



5. CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

Strutture di cui all'art. 7 comma 1, lettera a) b) c) d) e comma 2:

- *che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti*
- *ospedaliero ed extra-ospedaliero che erogano prestazioni in regime ambulatoriale*
- *sanitarie extra-ospedaliero intensive e estensive, socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente*
- *stabilimenti termali*
- *studi odontoiatrici, altri studi medici o di altre professioni sanitarie, etc.*

❖ *Per gli ambulatori che fanno capo alle strutture ospedaliere nelle tabelle successive si deve far riferimento alle evidenze delle strutture ospedaliere.*

✓
PD

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
1.1.2. presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
1.1.3. presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0.





1.1.4 l'organizzazione individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
1.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
1.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

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

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
1.2.1. l'organizzazione partecipa a protocolli integrati interaziendali delle reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);	I	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.
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.

16^{se} DIC. 2019
delibera
1572



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	N.A.	N.A.
1.2.4. l'organizzazione partecipa a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	III	T.1	N.A.	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	N.A.
1.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate necessarie alla partecipazione alla rete per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.
1.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.

Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità

Obiettivo: Garantire che siano stati definiti i ruoli, le responsabilità e i canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
1.3.1. presenza nella struttura sanitaria di documenti che: a. descrivano i processi; b. individuino le relative responsabilità clinico-organizzative; c. indichino i criteri per la valutazione dei dirigenti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.

1572
seduta del
16 DIC. 2019



1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura: a. dell'organizzazione; b. delle responsabilità; c. del sistema di delega;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A
1.3.3. l'organizzazione, in seguito a rivalutazione periodica, individua le priorità e mette in atto specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.
1.3.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A
1.3.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A

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 SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
1.4.1. presenza nella struttura sanitaria di sistemi informativi che consentano: a. tracciatura dei dati sanitari; b. supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0

16 DIC. 2019
delibera
1572



ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia										
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: a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
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	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
1.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

seduta del
16 DIC. 2019
delibera
1572



Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Obiettivo: Contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca: a. strumenti; b. modalità; c. tempi; d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
1.5.4. esiste una documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
1.5.5. esistono procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza);	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0

16 DIC. 2019
1572
delibera



1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
1.5.7. l'organizzazione utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
1.5.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
1.5.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIO SANITARIE					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
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
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
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

16 DIC. 2019
1572
archivio



1.6.5. l'organizzazione effettua l'analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
1.6.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.
1.6.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.	T.2.

2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI

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

Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati										
Obiettivo: Fornire al cittadino, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti utenti al fine di tutelarne i diritti.										
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
2.1.1. presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: a. le tipologie di prestazioni di servizio; b. i volumi di prestazioni; c. le modalità erogative; d. gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
2.1.4. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1



2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIOSANITARIE					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.
2.2.2. presenza/adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici; b. lo stato nutrizionale e funzionale; c. valutazione del dolore; d. modalità e strumenti per la promozione della salute;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
2.2.3. definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
2.2.4. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione farmacologica;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
2.2.5. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
2.2.6. verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.

6^a del
D.C. 2019
delibera
1572



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.
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.
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.

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 SOCIO SANITARIE					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.
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.
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.
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.
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.



2.3.6. adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti;	II	T.0	N.A.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.	N.A.
2.3.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento delle procedure;	III	T.1	N.A.	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.	N.A.
2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.
2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	N.A.	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	N.A.

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
2.4.2. valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.4.3. valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0

16 DIC. 2019
seduta del
delibera
1572



2.4.4. evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestatisi durante l'episodio di cura;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento; c. conservazione; d. verifica e modalità di controllo;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0



2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.5.3. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.5.5. predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
2.5.6. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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

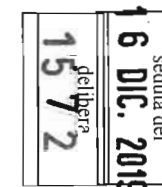
Obiettivo: Garantire che una organizzazione sanitaria sia in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura a tal fine è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volti a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere 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
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
3.1.3. presenza e formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità 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;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
3.1.4. formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE





3.1.5. presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
3.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
3.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature

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

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					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
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
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
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

16 DIC. 2019
1572
delibera



3.2.5. presenza di programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore.	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
3.2.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle ispezioni effettuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
3.2.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

6⁵ DIC. 2019
delibera
1572

❖ **Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**❖ **Requisito 4.2: l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale****Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica****Obiettivo: Garantire al personale la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali degli operatori sanitari e le competenze corrispondano ai bisogni dei pazienti sia inizialmente che a distanza di tempo**

