

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE

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	TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE	<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 AMBULATORIALI	TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti	<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	TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti	<ol style="list-style-type: none">1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati<ol style="list-style-type: none">2.1. Percorsi assistenziali: eleggibilità e presa in carico dei pazienti2.2. Percorsi assistenziali: passaggio in cura (continuità assistenziale) e follow-up2.3. Percorsi assistenziali: monitoraggio e valutazione3. Modalità di gestione della documentazione sanitaria
FATTORE /CRITERIO 4 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE	<ol style="list-style-type: none">1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

	Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti	<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 FORMAZIONE DEL PERSONALE	<p>TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE</p> <p>Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti</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 MIGLIORAMENTO INNOVAZIONE	<p>TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE</p> <p>Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti</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	<p>TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE</p> <p>Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti</p>	<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	<p>TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN REGIME AMBULATORIALE</p> <p>Per Azienda U.S.L. individuare referenti per predisposizione, raccolta e conservazione documenti</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

NOTE ESPLICATIVE

La struttura del nuovo manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale 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).

I requisiti sono sufficientemente generici per consentire l'interpretazione degli stessi da parte di ogni tipologia di struttura ambulatoriale. Ogni organizzazione implementerà i requisiti secondo le proprie necessità e nel modo che maggiormente si adatta alle modalità con cui eroga prestazioni.

I requisiti previsti per le strutture ambulatoriali (fatta eccezione per 8 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. (per la struttura pubblica, si vedano le note esplicative dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere pubbliche e private).
- 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 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 delle 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.

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
<p>8 PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)</p> <p>Sono ammessi diversi gradi di applicabilità perché le strutture ambulatoriali possono essere polispecialistiche o monospecialistiche, nonché avere dimensioni più o meno ampie.</p>	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:		Strutt	
	<ul style="list-style-type: none"> - Denominazione servizio, ambulatorio o ufficio - Nominativo responsabile dell’attività - Orario di accesso al pubblico - Numeri di telefono utili 			
	<p>In ogni singola struttura funzionale sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	Il numero e le dimensioni dei servizi generali variano in funzione della tipologia di struttura da accreditare o accreditata (es. ambulatorio monospecialistico, poliambulatorio, ecc.).
	In tutte le strutture sono disponibili servizi generali ad uso del pubblico: - almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi ed un servizio femmine) per ciascun edificio e, in caso di struttura su più piani, un servizio per ogni piano - reception in prossimità dell'ingresso principale - centro di prenotazione ed informazione - sportello cassa e/o cassa automatica per il pagamento delle prestazioni sanitarie, anche mediante bancomat o carta di credito		Strutt	Il numero e le dimensioni dei servizi generali variano in funzione della tipologia di struttura da accreditare o accreditata (es. ambulatorio monospecialistico, poliambulatorio, ecc.).
	E' attiva una funzione di sorveglianza degli ingressi durante l'orario di apertura al pubblico (svolta anche da personale addetto ad altri servizi, purché in prossimità dell'ingresso e con vista diretta sullo stesso)		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: 1. 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; 2. pianificazione approvata della formazione del personale in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro; 3. analisi degli infortuni degli ultimi 2 anni con le azioni correttive intraprese; 4. 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; Gestione dei rifiuti) al fine di individuare le situazioni potenzialmente pericolose per beni e persone.		Doc	
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	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: a. Manutenzione impianti/edifici (gestione infrastrutture); b. Formazione (effettuata e da effettuare) in materia di sicurezza in ambienti di lavoro;		Doc	

	c. Gestione aree a rischio, compresa la gestione del rischio ambientale.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	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; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		Doc	
3. GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	Sono presenti: a. un inventario aggiornato sulla dotazione e vetustà di tutte le attrezzature utilizzate, comprese quelle elettromedicali; b. 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 utilizzo.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	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; 2. In relazione alle singole attrezzature, viene conservata ed è disponibile la documentazione relativa ad ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione; 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; 4. È prevista la segnalazione del malfunzionamento dei dispositivi medici sul portale del Ministero ai sensi della Circolare del 29 novembre 2022.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. il piano di manutenzione preventiva è periodicamente rivalutato, aggiornato e diffuso ai diversi livelli operativi; 2. l'organizzazione (intesa come unità organizzativa in posizione apicale) verifica periodicamente e a campione (con evidenza documentale) che il personale utilizzi correttamente dispositivi medici e 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		Doc	

