

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

**NC** PRESCRIZIONI MASSIMO A 6 MESI  
**NC** PRESCRIZIONI MASSIMO A 3 MESI  
**NOP** NO PRESCRIZIONE (in presenza di NOP la struttura non è accreditabile)

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

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

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

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

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 1.1.1. presenza del Piano Strategico, che contiene obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | documento programmatico, aggiornato almeno ogni 3 anni, datato e firmato dal legale rappresentante. Deve contenere almeno: mission, vision e valori dell'organizzazione, politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità.<br><b>NC</b> |

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
| 1.1.2. presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;        | I   | T.0  | documento/scheda di budget contenente obiettivi di attività e qualità da raggiungere nel corso dell'anno, condiviso/comunicato con il personale attraverso incontro specifico verbalizzato<br>NC |
| 1.1.3. presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali;  | II  | T.0 | T.0. | presenza dei report di verifica periodica degli obiettivi (es. verbale di riesame della direzione)<br>NC   |
| 1.1.4 l'organizzazione individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione | III | T.1  | presenza di documenti con la definizione di eventuali azioni correttive basate sulla priorità di intervento<br>NC  |
| 1.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | T.2  | evidenza di eventuali verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto<br>NC  |
| 1.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati   | IV  | T.2  | evidenza di eventuali verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC                                       |

| Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali   |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
| <b>Obiettivo: Dare piena attuazione alla centralità del paziente promuovendo la cooperazione, migliorando la qualità e sicurezza delle cure, rafforzando l'innovazione, la ricerca e la sorveglianza epidemiologica.</b><br><b>L'integrazione consente di accrescere le competenze, condividere le informazioni, le buone pratiche e l'expertise ed ottimizzare l'uso delle risorse</b>  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 1.2.1. l'organizzazione partecipa a protocolli integrati interaziendali delle reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);   | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | evidenza di documenti che definiscono le modalità di integrazione con la rete dell'emergenza/urgenza<br><b>nc</b><br>nota: per le strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie presenza di documento interno per l'attivazione del 112/ SET (servizio emergenza territoriale 118)   |
| 1.2.2. l'organizzazione partecipa a protocolli per l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semi residenzialità, Hospice, rete del dolore, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie; | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | presenza di documenti formalizzati (protocolli, procedure) che descrivono i collegamenti funzionali e il funzionamento delle reti assistenziali<br><b>nc</b><br>nota: per le strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere evidenza di un documento di continuità dell'assistenza (es. valutazione UVI, accesso UMEE, DSM, Dipendenze Patologiche) |

|   |     |     |      |     |     |     |     |     |     |      |      |   |
|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|---|
| 1.2.3. l'organizzazione garantisce per il paziente adulto e pediatrico che vengano rispettate le norme in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (registrazione del dolore, terapia e monitoraggio presso tutte le UO presenti nell'azienda); | II  | T.0 | N.A. | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A. | N.A. | evidenza della procedura di gestione del dolore ed evidenze dell'applicazione (schede rilevazione e rivalutazione dolore)<br>NC   |
| 1.2.4. l'organizzazione partecipa a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.   | III | T.1 | N.A. | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | N.A. | N.A. | evidenza di accordi, rapporti, convenzioni protocolli, in progetti regionali che prevedano la partecipazione della struttura (se disponibili per i servizi in gestione della struttura)<br>NC   |
| 1.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate necessarie alla partecipazione alle reti per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;  | IV  | T.2 | N.A. | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | N.A. | N.A. | evidenza di documento (es. verbale di verifica) che riporti il piano delle eventuali azioni di miglioramento<br>NC  |
| 1.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | T.2 | N.A. | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | N.A. | N.A. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati (piano di monitoraggio e valutazione dei dati)<br>NC |

| Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità   |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
| Obiettivo: Garantire che siano stati definiti i ruoli, le responsabilità e i canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 1.3.1. presenza nella struttura sanitaria di documenti che:<br>a. descrivano i processi;<br>b. individuino le relative responsabilità clinico-organizzative;<br>c. indichino i criteri per la valutazione dei dirigenti;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A   | <p>presenza di documenti aggiornati e firmati, pubblicati sul sito aziendale (D. Lgs 33/2013 amministrazione trasparente per il pubblico) in cui sono esplicitati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organigramma</li> <li>- definizione delle responsabilità assegnate (es. matrice delle responsabilità)</li> <li>- i principali processi clinico-assistenziali / organizzativi gestiti</li> </ul> <p><b>NC</b></p> <p>nota: la valutazione del punto c. deve essere effettuata in itinere e se il processo valutativo non è espressamente normato da contratti collettivi o da sottoscrizione di contratti individuali, deve essere collegata alle relative responsabilità</p> |
| 1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura:<br>a. dell'organizzazione;<br>b. delle responsabilità;<br>c. del sistema di delega; | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A   | <p>evidenza di documenti che garantiscano la tracciabilità delle revisioni periodiche, programmate e non, dei processi nell'organizzazione o nell'erogazione dei servizi (cronologia delle revisioni o verbali delle revisioni dei documenti)</p> <p><b>NC</b></p>   |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---|
| 1.3.3. l'organizzazione, in seguito a rivalutazione periodica, individua le priorità e mette in atto specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione; | III | T.1 | N.A. | evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento da mettere in atto<br>NC<br><i>nota: la rivalutazione periodica deve avere cadenza almeno annuale (es. riesame della direzione)</i> |
| 1.3.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni;  | IV  | T.2 | N.A. | evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto<br>NC   |
| 1.3.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | T.2 | N.A. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC  |

