentazione sanitaria.</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico, da parte dell'organizzazione, dei seguenti aspetti:</p> <p>a. qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale, nel rispetto delle modalità di redazione ed aggiornamento approvate;</p> <p>b. rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>c. adozione di eventuali azioni correttive con le modalità previste.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della qualità in relazione:</p> <p>a. alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>b. alla politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni ivi contenute;</p> <p>c. alla sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria / socio-assistenziale, oltre che della loro integrità;</p> <p>d. all'accesso (modi e tempi) alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.</p>		Doc	

FATTORE/CRITERIO 4 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, nel rispetto dei principi della <i>Evidence Based Medicine e delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali</i> in materia di rischio clinico, per lo svolgimento delle attività più rilevanti per rischio, frequenza e costo, nonché per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità e predisposti in maniera integrata tra le strutture operative.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza: 1. della messa in atto dei protocolli e dei percorsi di cura/assistenza formulati nonché del coinvolgimento di più strutture organizzative (partecipazione integrata) e del relativo personale, per la loro predisposizione, implementazione ed applicazione; 2. dell’accessibilità di tali documenti a tutti gli operatori (es. banca dati virtuale); 3. dell’acquisizione e della diffusione delle Raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico per l’ambito assistenziale di riferimento.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza che l’organizzazione e i professionisti sanitari monitorino e valutino le prestazioni e il <i>setting</i> assistenziale utilizzato, in termini di efficacia ed appropriatezza; 2. Vi è evidenza che in ogni unità operativa vengano monitorati e valutati gli esiti derivanti dall’applicazione dei protocolli e dei percorsi di cura/assistenza predisposti e che i risultati dell’audit vengano resi noti al personale.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni - quali ad esempio la rivalutazione e l’aggiornamento periodico dei protocolli e dei percorsi di cura/assistenza sulla base delle evidenze cliniche disponibili - per il miglioramento: - dell’approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche; - dell’appropriatezza delle prestazioni; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	

2. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha previsto l'istituzione di uno o più organismi aziendali per la gestione del rischio clinico e per la lotta alle infezioni ospedaliere e – sulla base delle attuali conoscenze scientifiche e sulle linee guida della pratica comunemente accettate (es. linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida) - ha definito, formalizzato e diffuso un piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) che deve prevedere i seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. lo stanziamento di risorse adeguate; b. l'uso di dispositivi, di tecniche di precauzione e di procedure di isolamento, nonché l'attività di sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione; c. l'adozione di misure di barriera e di igiene delle mani; d. lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti; 2. L'organizzazione (Direzione) ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. un piano annuale per la sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, con obiettivi specifici e misurabili, che: <ul style="list-style-type: none"> - contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione; - definisca le politiche per la sicurezza del paziente, le modalità di identificazione e valutazione dei rischi (con una lista di processi-aree e rischi maggiori identificati), nonché le modalità di comunicazione con gli <i>stakeholder</i> e di gestione dei relativi contenziosi; b. un piano annuale per la gestione del rischio clinico; c. un piano annuale delle emergenze sanitarie ; d. documenti (protocolli/linee guida/procedure) per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante da esiti inattesi dei trattamenti; 3. È presente una valida e idonea copertura assicurativa (con pubblicazione sul sito internet della struttura) o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sono state individuate (dall'organismo aziendale istituito per la lotta alle infezioni ospedaliere) le aree a rischio e sono stati messi in sicurezza i seguenti processi: 		Doc	

	<ul style="list-style-type: none"> a. procedure invasive b. uso di sangue ed emoderivati c. somministrazione di anestesia e sedazione d. corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e. gestione dei risultati critici di laboratorio f. somministrazione farmaci e profilassi antibiotica; <p>2. Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria; b. dei piani annuali aziendali di cui alla fase 1; c. di un sistema di reporting delle infezioni correlate all'assistenza. <p>3. Vi è evidenza dell'adozione di una valida e idonea copertura assicurativa (con pubblicazione sul sito internet della struttura) o di altra analoga misura.</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico e della valutazione, in termini di adeguatezza ed efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria; b. del piano aziendale per la gestione del rischio (in relazione a strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, attività realizzate, obiettivi per la sicurezza e risultati raggiunti). <p>2. Vi è evidenza dell'analisi e della valutazione dei report sulle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>3. Vi è evidenza della rivalutazione (annuale) delle aree di rischio (comprese quelle individuate dall'OMS) e dei processi/procedure ad alto rischio;</p> <p>4. Vi è evidenza della continua validità della copertura assicurativa.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate vengono valutate le priorità ed attuate specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi.</p> <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.</p>		Doc	
3. PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITA' DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO	<p>1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. uno o più documenti che descrivano: 		Doc	

E PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - il sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"); - le procedure da seguire per comunicare ai pazienti e/o familiari gli eventi avversi, per gestire l'impatto di un evento avverso sugli operatori, nonché per la comunicazione esterna e per la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi; <p>b. un piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.</p> <p>2. L'organizzazione dà evidenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della presenza di una funzione di risk management dedicata alla prevenzione e gestione del rischio clinico ai sensi dell'art. 1, comma 540 della Legge 28/12/2015, n. 208 così come modificato dall'art. 16 comma 2 della Legge 24/2017; - dell'individuazione della figura del Risk Manager con formazione specifica; - dell'istituzione del comitato sinistri; - del coinvolgimento del risk manager nel comitato sinistri. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale; 2. Sono stati identificati i fattori che hanno causato (e/o contribuito a causare) gli eventi segnalati: l'identificazione avviene attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedono il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio; 3. Vi è evidenza dell'applicazione e della diffusione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni ministeriali, check-list ed altri strumenti per la sicurezza (ad es. check-list operatoria e scheda unica di terapia), nonché dell'attuazione delle previsioni di cui al piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; 		Doc	

	4. È documentabile l'attività del Risk manager e del comitato sinistri.			
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di strumenti per la sicurezza (es. linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list), nonché delle seguenti procedure: <ol style="list-style-type: none"> a. segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella, che metta in relazione il numero di eventi con le dimensioni della struttura; b. comunicazione di un evento avverso, all'esterno e a pazienti/familiari; 2. E' documentabile la divulgazione agli operatori, almeno annualmente, dei risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate; 3. Vi è evidenza della continua attività del Risk manager e del comitato sinistri. 		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate vengono valutate le priorità ed attuate specifiche azioni per il miglioramento della gestione del rischio, con evidenza della messa in atto di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi indesiderabili; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese si siano raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	
4. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha predisposto un documento che descriva le modalità di produzione e diffusione di buone pratiche nonché le modalità per lo sviluppo di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi; 2. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche, nonché dell'attuazione di un programma per lo sviluppo di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi, nel rispetto delle procedure esistenti; 2. Vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza:		Doc	

	<p>a. del monitoraggio dell'applicazione delle buone pratiche e della valutazione periodica della presenza di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi;</p> <p>b. del monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.</p>			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni correttive e preventive;</p> <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.</p>		Doc	

FATTORE/CRITERIO 5 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA: COMPETENZE, GESTIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

“L’organizzazione deve assicurare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione delle specifiche attività in qualità e sicurezza”.

1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DEL PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	Sono stati predisposti, approvati e diffusi documenti che descrivono: - la struttura di governo dell’organizzazione (organigramma e funzionigramma); - le responsabilità individuate in ambito clinico-assistenziale, organizzativo e per i rapporti con il pubblico, nonché i relativi strumenti di delega e sostituzione degli stessi responsabili; - i criteri e le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che tutta l’organizzazione conosca la struttura di governo, con particolare riferimento ai responsabili e ai loro sostituti nonché alle rispettive competenze; 2. Sono definiti i membri degli organi di governo e delle commissioni esistenti, la periodicità dei relativi incontri e le modalità di lavoro (con evidenza data da verbali, decisioni, azioni individuate e relativa implementazione); 3. Per ogni lavoratore impiegato è stato predisposto un fascicolo contenente: dati anagrafici, qualifica di assunzione, estremi delle posizioni assicurative e previdenziali, orario di lavoro settimanale e contratto di lavoro o di collaborazione e dossier formativo. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vengono effettuate e documentate: <ol style="list-style-type: none"> a. la revisione periodica dei documenti gestionali ed organizzativi predisposti, compresa la definizione delle relative responsabilità; b. la valutazione dell’organizzazione in termini di efficacia, periodicamente ed ogni volta che si presenti un cambiamento significativo nell’organizzazione stessa e nell’erogazione dei servizi della struttura, con particolare riferimento al funzionamento delle commissioni e degli organi di governo, alle responsabilità e agli strumenti di delega; c. la valutazione periodica della performance clinico-organizzativa dei vari responsabili e dirigenti. 		Doc	I dirigenti della struttura pubblica sono quelli a livello dipartimentale o a livello di struttura afferente, in relazione all’assetto organizzativo previsto dall’atto aziendale vigente al momento della verifica.

FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi organizzativi e del sistema di definizione delle responsabilità e delle relative deleghe. 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	
2. PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE NECESSARIA E SPECIFICA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che comprenda: <ul style="list-style-type: none"> - definizione delle competenze professionali per posizione (profili di posto) e loro monitoraggio; - rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative; - programmazione attività formative; b. le strategie per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane che comprenda formazione e aggiornamento del personale su competenze professionali specifiche nonché formazione e addestramento su tematiche quali: introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative, competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e promozione della salute; c. un programma per il mantenimento delle competenze e un sistema di raccolta, verifica e valutazione delle credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e di altri professionisti sanitari, prevedendo un dossier formativo per singolo operatore. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che i vertici dell'organizzazione e il personale partecipino alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento; 2. Nei dossier formativi individuali degli operatori, sono documentati i corsi effettuati e le iniziative a cui ciascuno ha aderito, nell'ambito del programma per il mantenimento delle competenze; 		Doc	

	3. Vi è evidenza della condivisione delle conoscenze eventualmente acquisite all'esterno della struttura.			
FASE 3 MONITORAGGIO	E' documentato il monitoraggio periodico, in termini di efficacia, delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento programmate ed effettivamente svolte.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
3. INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: a) un piano che definisce come valutare le qualifiche dei neo-inseriti e la loro idoneità al ruolo nonché le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo inserito/trasferito – compreso quello volontario; b) un piano (da adottare entro il 1° anno per i neo-inseriti) di formazione strutturata in materia di rischio clinico ed occupazionale nonché di promozione della salute.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraccitati.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza che l'organizzazione monitori periodicamente l'efficacia dei programmi di orientamento e inserimento (accoglienza, affiancamento/addestramento) del nuovo personale – neo inserito/trasferito - compreso quello volontario.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento dei programmi di orientamento ed inserimento dei nuovi addetti; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	

FATTORE/CRITERIO 6 - PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo–professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”.

1. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. E' stato istituito un organismo aziendale deputato alla gestione della qualità e del governo clinico e ha definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - specifiche risorse, ruoli e responsabilità; - valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori; - comunicazione periodica delle informazioni; - formazione; <p>2. Esiste, a livello aziendale, un processo per valutare le aree prioritarie di intervento per il miglioramento della qualità;</p> <p>3. In tali aree (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardiovascolare, etc.) sono stati formalizzati piani d'azione ed individuati i relativi indicatori di miglioramento della qualità.</p>		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. del programma aziendale per il miglioramento della qualità e dei piani di azione che lo caratterizzano, relativi agli interventi individuati come prioritari nelle aree dove la qualità misurata non raggiunge gli obiettivi prefissati; b. del programma per l'educazione e la formazione di tutto il personale sui temi legati alla qualità e al miglioramento continuo delle prestazioni; <p>2. I piani d'azione sono caratterizzati almeno dai seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. obiettivi specifici per ciascun intervento; b. cronoprogramma delle attività; c. responsabilità; d. risorse; e. responsabilità e modalità di monitoraggio degli obiettivi. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'efficacia del programma aziendale per il miglioramento della qualità e dei piani di azione che lo caratterizzano, finalizzato alla valutazione dei</p>		Doc	