	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.			
--	--	--	--	--

FATTORE/CRITERIO 2 - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE AMBULATORIALI

“Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza ambulatoriale, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una 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	<ol style="list-style-type: none">1. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:<ol style="list-style-type: none">a. un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione;b. una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell'erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti;c. il piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità, che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di tutela del malato.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza:<ol style="list-style-type: none">a) dell'applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale;b) dell'esistenza di relazioni dell'organizzazione con altre organizzazioni e servizi territoriali, per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi (es. verbali degli incontri effettuati).		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità nonché il raggiungimento degli obiettivi in termini di attività, qualità e costi;2. Vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti;3. I risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini).		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 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione) che descrivono: <ol style="list-style-type: none"> a. i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali per l'integrazione tra struttura ambulatoriale e territorio (e per la promozione di modelli di continuità); b. il collegamento funzionale con le altre strutture nell'ambito delle 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". 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti, all'interno delle reti assistenziali integrate.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Direzione effettua una raccolta di dati sulla realizzazione e sul raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato; 2. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure di gestione della richiesta di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio; 3. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure per la gestione dei servizi esterni di diagnostica per immagini e anestesia e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di diagnostica per immagini. 		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità, nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti (assistenziali, di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico). 		Doc	

	2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.			
3. MODALITA' E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.</p> <p>La Direzione garantisce la 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 <i>"Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"</i>).</p>		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della integrazione dei sistemi informativi al fine di: <ol style="list-style-type: none"> a. documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; b. documentare l'alimentazione del FSE; c. raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; d. collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; f. garantire informazioni tempestive e trasparenti nella prenotazione delle prestazioni sanitarie; 2. Il personale è stato formato e applica 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 lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora la 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.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi (in termini di sicurezza nell'accesso ai dati e		Doc	

	<p>nella loro tenuta, comprese la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità, con riferimento a quelli provenienti da fonti interne ed esterne);</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			
4. MODALITA' E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione:</p> <p>a. del sistema di registrazione ed analisi dei volumi, degli esiti e della qualità delle prestazioni 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:</p> <p>i) qualità clinico/assistenziale ii) qualità organizzativa iii) qualità percepita.</p> <p>b. delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi.</p>		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza delle attività di valutazione dei volumi e degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi. Tali attività 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;</p> <p>2. Report da cui risultino i volumi e gli esiti di attività delle prestazioni erogate, distinti per annualità, tipo di prestazione/branca e di attività (verifica dell'attività svolta negli ultimi tre anni);</p> <p>3. Vi è evidenza del 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;</p> <p>4. Vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato 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);</p> <p>5. Vi è evidenza nelle strutture ambulatoriali dell'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti per la misurazione dell'aderenza alle linee guida;</p> <p>6. Attestazione relativa all'effettuazione dei monitoraggi sugli indicatori di appropriatezza pertinenti alla struttura;</p>		Doc	

	7. i pazienti e le organizzazione di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.			
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, vengono valutate le priorità nonché individuate ed adottate specifiche azioni per il miglioramento delle performance. 2. Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.		Doc	
5. MODALITA' DI PREVENZIONE E DI GESTIONE DEI DISSERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha definito e approvato: 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; 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). 2. Presenza di un organismo interno dedicato al controllo in materia di anticorruzione e trasparenza e dell'organizzazione della relativa attività, con indicazione dei suoi componenti (dati e curriculum vitae); 3. Adozione di un modello di organizzazione e di 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.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	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 maggiormente soggette a disservizi; 3. Vi è evidenza dell'organizzazione e della relativa attività dell'organismo interno dedicato al controllo in materia di		Doc	