| Requisito 1.4: Modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
| Obiettivo: Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché il diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa. |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |  |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| <p>1.4.1. presenza nella struttura sanitaria di sistemi informativi che consentano: a. tracciatura dei dati sanitari; b. supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia</p>                     | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | <p>documentazione che espliciti:<br/> - dati informativi raccolti in relazione all'attività svolta, (es. cartella socio sanitaria, PAI, valutazioni stato della persona multidisciplinari)<br/> - fabbisogno informativo rilevato e funzionale ai bisogni della propria organizzazione (es. numero accessi/ricoveri),<br/> - debito informativo atto a soddisfare il flusso con Regione e Ministero applicabili:<br/> <b>a) extraospedaliere diurne e residenziali</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Area Anziani = RUD/FAR_RUG – File R</li> <li>2. SIMES</li> <li>2. Disabili = File R</li> <li>3. Salute mentale = SISM e File R</li> <li>4. Dipendenze patologiche = File R (X i SERT il SIND)</li> <li>5 Area Adulti = Hospice e File R</li> <li>6. Minori = File R</li> <li>7. Assistenza Riabilitativa, residenziale e semi-residenziale, Prestazioni di riabilitazione territoriale ex art. 34 DPCM 12 gennaio 2017 = SIAR</li> </ol> <p>Modelli Ministeriali da compilare:<br/> STS11, STS14 per chi ha apparecchiature previste nel modello (escluse le strutture per minori);<br/> STS24 strutture residenziali e semiresidenziali (escluse le strutture per dipendenze patologiche);</p> |

|   |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|   |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     | <p>RIA11 strutture di riabilitazione per quanto riguarda l'assistenza ex art 26.</p> <p><b>b) strutture ospedaliere</b><br/> SDO = ricoveri ospedalieri;<br/> SIMES = eventi sentinella e rischio clinico;<br/> EMUR 118 = centrale 118;<br/> EMUR PS = Pronto Soccorso;<br/> FLUSSO F = Flusso Diretta (Ospedaliera);<br/> File C la parte ospedaliera (flusso attività ospedaliera);</p> <p>Modelli Ministeriali da compilare:<br/> HSP11;<br/> HSP11 bis;<br/> HSP12;<br/> HSP13;<br/> HSP14;<br/> HSP22 bis;<br/> HSP24;<br/> <b>NC</b></p> |
| 1.4.2. presenza di un sistema implementato, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), che garantisca:<br>a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;<br>b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi | I | T.0 | <p>D. Lgs 33/2013 evidenza documentale per la gestione delle liste d'attesa (procedura, regolamento, carta dei servizi)<br/> <b>NC</b></p> <p><i>nota: non applicabile nel privato non convenzionato</i></p>  |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;  | II  | T.0 | evidenza di una procedura che dimostri la rispondenza al requisito (es. procedura richiesta prestazioni sanitarie e relativa tracciabilità della documentazione)<br><b>NC</b><br>nota: <i>non applicabile nel privato non convenzionato;</i><br><i>si applica dove presenti prestazioni sanitarie soggette a prenotazioni</i> |
| 1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.   | III | T.1 | presenza di un documento che espliciti le modalità con cui vengono effettuate le valutazioni di qualità delle informazioni e dei dati: es. report di ritorno sulla qualità dei flussi...<br><b>NC</b><br>nota: <i>verificare il punto 1.4.2 non applicabile nel privato non convenzionato</i>                                 |
| 1.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate; con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2                          | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle eventuali azioni di miglioramento<br><b>NC</b>  |
| 1.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2 | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b>   |

| Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
| Obiettivo: Contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione.   |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca:<br>a. strumenti;<br>b. modalità;<br>c. tempi;<br>d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo;<br>e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti); | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza della formalizzazione e diffusione del Piano della Qualità;<br><br>evidenza della effettuazione di audit, della raccolta e gestione dei reclami, della somministrazione dei questionari di gradimento all'utenza<br><b>NC</b>   |
| 1.5.2. assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | formalizzazione della nomina del Responsabile della Qualità ovvero processo di attribuzione di delega formale per la valutazione della qualità delle prestazioni/servizi<br><b>NC</b>  |
| 1.5.3. impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review;   | I    | T.0                   | T.0.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | - verifiche specifiche quali ad es. controlli di qualità/verifiche esterne di qualità e/o audit clinico<br>- report di audit clinico<br>- verifica a campione di protocolli, PDTA aderenti a LL.GG. (validati e completi di bibliografia)<br>- mortality & morbidity review (se i dati sono disponibili);<br><b>NC</b> |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 1.5.4. esiste una documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto;   | II  | T.0 | presenza di un documento (Piano della Qualità) che definisce:<br>- gli obiettivi di qualità<br>- la modalità di valutazione dei risultati (indicatori)<br><b>NC</b>  |
| 1.5.5. esistono procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza) | II  | T.0 | evidenza di una modalità di condivisione della reportistica (es. riunioni e relativo verbale con esplicitazione delle azioni di miglioramento, delle responsabilità e dei tempi, pubblicazione dei risultati sul sito aziendale o altro metodo)<br><b>NC</b> |
| 1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione  | II  | T.0 | verifica a campione di almeno un verbale vedi 1.5.3<br><b>nc</b>   |
| 1.5.7. l'organizzazione utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance;   | III | T.1 | verbale/nota relativa alle modifiche da apportare all'organizzazione vedi 1.5.3<br><b>NC</b>   |
| 1.5.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto<br><b>NC</b>   |
| 1.5.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b>  |

**Requisito 1.6: Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi**

**Obiettivo:** Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) che l'organizzazione sia in grado di gestire correttamente il disservizio al fine di contribuire a salvaguardare l'efficacia, l'efficienza e l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e del servizio che eroga.

