

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

**OSPEDALE DI COMUNITA'**

Tutti i requisiti del presente documento rispettano la struttura già impiegata per gli altri manuali di accreditamento e sono divisi, pertanto, 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.).

- **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 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.

## INDICE DEI REQUISITI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
<b>FATTORE/CRITERIO 1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</li> <li>2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali</li> <li>3. Definizione delle responsabilità</li> <li>4. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</li> <li>5. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</li> <li>6. Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</li> <li>2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti</li> <li>3. Continuità assistenziale</li> <li>4. Monitoraggio e valutazione</li> <li>5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)</li> <li>2. Dotazione tecnologica e gestione della manutenzione</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</li> <li>2. Inserimento e addestramento di nuovo personale</li> <li>3. Valutazione del personale</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori</li> <li>2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione</li> <li>3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver</li> <li>4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali</li> <li>5. Modalità di ascolto delle persone assistite</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</li> <li>2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure</li> <li>3. Programma per la gestione del rischio clinico</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 7</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progetti di miglioramento</li> <li>2. Adozione di iniziative di innovazione</li> </ol>	
<b>FATTORE/CRITERIO 8</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programmi per l'umanizzazione delle cure</li> </ol>	

## FATTORE/CRITERIO 1

Attuazione di un Sistema di gestione di servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto "fornisce garanzie di buona qualità dell'assistenza sanitaria e sociale, 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
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione definisce in un piano triennale generale in cui vengono individuati, in coerenza con la normativa e le indicazioni regionali di riferimento, gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure che intende garantire, il modello organizzativo funzionale e operativo dell'Ospedale di Comunità (OdC), raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con MMG e PLS, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, gli Infermieri di Famiglia o Comunità, la Centrale Operativa Territoriale (COT), la rete di emergenza-urgenza.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto della modalità di programmazione, pianificazione e organizzazione delle attività di assistenza indicata nella Fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio (almeno triennale) dei seguenti aspetti: a) pianificazione; b) programmazione; c) organizzazione.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato sono state apportate azioni correttive e vi è evidenza che tali azioni abbiano raggiunto i risultati attesi.			
2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali individuate dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio; b) sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali/ospedalieri per il raggiungimento di obiettivi strategici e organizzativi.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	L'organizzazione attua specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti/cittadini, all'interno delle reti assistenziali			

	integrate, sviluppando relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	L'organizzazione valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e quanto attuato ed effettua una raccolta dati sul raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali.			
<b>3. Definizione delle responsabilità</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'Organizzazione:</p> <p>a) definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;</p> <p>b) dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;</p> <p>c) definisce, formalizza, approva e diffonde nell'organizzazione documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili, insieme ai relativi criteri di valutazione;</p> <p>d) elabora e adotta un regolamento del personale.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	<p>Vi è evidenza che tutta l'organizzazione conosca la struttura di governo, con particolare riferimento ai responsabili, ai loro sostituti e alle rispettive competenze. Vi è evidenza che per ogni lavoratore impiegato per lo svolgimento dei servizi:</p> <p>a) vengano applicati i contratti di lavoro e i relativi accordi integrativi (rispetto delle norme relative all'assicurazione del personale contro gli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione involontaria, all'invalidità, alla vecchiaia, ecc.);</p> <p>b) sia stato predisposto e venga tenuto – presso la sede operativa – un fascicolo contenente: dati anagrafici, qualifica di assunzione, estremi delle posizioni assicurative e previdenziali, orario di lavoro</p>			