	<p>anticorruzione e trasparenza con indicazione dei suoi componenti (dati e curriculum vitae);</p> <p>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>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio:</p> <p>a. per valutare l'efficacia della strategia di comunicazione esterna;</p> <p>b. per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione dei disservizi rilevati, vengono valutate le priorità ed individuate specifiche azioni correttive, preventive e di miglioramento, finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni adottate abbiano raggiunto gli effetti desiderati, in termini di efficacia.</p>		Doc	

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 adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali 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 quantitativi e qualitativi) 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 da mettere a disposizione dell’utenza.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	E’ presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo è a disposizione dell’utenza.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	E’ evidente che l’organizzazione rivaluti periodicamente le informazioni contenute nella Carta dei Servizi e la qualità del materiale informativo a disposizione dell’utenza, nonché le modalità previste per la loro diffusione e distribuzione.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	4. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; 5. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	
2.1. PERCORSI ASSISTENZIALI: ELEGGIBILITA’ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso uno o più documenti riportanti: a. i criteri da seguire per l’eleggibilità dei pazienti ambulatoriali; b. i criteri per la valutazione iniziale multidisciplinare e multiprofessionale per l’identificazione dei bisogni del paziente ambulatoriale (mediante scale di valutazione riconosciute, validate e adottate dalla normativa nazionale e regionale), nonché per la corretta gestione di ciascun paziente, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze; c. procedure operative contestualizzate relative a percorsi differenziati per i pazienti ambulatoriali, che nella pianificazione dei trattamenti forniscano informazioni relative a: 1. valutazioni cliniche, ambientali e strumentali;		Doc	

	<ul style="list-style-type: none"> 2. valutazione e gestione del dolore; 3. la somministrazione dei medicinali; 4. interventi/trattamenti; 5. obiettivi/risultati attesi; 6. operatori coinvolti. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1. E' presente per ogni paziente trattato una cartella ambulatoriale dove è registrata tutta l'attività sanitaria erogata e vi è evidenza della tracciabilità dell'applicazione dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per l'eleggibilità, la valutazione iniziale, la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, la gestione del paziente ed i percorsi ambulatoriali; 2. Vengono attuate attività di promozione della salute in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione nell'applicazione: <ul style="list-style-type: none"> a. dei protocolli e delle procedure per la valutazione iniziale dei pazienti, dei criteri per l'eleggibilità e la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti ambulatoriali; b. dei trattamenti e delle procedure per la gestione del paziente ambulatoriale per le specifiche discipline; c. procedure operative contestualizzate relative ai percorsi differenziati dei pazienti ambulatoriali; 2. Vi è evidenza della periodica revisione e del periodico aggiornamento: <ul style="list-style-type: none"> a. dei protocolli e delle linee guida per la gestione del paziente ambulatoriale secondo la Medicina Basata sulle Evidenze; b. delle procedure operative contestualizzate relative ai percorsi differenziati dei pazienti ambulatoriali; 3. E' effettuata - per le prestazioni che lo richiedono (es. interventi di chirurgia ambulatoriale) – la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché la sorveglianza e il monitoraggio delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie). 		Doc	
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 adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi di presa in carico dei pazienti ambulatoriali; 		Doc	