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 1.6.1. l'organizzazione ha definito procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza della procedura per la raccolta dei disservizi e tracciabilità per la predisposizione dei relativi piani di miglioramento (obiettivi, indicatori, tempi di attuazione e verifica, responsabilità)<br>NC                           |
| 1.6.2. l'organizzazione effettua attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente); con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza dell'analisi dei principali processi al fine di verificare i possibili disservizi (es. analisi interna dei dati e questionari di verifica ecc.)<br>NC<br><i>nota: con l'apporto delle associazioni per le strutture pubbliche</i> |
| 1.6.3. l'organizzazione effettua il monitoraggio delle azioni di miglioramento;  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il monitoraggio delle azioni di miglioramento<br>NC   |
| 1.6.4. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini;  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza di una procedura di comunicazione esterna alimentata anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami<br>NC   |

|  |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
|--|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 1.6.5. l'organizzazione effettua l'analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi | III | T.1  | evidenza dell'analisi dei dati raccolti (es.verifica della frequenza, delle tipologie dei disservizi dell'organizzazione,...)<br>NC              |
| 1.6.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | T.2. | evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle eventuali azioni di miglioramento<br>NC                                      |
| 1.6.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | T.2. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

## 2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI

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

| Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati   |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
| Obiettivo: Fornire al cittadino, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti utenti al fine di tutelarne i diritti. |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |  |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 2.1.1. presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa:<br>a. le tipologie di prestazioni di servizio;<br>b. i volumi di prestazioni;<br>c. le modalità erogative;<br>d. gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini;<br>e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza di carta dei servizi, materiale informativo almeno in 2 lingue (italiano ed inglese)<br><b>NC</b><br>nota: applicabile alle strutture sociosanitarie in base alla tipologia degli utenti ed alla relativa analisi dei bisogni |
| 2.1.2. l'organizzazione ha definito le modalità di diffusione della Carta dei Servizi;   | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza che indica le modalità adottate<br><b>NC</b>  |
| 2.1.3. periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi;   | III  | T.1                   | T.1                     | T.1  | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1   | T.1   | verificare l'aggiornamento (almeno ogni 3 anni)<br><b>NC</b>   |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 2.1.4. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio;                                | III | T.1 | presenza di un verbale di valutazione dei risultati e dei principali indicatori, condivisione con gli operatori e stakeholder<br><b>NC</b>              |
| 2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;                          | IV  | T.2 | presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese<br><b>NC</b>   |
| 2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b> |

### Requisito 2.2: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

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

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 2.2.1. formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  | evidenza di PDTA/percorso clinico assistenziale/PAI/procedura che contenga almeno le modalità di accesso, selezione dei casi, modalità assistenziali, di dimissione, di trasferimento e presa in carico da altre strutture / verso altre strutture<br><b>NC</b><br><i>nota: per la medicina di laboratorio, diagnostica per immagini e strutture ambulatoriali private, procedura che contenga almeno le modalità di accesso e il percorso di presa in carico</i> |

|  |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
| <p>2.2.2. presenza/ adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con:<br/>a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici;<br/>b. lo stato nutrizionale e funzionale;<br/>c. valutazione del dolore;<br/>d. modalità e strumenti per la promozione della salute</p> | I  | T.0 | N.A. | <p>verifica della presenza dei sotto-requisiti a, b, c, d in relazione alla tipologia di struttura<br/><b>NC</b></p>   |
| <p>2.2.3. definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;</p>   | I  | T.0 | N.A. | <p>documento con evidenza delle responsabilità che gestiscono le singole attività (es. matrice delle responsabilità/fuzionigramma)<br/><b>NOP</b></p>  |
| <p>2.2.4. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione farmacologica;</p>  | II | T.0 | N.A. | <p>evidenza di documenti per determinare la tracciabilità (ad esempio: registro/scheda di valutazione/cartella clinica/cartella sanitaria personale/cartella ambulatoriale, scheda unica di terapia ...)<br/><b>NOP</b><br/>nota: <i>riconciliazione farmacologica dove previsto</i></p> |
| <p>2.2.5. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;</p>  | II | T.0 | N.A. | <p>evidenza di lettera di dimissione/scheda di collegamento/documentazione ambulatoriale, referto<br/><b>NOP</b></p>   |
| <p>2.2.6. verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario</p>  | II | T.0 | N.A. | <p>formazione specifica su protocolli, report presenza del personale alla formazione con evidenza dei test di apprendimento;<br/>eventuale intervista a campione del personale in servizio sulla conoscenza di procedure e protocolli<br/><b>NC</b></p>                                  |

|   |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |  |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|--|
| 2.2.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento dei progetti; | III | T.1  | T.1 | T.1  | T.1 | T.1  | T.1 | T.1  | T.1 | N.A. | evidenza di verbali di incontri per la condivisione dei dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori<br>NC                                   |
| 2.2.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | T.2  | T.2 | T.2  | T.2 | T.2  | T.2 | T.2  | T.2 | N.A. | presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese<br>NC   |
| 2.2.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.                           | IV  | T.2. | T.2 | T.2. | T.2 | T.2. | T.2 | T.2. | T.2 | N.A. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

**Requisito 2.3: Continuità assistenziale**

**Obiettivo: Identificare le responsabilità, i criteri e le modalità che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione; definire adeguate modalità di comunicazione che garantiscono il trasferimento delle informazioni all'interno della struttura e tra questa e le organizzazioni esterne al fine di assicurare un efficace e sicuro trasferimento.**