	<p>settimanale, contratto di lavoro o di collaborazione e dossier formativo;</p> <p>c) dell'elaborazione e dell'adozione di un regolamento del personale.</p>			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	<p>Vi è evidenza che periodicamente (ed ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura) venga effettuata una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega.</p>			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			
<b>4. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>a) L'Ospedale di Comunità (OdC), coerentemente con quanto previsto nei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, deve dotarsi di un apposito flusso informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere all'alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.</p> <p>b) I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale, nominativa, individuale, integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La cartella clinica (preferibilmente informatizzata) deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la richiesta di inserimento in Ospedale di Comunità;</li> <li>- la scheda di valutazione definita al momento dell'ingresso in struttura ed alla dimissione;</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il documento riportante l'accettazione delle condizioni di permanenza in struttura, il consenso informato ed il consenso al trattamento dei dati personali;</li> <li>- il diario medico;</li> <li>- il diario infermieristico;</li> <li>- le richieste/referti/esami di laboratorio;</li> <li>- la scheda di rilevazione dei parametri;</li> <li>- la terapia farmacologica in corso e successivi aggiornamenti;</li> <li>- la lettera di dimissione con diagnosi di dimissione e valutazione mediante schede e scale validate.</li> </ul> <p>c) L'OdC deve assicurare la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle prestazioni erogate.</p> <p>d) L'OdC deve garantire la consegna della copia della documentazione sanitaria, alla persona assistita o a chi ne ha diritto, nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali.</p> <p>e) L'Organizzazione garantisce la tempestività e continuità nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nonché l'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”).</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato sono state apportate azioni correttive e vi è evidenza che tali azioni abbiano raggiunto i risultati attesi.			
<b>5. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali. Gli indicatori di monitoraggio riguardano:			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso di ricovero della popolazione &gt;75 anni;</li> <li>- Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC;</li> <li>- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;</li> <li>- Degenza media in OdC;</li> <li>- Degenza oltre le 6 settimane (o n° di outlier-valori anomali);</li> <li>- Numero pazienti provenienti dal domicilio;</li> <li>- Numero pazienti provenienti da ospedali.</li> </ul>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	L'organizzazione monitora e relaziona annualmente in merito alle attività previste nella fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi degli indicatori.			
<b>6. Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione ha definito procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la raccolta e l'analisi dei disservizi;</li> <li>- la relativa comunicazione verso l'esterno;</li> <li>- la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.</li> </ul> <p>L'organizzazione ha previsto la 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).</p> <p>Vi è evidenza dell'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.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	L'organizzazione monitora e relaziona annualmente in merito alle attività previste nella fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi degli indicatori.			

## FATTORE/CRITERIO 2

*Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto "È 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 sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini"*

1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) eroga le prestazioni in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 (recepito con DGR n. 1120 del 26 settembre 2022) e dalla DGR n. 1609 del 22 dicembre 2022;</p> <p>b) definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, il target/tipologia dei pazienti, le modalità erogative, le modalità di accesso e di attivazione dell'assistenza e la gestione delle urgenze. La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità;</p> <p>c) aggiorna la Carta dei servizi periodicamente e ogni qual volta intervengano modifiche nell'erogazione dei servizi.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	<p>La Carta dei servizi è stata redatta, approvata e diffusa, anche attraverso sistemi informatici (sito web ad esempio), secondo le procedure esistenti e il materiale informativo è a disposizione dell'utenza.</p>			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	<p>L'organizzazione rivaluta periodicamente (almeno annualmente) le informazioni contenute nella Carta dei servizi e nell'eventuale ulteriore materiale informativo a disposizione dell'utenza.</p> <p>Tali documenti vengono diffusi e distribuiti con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.</p>			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>			
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI

<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) assicura la presa in carico dei pazienti nell'assistenza integrata adottando strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale (preferibilmente informatizzata) dei bisogni e la gestione clinico-assistenziale-riabilitativa dei pazienti;</p> <p>b) garantisce che la responsabilità clinica è in coerenza con quanto stabilito al punto e) dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 (recepito con DGR n. 1120 del 26 settembre 2022);</p> <p>c) garantisce che, per ciascun paziente, il piano assistenziale sia puntualmente aggiornato dall'équipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni e che siano coinvolti tutti gli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel piano assistenziale;</p> <p>d) garantisce che il piano assistenziale contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;</li> <li>- l'identificazione degli obiettivi di salute;</li> <li>- la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare;</li> <li>- l'indicazione delle figure professionali coinvolte e il referente del caso;</li> </ul> <p>e) garantisce gli aggiornamenti dei piani assistenziali effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni; garantisce la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionali e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa in coordinamento con la COT;</p> <p>f) adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;</p> <p>g) adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	<p>Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.</p>			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	<p>Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.</p>			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.</p>			

3. Continuità assistenziale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare;</p> <p>b) assicura la prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su varie tematiche (procedure di emergenza, uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, guida alla nutrizione e interazioni tra cibo e medicinali, ecc);</p> <p>c) garantisce gli standard organizzativi e clinico assistenziali secondo quanto previsto dal D.M. 77 del 23 maggio 2022 e dalla DGR n. 1609 del 22 dicembre 2022;</p> <p>d) individua un Referente del caso per la persona assistita, per i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale; il nominativo del Referente è riportato nella cartella clinica infermieristica;</p> <p>e) garantisce, in particolare con riferimento a dimissioni protette, che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nella cartella clinico infermieristica;</li> <li>- la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.</li> </ul>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			
4. Monitoraggio e valutazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione:			