	2. Vi è evidenza che le azioni adottate abbiano raggiunto gli obiettivi prefissati.			
2.2. PERCORSI ASSISTENZIALI: PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE) E FOLLOW-UP		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:</p> <p>a. protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei passaggi in cura e del <i>follow up</i> dei pazienti ambulatoriali) e procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up;</p> <p>b. protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali tra il servizio ambulatoriale e i servizi territoriali, i medici curanti, le strutture sanitarie, socio sanitarie/assistenziali e sociali coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente;</p> <p>c. programmi di educazione ed addestramento del paziente e dei familiari su tematiche che riguardano: le procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione.</p>		Doc	Nelle strutture in cui il requisito è applicabile, verificare anche l'esistenza e l'applicazione di procedure per notificare agli enti competenti l'eventuale riscontro di malattie infettive.
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vengono fornite ad ogni paziente informazioni riguardanti la preparazione ai trattamenti ed eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo a questi;</p> <p>2. La struttura ambulatoriale ha identificato i pazienti che necessitano di cure addizionali ed indirizzano i pazienti presso altri centri al fine di effettuare ulteriori valutazioni, trattamenti e follow-up;</p> <p>3. Sono pianificate rivalutazioni/controlli dei pazienti secondo tipologie e periodicità definite;</p> <p>4. Sono attuati i programmi di prosecuzione delle cure a domicilio, nonché quelli di educazione ed addestramento di pazienti e familiari e vi è l'evidenza dell'opportuna informazione del paziente sul proseguimento delle cure;</p> <p>5. Ai pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia ambulatoriale viene fornita specifica relazione clinica finale per il medico curante contenente:</p> <p>a. le informazioni relative alla gestione delle complicanze;</p> <p>b. i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli</p>		Doc	

	<p>terapeutici proposti ed eventuali riferimenti in caso di insorgenza di problematiche a domicilio;</p> <p>6. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione dei documenti di cui alla fase 1;</p> <p>2. E' documentata la rivalutazione dei bisogni e delle condizioni dei pazienti a intervalli basati sulle necessità del paziente, al fine di determinare il risultato delle cure, l'eventuale necessità di ulteriori servizi o la pianificazione del proseguimento della cura, la revisione del percorso assistenziale specifico quando viene rilevato (con registrazione delle attività di rivalutazione del paziente) un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente.</p>		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi per il monitoraggio del percorso assistenziale del paziente ambulatoriale e per la relativa continuità assistenziale (passaggio in cura), compreso il follow-up;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>		Doc	
2.3. PERCORSI ASSISTENZIALI: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito degli obiettivi per valutare la qualità della gestione del percorso ambulatoriale del paziente ed ha individuato degli indicatori chiave per valutare la performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza che l'attività venga svolta nel rispetto degli obiettivi previsti ed in conformità ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i>, in termini di monitoraggio dei tempi, dei contenuti e delle modalità per la presa in carico, la valutazione iniziale, il piano di trattamento e la continuità assistenziale;</p> <p>2. Vengono svolte indagini sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari sul percorso assistenziale del paziente ambulatoriale, nonché valutazioni della qualità di tale percorso;</p>		Doc	

	3. E' presente l'esito di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura/trattamento/assistenza.			
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza dell'aggiornamento, in termini di efficacia e di affidabilità, dei sistemi di misura degli esiti e della qualità dei percorsi di cura; 2. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave al fine di valutare la performance clinico-assistenziale/riabilitativa (tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore) e la qualità del percorso assistenziale (dalla presa in carico al follow-up).		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del percorso assistenziale del paziente ambulatoriale e del percorso di cura; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		Doc	
3. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso uno o più documenti che definiscono: a. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria e del registro operatorio (per i pazienti sottoposti a interventi di chirurgia ambulatoriale) nonché le relative modalità di controllo; b. la presenza di uno specifico campo, nel foglio ambulatoriale, dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) per la sicurezza dei pazienti nei trasferimenti nell'ambito di diversi <i>setting</i> assistenziali; c. gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione ambulatoriale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; d. i tempi di accesso/rilascio alla documentazione ambulatoriale; e. le modalità dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura.		Doc	

FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e che garantiscono la continuità assistenziale sono tracciati all'interno della documentazione ambulatoriale; 2. la comunicazione e l'invio della documentazione ambulatoriale ai professionisti all'interno del servizio e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile; 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; 4. Presenza di un documento/regolamento che definisca i tempi di accesso/rilascio della documentazione sanitaria. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione: <ol style="list-style-type: none"> a. della qualità della documentazione ambulatoriale; b. del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; c. del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione ambulatoriale. 		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 adottate specifiche azioni per il miglioramento: <ol style="list-style-type: none"> a. della qualità della documentazione ambulatoriale; b. della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione ambulatoriale, ivi compresa la loro integrità, nell'ambito della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione stessa; c. del rispetto dei tempi di accesso alla documentazione ambulatoriale. 2. Vi è evidenza che con le azioni adottate siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati. 		Doc	