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 2.3.1. l'organizzazione definisce le responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza   | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | evidenza della attribuzione formale di responsabilità (organigramma e funzionigramma)<br>NC  |
| 2.3.2. l'organizzazione formalizza e mette in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up); | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | presentazione dei turni di servizio del personale, presenza di procedure per il trasferimento, la dimissione, documentazione di controlli post-ricovero<br>NC  |
| 2.3.3. adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure  | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | evidenza di lettera di dimissione, di procedure di dimissione protetta, di un PDTA di continuità ospedale – territorio<br>NC   |
| 2.3.4. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;  | I    | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | evidenza di protocolli di ricovero, procedure di presa in carico dei pazienti, protocollo per il trasporto sanitario sicuro, procedura per il trasferimento di informazioni (passaggio di consegne, trasferimenti, processi di dimissione)<br>NC |
| 2.3.5 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;  | II   | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  | come sopra (hand-over)<br>NC   |

|  |     |     |      |     |     |     |     |     |     |      |      |   |
|--|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|---|
| 2.3.6. adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti; | II  | T.0 | N.A. | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A. | N.A. | verificare la presenza di una procedura di gestione della documentazione sanitaria, definizione degli indicatori di monitoraggio<br><b>NOF</b>          |
| 2.3.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento delle procedure;   | III | T.1 | N.A. | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | N.A. | N.A. | Verbale di analisi dei risultati e definizione delle eventuali azioni di miglioramento; diffusione del verbale<br><b>NC</b>                             |
| 2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | T.2 | N.A. | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | N.A. | N.A. | presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese<br><b>NC</b>   |
| 2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | T.2 | N.A. | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | N.A. | N.A. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b> |

#### Requisito 2.4: Il monitoraggio e la valutazione

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

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 2.4.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | Definizione di indicatori e monitoraggio. Registre e analisi delle non conformità<br><b>NC</b> |

|  |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
|--|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| 2.4.2. valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso; | I   | T.0  | T.0. | T.0  | presenza di verbali di audit con evidenza della lista di distribuzione (es. mailing list)<br>NC   |
| 2.4.3. valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;   | I   | T.0  | evidenza documentale di indagine e valutazione della customer satisfaction<br>NC  |
| 2.4.4. evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestatisi durante l'episodio di cura;  | I   | T.0  | evidenza di verbali, report, ecc...<br>NC   |
| 2.4.5. presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;  | I   | T.0  | presenza del report ed evidenza della diffusione agli operatori<br>NC   |
| 2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;   | II  | T.0  | documento per la definizione delle modalità di coinvolgimento e di informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta<br>NC |
| 2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate  | III | T.1. | analisi dei dati dei monitoraggi e definizione degli interventi di miglioramento relativi alla qualità dei percorsi assistenziali<br>NC               |
| 2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | T.2  | evidenza di verbali di audit, indicatori, relativo alla qualità dei percorsi assistenziali<br>NC  |

|   |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|

**Requisito 2.5: Modalità di gestione della documentazione sanitaria.**

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di:<br>a. redazione;<br>b. aggiornamento;<br>c. conservazione;<br>d. verifica e modalità di controllo; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | procedura per la redazione e gestione della documentazione<br>NOP   |
| 2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | procedura per la gestione della documentazione clinica con i requisiti richiesti in base alla tipologia di struttura<br>NOP |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| trasferimenti di setting assistenziali;   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 2.5.3. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;   | I   | T.0 | presenza del registro dei trattamenti<br>NC  |
| 2.5.4. formalizzazione e messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; | II  | T.0 | procedura per la gestione della documentazione che ne regolamenti l'accesso e la tenuta<br>NC  |
| 2.5.5. predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria  | II  | T.0 | presenza di documento/regolamento di accesso agli atti<br>NC   |
| 2.5.6. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario;   | III | T.1 | presenza di check list (es. CVPS, verbale di riesame)<br>NC  |
| 2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | T.2 | presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese<br>NC   |
| 2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

### 3° Criterio: ASPETTI STRUTTURALI

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

| Requisito 3.1: L'idoneità all'uso delle strutture  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |   |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
| Obiettivo: Garantire che una organizzazione sanitaria sia on grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura a tal fine è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volti a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza. |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |   |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 3.1.1. evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;              | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza del piano delle manutenzioni e degli investimenti a bilancio<br>NO   |
| 3.1.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza di documento di valutazione dei rischi (esempio: DVR) e/o altro specifico documento che evidenzi i rischi di origine ambientale e di gestione delle infrastrutture<br>NO |
| 3.1.3. presenza e formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | vedi esempio contenuto nell'evidenza<br>NO  |

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| della struttura che fornisca i dati relativi agli incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi ed alla gestione della sicurezza; |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 3.1.4. formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro;   | II  | T.0 | Evidenza di effettuazione di corsi sulla sicurezza, evidenza della partecipazione del personale<br>NOF   |
| 3.1.5. presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;   | III | T.1 | evidenza del documento dei piani di eventuali azioni di miglioramento in relazione ai risultati del monitoraggio<br>NC                           |
| 3.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | T.2 | Evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 3.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

| Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
| Obiettivo: Garantire il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature biomedicali in uso all'interno della struttura. Assicurare l'esistenza di un inventario delle attrezzature, di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature in uso, articolato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi, la formazione del personale sull'utilizzo, la manutenzione e le procedure di dismissione. |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 3.2.1. evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza di un inventario (auspicabilmente informatizzato), contenente, per ciascuna attrezzatura utilizzata, tutte le informazioni anagrafiche e tecniche di interesse<br><b>NC</b>  |
| 3.2.2. presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza manuali d'uso in italiano a corredo di ciascuna attrezzatura, facilmente rintracciabili<br><b>NOF</b>  |
| 3.2.3. esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso ai diversi livelli operativi;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza di un piano documentato e aggiornato per la manutenzione preventiva, per le verifiche di sicurezza elettrica e controlli funzionali, che tenga conto del rischio, della criticità e della funzione di ogni singola apparecchiatura;<br>presenza nel piano delle modalità di attivazione per la manutenzione straordinaria;<br>evidenza della diffusione a tutti i livelli operativi;<br><b>NOF</b> |
| 3.2.4 documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza, per ciascuna attrezzatura, di un "fascicolo macchina" contenente tutte le evidenze documentali inerenti l'intero ciclo di vita, dalla verifica di conformità alla dismissione (compresi i rapporti tecnici delle attività di manutenzione effettuate<br><b>NOF</b>  |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 3.2.5. presenza di programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore. | III | T.1 | evidenze documentali inerenti le attività di formazione all'uso delle attrezzature, eseguite in fase di prima messa in uso e, laddove necessario, anche durante il ciclo di vita delle tecnologie con re-training periodici<br>NC |
| 3.2.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle ispezioni effettuate  | IV  | T.2 | evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento individuate<br>NC   |
| 3.2.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati  | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC  |