	<p>a) effettua l'analisi di eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;</p> <p>b) si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei MMG/PLS, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;</p> <p>c) mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;</p> <p>d) adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalla Regione;</p> <p>e) adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;</p> <p>f) effettua periodicamente (almeno una volta all'anno) una valutazione dell'andamento del sistema di gestione per la qualità e di tutti i suoi servizi, includendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la revisione periodica degli obiettivi e dei bisogni del cittadino;</li> <li>- il monitoraggio delle performance attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori;</li> <li>- i cambiamenti da apportare alle risorse umane e tecnologiche;</li> <li>- l'analisi della soddisfazione del paziente/cittadino;</li> <li>- l'analisi dei reclami;</li> <li>- l'analisi delle risultanze derivanti dall'esecuzione di audit interni sul sistema di gestione e sui processi;</li> <li>- l'analisi dei risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni;</li> <li>- lo stato delle azioni correttive e preventive.</li> </ul>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio, coerente con le tempistiche definite nella Fase 1, e vi sia evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità.			

<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.			
<b>5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; b) analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive; c) formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e degli esiti dei controlli disposti sui seguenti aspetti: a) qualità della documentazione sanitaria; b) rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione sanitaria; c) rispetto della politica della privacy e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione sanitaria.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.			

### FATTORE/CRITERIO 3

Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto "L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature: è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse".

1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) dispone di una struttura dotata dei requisiti generali e strutturali per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività come da normativa nazionale;</p> <p>b) assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;</p> <p>c) dà evidenza di una pianificazione del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;</p> <p>d) dispone di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio;</p> <p>e) ha effettuato un'analisi degli infortuni degli ultimi 2 anni evidenziando le azioni correttive intraprese.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto dei requisiti indicati nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	<p>Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti:</p> <p>a) gestione aree a rischio;</p> <p>b) formazione (effettuata e da effettuare) in materia di sicurezza ambienti di lavoro.</p>			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			
2. Dotazione tecnologica e gestione della manutenzione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) dispone di una struttura dotata dei requisiti generali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività come da normativa nazionale e regionale;</p>			

	<p>b) ha definito una procedura per l'inventariazione e la presa in carico di tutte le attrezzature utilizzate (comprese quelle elettromedicali), con il relativo programma di gestione e manutenzione (straordinaria e preventiva), in ottemperanza alle normative vigenti;</p> <p>c) garantisce il periodico monitoraggio dell'efficacia del programma di gestione delle infrastrutture e delle attrezzature sanitarie in relazione al livello di cure da svolgere;</p> <p>d) garantisce l'attività di pianificazione e di inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura o delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro;</p> <p>e) verifica l'esistenza di attrezzature essenziali e funzionanti per il primo soccorso BLS/PBLS, con relative procedure e linee guida professionali scritte per la gestione delle emergenze dei pazienti in corso di degenza.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto dei requisiti e delle azioni indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>			

## FATTORE/CRITERIO 4

Competenze del personale, per assicurare il possesso, l'acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto "L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".

1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione; b) garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione della attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale; c) cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione).			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza (anche nel fascicolo/dossier individuale) della partecipazione del personale (dipendente e non) alle attività programmate di formazione/aggiornamento e addestramento, dell'individuazione di un responsabile della formazione e del piano di formazione.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza della valutazione (almeno annuale): - dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento; - della soddisfazione del personale.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della programmazione della formazione e della relativa verifica. E' evidente che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Inserimento e addestramento di nuovo personale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale; b) formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti; c) adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;			

	d) prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraindicati.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del monitoraggio periodico (tramite la valutazione e l'autovalutazione) dell'efficacia dei programmi di orientamento/inserimento del nuovo personale, neo assunto/trasferito.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
<b>3. Valutazione del personale</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione elabora un piano di valutazione periodica (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto dei piani e delle attività indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico (almeno annuale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