FATTORE/CRITERIO 4 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza e 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 uno o più documenti (protocolli, linee guida, procedure) accessibili al personale, per l’individuazione di percorsi specifici per i pazienti ambulatoriali, formulati secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> .		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> Vi è evidenza della messa in atto dei documenti di cui alla Fase 1, definiti per l’individuazione di percorsi specifici per i pazienti ambulatoriali, per lo svolgimento delle attività più rilevanti per rischio, frequenza e costo, nonché per la gestione delle evenienze clinico-assistenziali più frequenti e di maggiore gravità; E’ documentabile l’implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; Il personale viene coinvolto nell’implementazione e nell’applicazione dei documenti sopraindicati, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: <ol style="list-style-type: none"> dell’appropriatezza delle prestazioni; dell’applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali; Vi è evidenza dello svolgimento sistematico di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze e con i protocolli e i percorsi di cura/assistenza definiti dall’organizzazione: i risultati dell’audit vengono comunicati al personale; I documenti di cui alla Fase 1 sono rivalutati e periodicamente aggiornati, sulla base delle evidenze cliniche disponibili. 		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	<ol style="list-style-type: none"> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità, nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento dell’approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell’appropriatezza delle prestazioni; Vi è evidenza che le azioni adottate abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		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 definito formalizzato e diffuso il piano annuale di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) basato sulle attuali conoscenze scientifiche, sulle linee guida della pratica comunemente accettate (ad esempio linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida), sulla legislazione e la normativa vigenti in materia e sugli standard di igiene e pulizia pubblicati da enti locali o nazionali. Il programma prevede lo stanziamento di risorse adeguate, l'uso di dispositivi e di tecniche di precauzione, l'utilizzo di procedure di isolamento, le misure di barriera, l'igiene delle mani, le attività di sorveglianza microbiologica, di sanificazione, di disinfezione e di sterilizzazione, lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti e prevede la definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza; 2. E' stato formalizzato ed è presente un piano annuale per la gestione del rischio sanitario, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi: il piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e prevede la definizione di obiettivi specifici misurabili; 3. L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti; 4. E' presente un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; 5. L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze e per la gestione delle emergenze sanitarie; 6. È presente una valida e idonea copertura assicurativa 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 (pubblicazione sul sito internet della struttura). 		Doc	

<p>FASE 2 IMPLEMENTAZIONE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono stati messi in sicurezza i processi relativamente ai seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. la prevenzione e la riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria; b. le cadute dei pazienti; c. la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico; d. l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste in ambito ambulatoriale; e. la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività ambulatoriali; f. la corretta gestione del paziente chirurgico e della fase post chirurgica; g. la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio e per l'erogazione di prestazioni ad alto rischio; h. la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura; i. la gestione dei processi relativi alle procedure invasive e all'inserzione del catetere venoso centrale; j. la gestione dell'uso del sangue ed emoderivati; k. la somministrazione dell'anestesia e della sedazione da parte di personale qualificato; l. la somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica; m. la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio; n. la check-list di sala operatoria/ambulatorio di procedure invasive. 2. Vi è evidenza della messa in atto: <ol style="list-style-type: none"> a. del piano annuale aziendale per la gestione del rischio sanitario; b. del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (con identificazione delle procedure e dei processi associati al rischio di infezione); c. del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; 		<p>Doc</p>	
--	---	--	------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria in merito all'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati; 4. La somministrazione dell'anestesia/sedazione pianificata, gestita da personale qualificato, è documentata e registrata per ogni paziente; 5. Vi è evidenza dell'adozione di una valida e idonea copertura assicurativa (con pubblicazione sul sito internet della struttura) o di altra analoga misura. 			
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria; 2. Viene monitorato e valutato almeno annualmente, in termini di efficacia, il piano aziendale per la gestione del rischio, in relazione alle attività realizzate, agli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, alle aree e ai processi a rischio individuati, nonché agli obiettivi per la sicurezza e ai risultati raggiunti; 3. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione periodica delle aree di rischio dell'organizzazione, incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; 4. Vi è evidenza della continua validità della copertura assicurativa. 		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 adottate specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		Doc	
3. PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITA' DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella; b. la raccolta dei dati attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES), di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24; c. l'applicazione, la conoscenza e la diffusione delle raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico come previsto dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2012; 		Doc	