#### 4° Criterio: COMPETENZE DEL PERSONALE

❖ Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

❖ Requisito 4.2: l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

| Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
| Obiettivo: Garantire al personale la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali degli operatori sanitari e le competenze corrispondano ai bisogni dei pazienti sia inizialmente che a distanza di tempo                        |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 4.1.1. individuazione di un responsabile per la formazione;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza formale attribuzione della funzione<br>NC  |
| 4.1.2. presenza di un piano di formazione che preveda la definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza della presenza del piano annuale della formazione pertinente al settore di attività';<br>il monitoraggio va effettuato anche sulla formazione di professionisti interni con incarico di responsabilità all'interno della struttura<br>NC   |
| 4.1.3 valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale ed eventuale miglioramento degli stessi se necessario   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza della verifica dell'efficacia (modifica nel tempo dei comportamenti) nel piano della formazione e/o programma nel sistema ECM regione Marche dell'individuazione di almeno un corso che preveda la valutazione dell'impatto nell'organizzazione;<br>evidenza di elaborazione dei dati risultanti dai questionari di gradimento dei corsi e dei docenti<br>NC |

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

**Requisito 4.2: L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale**

**Obiettivo: Strutturare all'interno dell'organizzazione, nel caso di nuove assunzioni, di trasferimenti o cambiamenti di mansioni, un percorso per l'inserimento di nuovi addetti che garantisca la conoscenza non solo dell'organizzazione interna, ma anche dei percorsi, delle risorse e delle opportunità territoriali disponibili nel settore di competenza**

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 4.2.1. l'organizzazione pianifica e programma, per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, le attività di:<br>a. accoglienza;<br>b. affiancamento / addestramento; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza di un documento formalizzato di accoglienza/affiancamento e addestramento del nuovo personale (neo assunto/neo inserito/volontario) aziendale e di singolo settore<br><b>NC</b> |
| 4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un processo per valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza del documento formalizzato di valutazione del neo assunto/inserito<br><b>NC</b>   |
| 4.2.3. adozione e messa in atto di un piano di formazione sul rischio clinico ed occupazionale, per i neo assunti, entro il 1° anno.  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza della presenza del piano sul rischio clinico e sulla sicurezza per gli operatori ed evidenza della formazione effettuata<br><b>NOP</b>  |
| 4.2.4. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti;  | III  | T.1                   | T.1                     | T.1   | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1   | T.1   | evidenza del ritorno delle schede di valutazione alla direzione e relativa valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento<br><b>NC</b>   |
| 4.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;  | IV   | T.2                   | T.2                     | T.2   | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2   | T.2   | evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento<br><b>NC</b>   |
| 4.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | T.2                   | T.2                     | T.2   | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2   | T.2   | evidenza di verbali/documenti che attestano il monitoraggio delle eventuali azioni intraprese e che hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b>             |

## 5° Criterio: COMUNICAZIONE

**Requisito 5.1: modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori**

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

**Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori**

**Obiettivo: Definire i processi di comunicazioni interna in grado di garantire che i principi, gli obiettivi e le modalità organizzative che la struttura pianifica siano condivise per assicurare il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.**

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|--|
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |  |
| 5.1.1. definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | presenza del piano della comunicazione interna datato e firmato ed evidenza di documentazione attestante la circolazione e diffusione delle informazioni previste (es. verbali con firma di presa visione degli interessati, mailing list, cartella interna condivisa, intranet o circolari con protocollo)<br><b>NC</b> |
| 5.1.2. definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza nel piano della comunicazione o nella procedura relativa alla comunicazione interna delle modalità di trasmissione della documentazione/reportistica;<br><b>NC</b>  |
| 5.1.3. presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;   | II   | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza di trasmissione della documentazione/reportistica come da piano/procedura della comunicazione (vedi 5.1.1); es: portale, verbale di riunioni, email aziendale...<br><b>NC</b>   |

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario | III | T.1 | <p>evidenza di sistemi efficaci di diffusione della comunicazione interna a tutto il personale per la condivisione delle informazioni (es: mail aziendale personale con conferma di lettura, piattaforme social condivise, briefing, riunioni, mediante la somministrazione di questionari).</p> <p>presenza di un report di valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione adottato e definizione di eventuali azioni correttive.</p> <p>NC</p> |
| 5.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito di valutazione;                            | IV  | T.2 | <p>evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento.</p> <p>NC</p>   |
| 5.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.                            | IV  | T.2 | <p>evidenza di verbali/documenti che attestano il monitoraggio delle eventuali azioni intraprese e che hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati</p> <p>NC</p>  |