	<p>risultati e degli esiti ottenuti in termini di rispetto degli obiettivi prefissati;</p> <p>2. I risultati legati alla qualità delle prestazioni e agli esiti sono comunicati al personale e ai cittadini e vengono messi a disposizione degli utenti;</p> <p>3. Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei programmi di educazione e formazione sui temi legati alla qualità e al suo miglioramento.</p>			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate sono state individuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità in ambito organizzativo-gestionale;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		Doc	
2. ESISTENZA E APPLICAZIONE DI MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE IN USO O DA ACQUISIRSI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione ha diffuso:</p> <p>1. le procedure esistenti per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie (apparecchiature tecnologiche e biomedicali) e dei dispositivi medici da sostituire o di nuova introduzione, con particolare riferimento a quelle di alta innovazione, in linea con le disposizioni regionali vigenti;</p> <p>2. un elenco delle attrezzature in uso con specificato la data di messa in funzione, il piano di manutenzione e la data presunta di dismissione tenendo conto anche dei principi HTA.</p>		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza della messa in atto delle procedure/direttive regionali per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie sanitarie (apparecchiature biomedicali e dispositivi medici) da sostituire o di nuova introduzione, con particolare riferimento a quelle di alta innovazione;</p> <p>2. Vi è evidenza della presenza, del continuo aggiornamento e della diffusione di un elenco delle attrezzature in uso con specificato: la data di messa in funzione, il piano di manutenzione e la data presunta di dismissione tenendo conto anche dei principi HTA;</p> <p>3. vi è evidenza che l'organismo istituito a livello aziendale svolga le attività previste dalle disposizioni regionali vigenti, valutando le linee guida fornite anche dalla Cabina di regia nazionale.</p>		Doc	

FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio – in termini di efficacia - dell'applicazione delle procedure/direttive regionali di cui alla precedente fase.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti i risultati attesi. 		Doc	
3. ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE TECNICO-PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha diffuso le procedure esistenti per la rilevazione dei fabbisogni, comprese le innovazioni tecnico-professionali ed organizzative.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che la rilevazione dei fabbisogni (comprese le innovazioni tecnologiche e organizzative) sia stata effettuata in attuazione della programmazione biennale degli acquisti nonché delle procedure predisposte a livello regionale nell'ambito del piano degli investimenti; 2. Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative; 3. Vi è evidenza, nel Piano Attuativo Locale, dell'inserimento dei fabbisogni rilevati. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio periodico, in termini di efficacia, dell'applicazione delle procedure esistenti riferite a tutto il percorso (innovazione-valutazione-adozione).		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	

FATTORE/CRITERIO 7 - COMUNICAZIONE

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”.

1. MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA CHE FAVORISCONO LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato una procedura che descriva: <ol style="list-style-type: none"> a) le modalità di circolazione e diffusione delle informazioni relative all'organizzazione e al funzionamento della struttura - con particolare riferimento alle politiche, ai programmi e agli obiettivi di attività, comprese le modalità per la loro condivisione sistematica interna (singolo Dipartimento o Area/singola struttura o struttura ospedaliera); b) i flussi informativi esistenti e le modalità di creazione della reportistica relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi - performance - esiti e programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della circolazione, diffusione e condivisione interna delle informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura (politiche, programmi e obiettivi di attività); 2. Vi è evidenza dell'utilizzo costante dei flussi informativi esistenti e della creazione della reportistica di cui alla fase 1. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	L'efficacia del sistema di comunicazione interna viene valutata periodicamente, con frequenza almeno biennale.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura; 2. Vi è evidenza che con le azioni correttive intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	
2. MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE TRA IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE (CONTESTO ORGANIZZATIVO) ATTRAVERSO L'ANALISI DEL CLIMA ORGANIZZATIVO/SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI

FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	E' stato formalizzato e diffuso un documento che descriva le modalità per la segnalazione e l'ascolto di suggerimenti da parte del personale e che individui momenti strutturati di analisi e confronto.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dell'organizzazione di momenti strutturati per l'analisi e il confronto; 2. Vi è evidenza dell'effettuazione - da parte di apposito organismo interno - di un'indagine per la valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	I risultati derivanti dall'indagine sulla soddisfazione del personale e per la valutazione del clima aziendale sono diffusi agli operatori e presentati alla Direzione.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento del clima aziendale e della soddisfazione degli operatori; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
3. MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE AI PAZIENTI E/O AI CAREGIVER		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha formalizzato modalità e strumenti: a. per l'appropriata comunicazione con i pazienti e i <i>caregiver</i> ; b. per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza della diffusione e dell'attuazione dei documenti di cui alla Fase 1 ed in particolare della messa in atto delle procedure per fornire: a. l'informazione in forma scritta a pazienti e familiari (con presa visione) sulla donazione di organi e tessuti, nonché sulle precauzioni da adottare per prevenire le infezioni correlate all'assistenza; b. l'informazione in forma scritta, ai pazienti con ricoveri programmati, sulle modalità di accesso al servizio prima del ricovero o dell'appuntamento.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata dall'organizzazione ad opportuni intervalli e in caso di variazioni significative;		Doc	