	<p>d. modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna e la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;</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. 			
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, attraverso le metodologie di analisi disponibili in letterature (root cause analysis, audit clinico, significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza, con il coinvolgimento multiprofessionale degli operatori e la predisposizione di piani d'azione e relativi indicatori di monitoraggio; 3. Vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza (ad es. check-list operatoria e la Scheda unica di terapia), nonché dell'attuazione delle previsioni del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e degli eventi avversi; 4. È documentabile l'attività del Risk manager. 		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella, nonché degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi (es.: check-list, ecc.); 2. I risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate vengono divulgati agli operatori almeno annualmente; 3. Vengono monitorati i piani di azione scaturiti dall'applicazione delle metodologie reattive e proattive di analisi dei rischi; 4. Vi è evidenza della continua attività del Risk manager. 		Doc	

FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'adozione di specifiche azioni per il controllo dei processi; 2. Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive adottate. 		Doc	
4. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico, nonché per la produzione e la diffusione di buone pratiche e per lo sviluppo di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche e del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi; 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica dell'implementazione di buone pratiche; 2. L'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e valuta il loro grado di partecipazione ai processi di gestione del rischio clinico. 		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 adottate specifiche azioni correttive e preventive; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		Doc	

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

“L’organizzazione deve curare 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 e approvati documenti che descrivono: 1. la struttura di governo dell’organizzazione (organigramma e funzionigramma); 2. 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.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza della diffusione dei documenti di cui alla fase 1 a tutta l’organizzazione, nonché dell’effettivo svolgimento delle attività previste dagli stessi; 2. 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	1. Vi è evidenza della revisione periodica dei documenti gestionali ed organizzativi predisposti, compresa la definizione delle relative responsabilità; 2. Vi è evidenza che l’organizzazione venga valutata, in termini di efficacia, periodicamente ed ogni volta che si presenti un cambiamento significativo nell’organizzazione stessa e nell’erogazione dei servizi della struttura.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi organizzativi, nonché 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	1. L’organizzazione ha formalizzato e diffuso: a. un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che comprenda la definizione delle competenze professionali per posizione e il loro monitoraggio, nonché la rilevazione dei fabbisogni formativi e la programmazione delle relative attività formative;		Doc	

	<p>b. le strategie per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, compresa la formazione e l'aggiornamento del personale sulle competenze professionali specifiche e, nonché la formazione e l'addestramento sull'introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative e sulle competenze relazionali (es. lavoro in team, comunicazione, ecc.);</p> <p>2. L'organizzazione ha definito e formalizzato un programma per il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari, prevedendo un dossier formativo per singolo operatore.</p>			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza dell'attuazione del piano di formazione, aggiornamento e addestramento diffuso;</p> <p>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;</p> <p>3. Vi è evidenza della condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura.</p>		Doc	
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'	<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 programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;</p> <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.</p>		Doc	
3. INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <p>a. un piano che definisce le modalità di valutazione delle qualifiche dei neo-inseriti e della loro idoneità al ruolo, nonché le modalità per accogliere ed affiancare/addestrare il nuovo personale - neo assunto/trasferito;</p> <p>b. un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno.</p>		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraindicati.		Doc	

FASE 3 MONITORAGGIO	<p>Vi è evidenza che l'organizzazione monitori periodicamente l'efficacia dei programmi di orientamento e inserimento (accoglienza, affiancamento/addestramento) del nuovo personale neo assunto/trasferito.</p>		<p>Doc</p>	
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 dei programmi di orientamento ed inserimento dei nuovi addetti; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti i risultati desiderati. 		<p>Doc</p>	

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 dell’organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti eticamente fondati, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”.