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

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

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

| <b>Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai <i>caregiver</i>, ai fiduciari</b>  |      |                       |                         |  |      |      |      |      |       |       |      |   |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|------|------|------|------|-------|-------|------|---|
| <b>Obiettivo: Fornire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato, ai pazienti, ai <i>caregiver</i>, ai fiduciari le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza tra i pazienti, i familiari e la struttura.</b> |      |                       |                         |  |      |      |      |      |       |       |      |   |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |      |      |      |      | TERME | STUDI |      |   |
|  |      |                       |                         | A  | B    | C    | D    | E    |       |       |      |   |
| 5.3.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0   | T.0   | T.0  | carta dei Servizi aggiornata redatta ad esempio con il Comitato di Partecipazione, condivisa con portatori di interesse attraverso pubblicazione sul sito per eventuali contributi (art. 12 - Legge Regionale (Marche) 8 agosto 2022, n. 19)<br><b>NC</b> |
| 5.3.2. predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0   | T.0   | T.0  | evidenza di opuscoli, brochure, Guida dei Servizi almeno in 2 lingue (italiano/inglese)<br><b>NC</b><br>nota: applicabile alle strutture sociosanitarie in base alla tipologia degli utenti ed alla relativa analisi dei bisogni                          |
| 5.3.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e <i>caregiver</i>   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0   | T.0   | T.0  | evidenza di procedura aggiornata almeno ogni 3 anni<br><b>NC</b>  |
| 5.3.4. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: donazione di organi e tessuti;  | II   | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | N.A.  | N.A.  | N.A. | ove applicabile evidenza di procedura aggiornata almeno ogni 3 anni<br><b>NC</b>  |
| 5.3.5. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza   | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0  | T.0   | T.0   | T.0  | evidenza documentazione informativa (es. poster, brochure, cartellonistica informativa, sito web, email, sul lavaggio delle mani)<br><b>NC</b>  |
| 5.3.6. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: elementi di tutela nella  | II   | T.0                   | T.0                     | N.A.   | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  | N.A. | evidenza di procedura aggiornata rispondente alla normativa vigente (ove applicabile)<br><b>nc</b>  |

|   |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| partecipazione a ricerche cliniche.   |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
| 5.3.7. La Direzione individua criticità nelle modalità di comunicazione con pazienti e suoi familiari | III | T.1. | evidenza della raccolta dati mediante questionario o altro analogo strumento (es. segnalazioni da utenti);<br>eventuali definizioni di azioni di miglioramento individuate con definizione di indicatori e standard<br>NC |
| 5.3.8 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;                             | IV  | T.2  | evidenza di verbali / documenti che attestano che le eventuali azioni siano state intraprese<br>NC  |
| 5.3.9 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.    | IV  | T.2  | evidenza di verbali, riesame che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati prefissati<br>NC   |

| Requisito 5.4: Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |     |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-----|--|
| Obiettivo: Stabilire, anche con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, una relazione con i pazienti, i caregiver e fiduciari al fine di promuovere una partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari/caregiver/fiduciari nei processi sanitari che lo interessano. |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |     |  |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |     |  |
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |     |  |
| 5.4.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | T.0 | evidenza di documentazione formalizzata, interviste a pazienti e/o familiari<br>NC |

|  |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
|--|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| 5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;                       | I   | T.0  | presenza di procedura per l'informazione e l'acquisizione del consenso informato (LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219)<br>nota: <i>evidenza a campione di almeno un consenso acquisito</i><br>NC                         |
| 5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e personale;                              | II  | T.0  | evidenza di momenti di condivisione sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e personale (verbale di riunioni e/o evidenza di corsi di formazione)<br>NC         |
| 5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e miglioramento degli stessi se necessario; | III | T.1  | evidenza di attività periodica di valutazione attraverso interviste/questionari /verbali di riesame;<br>eventuali definizioni di azioni di miglioramento individuate con definizione di indicatori e standard<br>NC |
| 5.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione  | IV  | T.2. | evidenza di verbali / documenti che attestano che le eventuali azioni siano state intraprese<br>NC  |
| 5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | T.2. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC  |

**Requisito 5.5: Modalità di ascolto dei pazienti**

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 5.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | Presenza di una procedura per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti<br>NC   |
| 5.5.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e di strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | Documento allegato alla procedura di cui sopra<br>NC  |
| 5.5.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | Presenza e messa in atto di una procedura di customer satisfaction<br>NC  |
| 5.5.4. formazione del personale a contatto con il pubblico su comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza all'interno del piano della formazione/registro formazione di specifico corso<br>NC  |
| 5.5.5. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati della valutazione della soddisfazione e della esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate | III  | T.1                   | T.1                     | T.1   | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1   | T.1   | evidenza di un documento attestante l'elaborazione dei dati, verbali degli incontri con il personale con indicazione delle azioni di miglioramento/monitoraggio dei tempi di risposta ai recami<br>NC |

|   |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 5.5.6. diffusione delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale | III | T.1  | evidenza sul sito web aziendale o altro documento diffuso di un report annuale sulla customer satisfaction<br>NC                                 |
| 5.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni;                    | IV  | T.2. | presenza di report e relative azioni di eventuali miglioramento individuate<br>NC  |
| 5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.                       | IV  | T.2. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

## 6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

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

| Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
| Obiettivo: Le organizzazioni mettono in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali.   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |   |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della medicina basata sulle evidenze (evidence based medicine); | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza formale della implementazione dei PDTA/procedure/percorsi di presa in carico per le tipologie di pazienti/condizioni cliniche maggiormente prevalenti nella struttura a livello ospedaliero e territoriale. Applicabilità delle raccomandazioni ministeriali e delle buone pratiche<br><b>NC</b> |
| 6.1.2. accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | disponibilità, per gli operatori, di sistemi che facilitino la consultazione ed archiviazione interna di regolamenti, linee guida, protocolli istruzioni operative.<br>nota: <i>intervista al personale</i><br><b>NOP</b>   |
| 6.1.3. aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   | evidenza formale della periodicità di aggiornamento (vedi gestione della documentazione) delle documentazioni del punto 6.1.2, da parte delle singole articolazioni organizzative, validata a livello aziendale.<br><b>NOP</b>  |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 6.1.4. coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati; | II  | T.0 | evidenza formale delle iniziative di formazione oppure evidenza formale del coinvolgimento degli operatori in riunioni specifiche per la condivisione di protocolli/linee guida/istruzioni operative<br>NC   |
| 6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario   | III | T.1 | evidenza formale delle attività di Governo Clinico (es. Verbali SEA, Audit Clinico, Morbidity & Mortality Review, ecc) delle singole articolazioni organizzative (es. assegnazione di specifici Obiettivi di budget su Audit clinico). Evidenza formale di rapporti di audit, ed eventuali piani di miglioramento correlati agli indicatori pre-definiti<br>NC |
| 6.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;  | IV  | T.2 | presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 6.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC   |

| Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |         |       |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|---------|-------|---|
| Obiettivo: Adozione da parte della direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e della sicurezza. |      |                       |                         |   |     |     |     |     |         |       |   |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERMINE | STUDI |   |
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |         |       |   |
| 6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente,   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0     | T.0   | evidenza di un piano di gestione del rischio sanitario orientato alla sicurezza di operatori , pazienti e ambiente<br><b>NOP</b>  |
| 6.2.2. esistenza di un piano aziendale che esplicita prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0     | T.0   | presenza nell'atto di cui al punto 6.2.1 relativo al rischio clinico delle azioni finalizzate alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA);<br><b>NOP</b>  |
| 6.2.3. esistenza di un piano aziendale con definizione di ruoli, responsabilità, risorse impiegate, piano di monitoraggio, verifiche e formazione                                 | II   | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0     | T.0   | adozione di atti formali relativi alla esplicitazione degli organigrammi e funzionigrammi per rischio clinico e rischio ambientale/operatori, nonché della programmazione delle relative iniziative di formazione.<br><b>NC</b> |
| 6.2.4. sono state individuate nel piano aziendale le priorità di intervento<br>Il piano è condiviso con gli operatori   | III  | T.1                   | T.1                     | T.1   | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1     | T.1   | documento, condiviso con gli operatori, contenente le priorità di intervento individuate.<br><b>NC</b>  |
| 6.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento nei piani di monitoraggio   | IV   | T.2                   | T.2                     | T.2   | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2     | T.2   | presenza di report e relative eventuali azioni di miglioramento individuate<br><b>NC</b>  |
| 6.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | T.2                   | T.2                     | T.2   | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2     | T.2   | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>(NC)</b>   |

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

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

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERM E | STUDI |  |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|--------|-------|--|
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |        |       |  |
| 6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: Mancato infortunio (near miss), eventi avversi ed eventi sentinella;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | adozione procedura di Incident Reporting.<br>nota: per gli studi: vedi registrazione non conformità<br><b>NOP</b>  |
| 6.3.2. partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;   | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | evidenza delle credenziali per la segnalazione di eventi nel flusso SIMES<br><b>NOP</b>  |
| 6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (es. Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. Safety walkround); | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | evidenza di analisi degli eventi segnalati (almeno attraverso SEA).<br>Evidenza dell'attività proattiva effettuata (almeno sulle Raccomandazioni Ministeriali).<br><b>NC</b>                               |
| 6.3.4. presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;   | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | Presenza di piani/procedure di azione di miglioramento con definizioni degli indicatori di monitoraggio<br><b>NC</b>   |
| 6.3.5. applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed altri strumenti per la sicurezza;  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | evidenza formale di implementazione relativa alle buone pratiche finalizzata al contenimento del rischio clinico (almeno per le raccomandazioni Ministeriali implementabili nella struttura)<br><b>NOP</b> |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 6.3.6 definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi; | III | T.1 | evidenza formale di una procedura con cui vengono delineati i ruoli e responsabilità nell'ambito della comunicazione dell'evento avverso ai pazienti o a chi ne ha titolo<br>NC |
| 6.3.7. presenza di un Piano di formazione;  | III | T.1 | adozione formale del piano di formazione annuale per il rischio clinico conforme alla normativa vigente<br>NC   |
| 6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi attraverso l'analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA, <i>Failure Mode and Effect. Analysis</i> ) almeno 1 FMEA per anno);   | III | T.1 | evidenza della adozione di un piano sistematico annuale delle attività pro-attive (almeno una FMEA per anno)<br>NC  |
| 6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;   | IV  | T.2 | presenza di report e relative ed eventuali azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC                                |

| Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |        |       |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|--------|-------|--|
| Obiettivo: Evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza                       |      |                       |                         |  |     |     |     |     |        |       |  |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERM E | STUDI |  |
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |        |       |  |
| 6.4.1. sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | N.A.  | se individuate, evidenza dell'implementazione di soluzioni innovative, dove disponibili e sostenibili in ambiti specifici di attività; note: <i>Per le strutture pubbliche, eventuale invio all'osservatorio buone pratiche dell'Agenas delle procedure innovative.</i><br>NC  |
| 6.4.2. produzione e diffusione di buone pratiche;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | N.A.  | evidenza della produzione e diffusione delle buone pratiche aggiornate (es: presenza di procedure/protocolli di applicazione raccomandazioni ministeriali pertinenti alla struttura)<br>NC   |
| 6.4.3. garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;                                       | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | N.A.  | verifica possesso requisiti di legge relativi a rivestire funzioni di responsabilità nell'Area Rischio in ambito sanitario (comma 540, Legge 28 dicembre 2015, n. 208; art. 16 Legge 8 marzo 2017, n. 24)<br>NC  |
| 6.4.4. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico | III  | T.1                   | T.1                     | T.1  | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1    | N.A.  | coinvolgimento delle associazioni/familiari degli utenti anche attraverso i comitati di partecipazione ove presenti almeno per gli atti di programmazione e rendicontazione delle azioni annuali del rischio clinico, produzione verbali a seguito di incontri o progetti; nota: <i>per le strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie pubblicazione dei dati sul sito istituzionale</i><br>NC |
| 6.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV   | T.2                   | T.2                     | T.2  | T.2 | T.2 | T.2 | T.2 | T.2    | N.A.  | presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate<br>NC  |

|   |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
| 6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | T.2 | N.A. | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|