	2. Viene monitorata e valutata la soddisfazione degli utenti in relazione alle informazioni fornite dall'organizzazione.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché attuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti e ai <i>caregiver</i> ; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
4. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI NELLE SCELTE CLINICO-ASSISTENZIALI E MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso procedure per: a. l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità; b. l'ascolto; c. il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura; d. l'informazione partecipata del paziente (rischi e benefici del trattamento o indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso); e. l'acquisizione del consenso informato (anche per minorenni), basata su un documento ufficiale condiviso all'interno dell'organizzazione; 2. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso anche una politica (che coinvolga pazienti, familiari e personale) per la promozione della salute come parte integrante del sistema di miglioramento della qualità, con lo scopo di migliorare i risultati in termini di salute.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza della messa in atto: a. delle procedure di cui alla precedente fase; b. di una politica di promozione della salute; 2. Vi è evidenza che l'organizzazione fornisca ai pazienti informazioni su: a. fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute; b. elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche; 3. Vi è evidenza, all'interno dell'organizzazione, di un elenco delle prestazioni, dei trattamenti e delle procedure invasive e ad alto rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesi e interventi chirurgici maggiori,		Doc	

	diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ricerca clinica, studi clinici e sperimentazioni cliniche, ecc.).			
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e <i>caregiver</i>; 2. Vi è evidenza della periodica valutazione della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute. 		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed attuate specifiche azioni per il miglioramento: <ol style="list-style-type: none"> a. delle modalità di partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver; b. della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	
5. MODALITA' DI ASCOLTO DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. una politica e delle procedure per la presentazione e la gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti; b. modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti; c. procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i>). 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di <i>customer satisfaction</i>) su almeno il 10% dei pazienti trattati e della diffusione, sul sito web aziendale, dei risultati di tali indagini (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare; 2. Vi è evidenza della pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami; 3. Viene effettuata specifica formazione per il personale di contatto con il pubblico, in materia di comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti, ecc.. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami, anche in relazione allo standard definito all'interno della Carta dei Servizi; 		Doc	

	2. Vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dai risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti vengono discussi anche con le organizzazioni per i diritti dei pazienti.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti, vengono valutate le priorità ed attuate specifiche azioni di miglioramento; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	

FATTORE/CRITERIO 8 - UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”

1. PROGRAMMI PER L’UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>La Direzione ha formalizzato:</p> <ol style="list-style-type: none">una procedura nella quale sono definite le modalità e i comportamenti da adottare per accogliere i pazienti/ospiti/utenti nella struttura e per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra l’assistito, la sua famiglia e l’assistente, all’interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni della persona e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano;un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti/ospiti/utenti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori in materia di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie o di trasferimento in struttura più idonea e/o hospice);protocolli e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente/ospite (ove possibile) e dei suoi familiari.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">Vi è evidenza dell’attuazione della procedura di accoglienza dei pazienti/ospiti/utenti nella struttura, che tenga conto anche delle diverse esigenze relative all’età, al genere, a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, alle specificità religiose, etniche e linguistiche, nonché delle diversità sociali e culturali, per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra l’assistito, la sua famiglia e l’assistente;Vi è evidenza dell’attuazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari, che tenga conto anche del linguaggio e del comportamento da adottare, in base alla diversità culturali e sociali;Vi è evidenza dell’adozione, da parte dell’organizzazione, dei processi derivanti dal programma per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente/ospite e dei suoi familiari.		Doc	

FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che l'accoglienza dei pazienti/ospiti/utenti è oggetto di valutazione e di rilevazione del gradimento dei pazienti/ospiti/utenti e/o familiari; 2. Vi è evidenza che la qualità della relazione con gli operatori è oggetto di rilevazione del gradimento dei pazienti/ospiti/utenti e/o familiari; 3. Vi è evidenza che la qualità delle cure nella fase di fine vita è valutata da familiari e operatori. 		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>L'esito del monitoraggio, oggetto di indagine periodica da parte dell'organizzazione, ha determinato un miglioramento nella gestione dei programmi e delle procedure:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. dedicati alla fase di accoglienza; b. dedicati alla relazione con i pazienti/ospiti e familiari; c. dedicati alla fase del fine vita. 		Doc	<p>Nelle strutture in cui è presente un addetto alle relazioni esterne, è auspicabile l'attivazione di iniziative volte a migliorare il servizio offerto.</p>