1. PROGETTI DI MIGLIORAMENTO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 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 include: <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; 2. Esiste, a livello aziendale, un processo per valutare le aree prioritarie di intervento, per le quali sono stati anche formalizzati specifici piani d'azione ed individuati i relativi indicatori di miglioramento della qualità. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della messa in atto: <ol 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; 2. I piani d'azione sono caratterizzati almeno dai seguenti elementi: <ol 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 risultati e degli esiti ottenuti in termini di rispetto degli obiettivi prefissati; 		Doc	

	<ol style="list-style-type: none"> I risultati legati alla qualità delle prestazioni e agli esiti sono comunicati al personale e ai cittadini e vengono messi a disposizione degli utenti; Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei programmi di educazione e formazione sui temi legati alla qualità e al suo miglioramento. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate sono state individuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità in ambito organizzativo-gestionale; Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		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 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>È presente 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	<ol style="list-style-type: none"> 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; 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. 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. 		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	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché individuate ed implementate specifiche		Doc	

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	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.			
3. ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE TECNICO-PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha adottato e diffuso le procedure per la rilevazione dei fabbisogni, comprese le innovazioni tecnico-professionali ed organizzative.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	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'	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 nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”.

1. MODALITA' DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA CHE FAVORISCONO LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1.L'organizzazione ha formalizzato una procedura che descriva: 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: - obiettivi - performance - esiti e programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	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 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 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 Famiglia		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	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 l'informazione in forma scritta a pazienti e familiari (con presa visione) sulle precauzioni da adottare per prevenire le infezioni correlate all'assistenza.		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; 2. Viene monitorata e valutata la soddisfazione degli utenti in relazione alle informazioni fornite dall'organizzazione.		Doc	
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 FAMILIARI/CAREGIVER		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso una o più procedure per l'acquisizione del consenso informato, quando previsto e per l'informazione partecipata degli utenti (anche minori) sui seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. diritti e responsabilità; b. ascolto, educazione e coinvolgimento dei pazienti al processo di cura; c. rischi e benefici del trattamento o indagine proposta e alternative disponibili; d. promozione della salute in relazione alle maggiori patologie trattate; e. acquisizione del consenso informato. 		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza della messa in atto delle procedure di cui alla fase 1;</p> <p>2. E' presente, all'interno dell'organizzazione, 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.</p>		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver attuati;</p> <p>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.</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:</p> <ul 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; <p>2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti i risultati desiderati.</p>		Doc	
5. MODALITA' DI ASCOLTO DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul 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 dei pazienti e dei familiari (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.. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	
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; 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. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 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 i risultati desiderati. 		<p style="text-align: center;">Doc</p>	

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 DELLE ATTIVITA’		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L’organizzazione ha formalizzato: a. una procedura in cui sono definite le modalità e i comportamenti da adottare per migliorare l’accessibilità e l’accoglienza dei pazienti, compreso il rispetto della privacy durante l’esecuzione delle prestazioni; b. un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.		Doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dell’attuazione della procedura per l’accoglienza dei pazienti, che tenga conto anche delle diversità sociali e culturali, nonché per l’accesso agevolato alle prestazioni; 2. Vi è evidenza dell’implementazione degli interventi di cui alla fase 1 e della semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un’informazione tempestiva e trasparente.		Doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio – mediante forme di valutazione e di rilevazione del gradimento - dell’efficacia delle iniziative orientate a migliorare l’accessibilità e l’accoglienza dei pazienti.		Doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per migliorare l’accessibilità e l’accoglienza degli utenti; 2. Vi è evidenza che con le azioni intraprese siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati.		Doc	