## 7° Criterio: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

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

| Requisito 7.1: Progetti di miglioramento  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |        |       |     |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|--------|-------|-----|---|
| Obiettivo: Garantire lo sviluppo di una cultura ed un programma per il miglioramento delle prestazioni  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |        |       |     |   |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERM E | STUDI |     |   |
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |        |       |     |   |
| 7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | T.0 | presenza di documento Piano Aziendale della Qualità<br>NC   |
| 7.1.2. valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori;                                  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | T.0 | presenza nel documento di cui al punto 7.1.1 della definizione degli indicatori, modalità di misurazione e valutazione<br>NC      |
| 7.1.3. comunicazione periodica delle informazioni,  | II   | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0    | T.0   | T.0 | evidenza della diffusione periodica del monitoraggio dei dati (es. riunioni, controllo di gestione, pubblicazione sul sito)<br>NC |

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 7.1.4. formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare; | III | T.1 | presenza di formazione specifica sul miglioramento della qualità riferibile alle prestazioni erogate<br>NC                                       |
| 7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;   | IV  | T.2 | presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 7.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati   | IV  | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |

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

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERMINE | STUDI |  |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|---------|-------|--|
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |         |       |  |
| 7.2.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione. | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0     | T.0   | presenza di procedure/documento aziendale di valutazione finalizzata alla selezione, acquisizione e allocazione delle tecnologie (es. elenco delle tecnologie necessarie, caratteristiche principali, area di utilizzo e funzione specifica all'interno della struttura)<br>NC |

|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |   |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---|
| 7.2.2. vi è evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione                    | II  | T.0 | N.A. | evidenza attestante le evidenze relative il punto 7.2.1<br><b>nc</b>  |
| 7.2.3. diffusione delle procedure per la valutazione delle tecnologie                                    | III | T.1 | N.A. | evidenza della diffusione della documentazione relativa al punto 7.2.1 (es. elenco diffuso per mezzo di circolare all'interno della struttura)<br><b>NC</b> |
| 7.2.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione | IV  | T.2  | presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate<br><b>NC</b>  |
| 7.2.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.      | IV  | T.2  | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br><b>NC</b>     |

### Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

**Obiettivo: Contribuire allo sviluppo delle iniziative innovative attraverso la ricerca e adozione di pratiche cliniche e organizzative previa valutazione delle implicazioni cliniche, economiche ed organizzative.**

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERMINE | STUDI |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|---------|-------|---|
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |         |       |   |
| 7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0     | T.0   | evidenza di documentazione/istruzione operativa/modulistica per la proposta di acquisizione di innovazioni tecnologiche o organizzative (es.: presidi, dispositivi, tecnologie). Qualora venga effettuata attività di didattica e ricerca, presenza di un piano per l'integrazione assistenza/didattica/ricerca<br><b>nc</b><br>IRCCS e AOU – attività istituzionale<br><b>NC</b> |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative; | I   | T.0 | evidenza di documentazione attestante la presenza dei professionisti coinvolti nei processi di adozione delle innovazioni tecnico-professionali<br>nc                      |
| 7.3.3. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca;   | II  | T.0 | qualora venga effettuata attività di didattica e ricerca, sviluppo di modalità di integrazione assistenza didattica/ricerca;<br>IRCCS e AOU – attività istituzionale<br>NC |
| 7.3.4. monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;                        | III | T.1 | vedi punto 7.3.1 evidenza di documentazione che definisca le modalità di sviluppo<br>nc<br>IRCCS e AOU – attività istituzionale<br>NC                                      |
| 7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;                 | IV  | T.2 | presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.                   | IV  | T.2 | evidenza di eventuali verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC                           |

8° Criterio: UMANIZZAZIONE

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

| Requisito 8.1: Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |   |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|---|
| Obiettivo: Garantire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato, (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15) le modalità ed i contenuti per realizzare concretamente la "centralità del paziente" nelle attività assistenziali.  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |   |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |   |
|   |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |   |
| 8.1.1. pianificazione delle attività assistenziali/organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0.  | evidenza di un documento della direzione che definisca un piano per lo sviluppo di attività orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza dell'utente. oppure presenza di un programma che preveda la formazione degli operatori e l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare; documento che attesti le modalità di attivazione di mediatori culturali.<br><b>nc</b><br>nota: applicabile alle strutture sociosanitarie in base alla tipologia degli utenti ed alla relativa analisi dei bisogni |

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ai ritmi fisiologici della persona);  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie"); | I   | T.0 | presenza di specifici corsi nel piano annuale di formazione sul counselling<br>nc  |
| 8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;  | I   | T.0 | presenza di documentazione attestante la modalità di lavoro informazione e coinvolgimento della persona assistita ove applicabile (valutazione delle condizioni dell'assistito fisiche e mentali)<br>nc  |
| 8.1.4. presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti;                           | II  | T.0 | presenza di procedure amministrative semplificate (es. procedura informatizzata di accettazione / ricovero, ritiro documentazione sanitaria, ecc...), per l'accesso alle prestazioni assistenziale e alla documentazione sanitaria con la definizione di modalità e tempi.<br>nc |
| 8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.  | III | T.1 | presenza di documento (ove applicabile)<br>nc  |

|   |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 8.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate                           | IV | T.2 | presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate<br>NC  |
| 8.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | T.2 | evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati<br>NC |