## FATTORE/CRITERIO 5

Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alle scelte del trattamento, in quanto "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, per favorire la partecipazione degli operatori		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto dei meccanismi operativi e delle azioni indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; b) facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle indagini e valutazioni indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver; b) definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle procedure da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (iniezioni, cadute, ecc.) sulla			

	somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
<b>4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale; b) garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; c) garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del PAI, condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il MMG o PLS; d) mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle modalità operative indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
<b>5. Modalità di ascolto delle persone assistite</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare; b) acquisisce il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in			

	<p>conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall'Azienda di riferimento;</p> <p>c) prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer Satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e degli strumenti indicati nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

## FATTORE/CRITERIO 6

Appropriatezza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "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
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della Evidence Based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito;</p> <p>b) ha definito, formalizzato e diffuso procedure per l'elaborazione del PAI;</p> <p>c) garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza dell'applicazione di tutti gli aspetti indicati nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prevenzione e gestione delle lesioni da pressione;</li> <li>- prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione;</li> <li>- prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio);</li> <li>- somministrazione delle terapie farmacologiche;</li> <li>- somministrazione della terapia trasfusionale;</li> <li>- valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale;</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione dei cateteri vescicali, stomie, sondini nasogastrici e cateteri venosi;</li> <li>- valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;</li> </ul> <p>b) garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);</p> <p>c) predispone procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalla COT.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico (almeno triennale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
<b>3. Programma per la gestione del rischio clinico</b>		<b>RISPOSTA</b>	<b>EVIDENZA</b>	<b>OSSERVAZIONI</b>
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) elabora, sulla base della valutazione del rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Piano annuale di sicurezza delle cure e per la gestione del rischio clinico, che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio;</li> <li>- il Piano annuale per le emergenze sanitarie;</li> <li>- il Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate (ICA);</li> </ul> <p>b) definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico;</p> <p>c) si dota di 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;</p> <p>d) ha definito, formalizzato e diffuso:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: <i>near miss</i>, eventi avversi ed eventi sentinella;</li> <li>- la modalità di raccolta dei dati attraverso i relativi debiti informativi nazionali, di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24;</li> <li>- 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;</li> <li>- le 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.</li> </ul> <p>e) dà evidenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- dell'individuazione della figura del risk Manager con formazione specifica.</li> </ul>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	<p>Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la valutazione del rischio e per la sicurezza di operatori, ospiti e ambiente del documento di cui alla fase 1.</p> <p>Vi è evidenza della copertura assicurativa e del suo aggiornamento.</p>			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	<p>Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p>			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono intraprese azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			

## FATTORE/CRITERIO 7

*Processi di miglioramento ed innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili in quanto "Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzazione esprimono la capacità dell'organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili".*

1. Progetti di miglioramento		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori.			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della formalizzazione del piano di miglioramento della qualità e della sicurezza (o altro documento di individuazione delle aree prioritarie di intervento in tale ambito) e della condivisione con il personale, il quale dovrà essere educato e formato sui temi legati alla qualità.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza della revisione periodica (almeno annuale) dei documenti di programmazione sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di settore o portatori di interesse. Vi è evidenza che il personale e i pazienti possono disporre in qualsiasi momento dei risultati del monitoraggio per conoscere la qualità delle prestazioni.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati del monitoraggio della qualità delle prestazioni vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive di miglioramento dell'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Adozione di iniziative di innovazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	L'organizzazione: a) ha formalizzato procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria dell'Health Technolgy Assessment (HTA),			

	<p>predisponendo strumenti adeguati che consentono di acquisire e utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'équipe curante;</p> <p>b) ha definito procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative, prevedendo anche il coinvolgimento del personale.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza della messa a disposizione degli strumenti di cui alla fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza della continua innovazione e miglioramento nell'uso degli strumenti di cui alla fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

## FATTORE/CRITERIO 8

Umanizzazione, al fine di 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, in quanto "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 delle cure		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<b>FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</b>	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/<i>caregiver</i> nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione);</p> <p>b) attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;</p> <p>c) vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali;</p> <p>d) garantisce la presenza di aree dedicate al confort del personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori;</p> <p>e) garantisce il rispetto della privacy durante le prestazioni.</p>			
<b>FASE 2: IMPLEMENTAZIONE</b>	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
<b>FASE 3: MONITORAGGIO</b>	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
<b>FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			