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
4.1.1. individuazione di un responsabile per la formazione;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
4.1.4. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
4.1.5. condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
4.1.6. verifica dell'utilizzo di enti formativi con i requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1





4.1.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
4.1.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
4.2.1. l'organizzazione pianifica e programma, per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, le attività di: a. accoglienza; b. affiancamento/addestramento;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
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
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
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

16 DIC. 2019
delibera
1572

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 SOCIOSANITARIE					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
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
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





5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
5.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito di valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
5.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIOSANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
5.2.2. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
5.2.3. identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
5.2.4 identificazione delle criticità e definizione delle priorità di intervento	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.
5.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'analisi;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.
5.2.6. 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	N.A.

16 DIC. 2019
sequenza del
delibera
1572



Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai *caregiver*, ai fiduciari

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

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
5.3.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
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.
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
5.3.6. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.	II	T.0	T.0	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
5.3.7 La Direzione individua criticità nelle modalità di comunicazione con pazienti e suoi familiari;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
5.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
5.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

16 DIC. 2019
delibera
1572



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
5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, caregiver, fiduciari e personale;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, caregiver, fiduciari e miglioramento degli stessi se necessario;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
5.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

16 DIC. 2019
1572
seguita del
della
delibera



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
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
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
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
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
5.5.6. diffusione delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
5.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

16 DIC. 2019
seduta del
delibera
1572

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
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
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
6.1.4. coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0





6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
6.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
6.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Obiettivo: Adozione da parte della direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza.

EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente,	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
6.2.4 sono state individuate nel piano aziendale le priorità di intervento Il piano è condiviso con gli operatori	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
6.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nei piani di monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
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

16 settembre 2019
delibera
1572



Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi										
Obiettivo: Garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi.										
EVIDENZE	TIPO	STRUTTURE OSPEDALIERE	STRUTTURE AMBULATORIALI	STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: Mancato infortunio (near miss), eventi avversi ed eventi sentinella;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (es. <i>Root cause analysis</i> , Audit clinico, <i>Significant event audit</i>) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. <i>Safety walkround</i>);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
6.3.7. presenza di un Piano di formazione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1

1572
16 DIC. 2019
seduta del
delibera



6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

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 SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
6.4.1. sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;	I	T.0	T.0.	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
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.
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.
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.
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.
6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.

seduta del
6 DIC. 2019
delibera
1572

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 SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
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
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
7.1.4. formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
7.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

seduta del
16 DIC. 2019
delibera
1572

pag.
55



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 SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
7.2.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
7.2.2 vi è evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	N.A.
7.2.3 diffusione delle procedure per la valutazione delle tecnologie	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	N.A.
7.2.4 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.
7.2.5 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.

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 SOCIO SANITARIE					TERME	STUDI
				A	B	C	D	E		
7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
7.3.3. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
7.3.4. monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1

16 DIC. 2019
delibera
1572



7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

❖ 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 SOCIO SANITARIE					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 ai ritmi fisiologici della persona);	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0

16^{Settimanale} DIC. 2019
delibera
1572



8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;	I	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
8.1.4. presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti;	II	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0
8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.	III	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1
8.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2
8.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

ALLEGATO B

REQUISITI PER IL RILASCIO DEGLI ACCREDITAMENTI ISTITUZIONALI

Oltre al possesso dei requisiti previsti dal manuale Regionale di accreditamento (DGR 1572/2019) le strutture sanitarie e sociosanitarie devono possedere anche i seguenti requisiti, per quanto applicabili in ragione della tipologia di struttura considerata:

AMBITO	N.	REQUISITO DA VERIFICARE: CONTROLLI E MONITORAGGIO	SOGGETTI COINVOLTI	RIFERIMENTI AL MANUALE REGIONALE DI ACCREDITAMENTO (DGR 1572/2019) / INDICAZIONI OPERATIVE (I.O.)	INDICATORI		
					LIVELLO BASE	LIVELLO AVANZATO	LIVELLO ECCELLENTE
SICUREZZA	1	E' presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, <i>near miss</i> , eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 20 17, n. 24 (<i>"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"</i>)	Regione e ARS	I.O.: il titolare della struttura chiede al Ministero della Salute le credenziali d'accesso per l'alimentazione del flusso SIMES.	Evidenza della richiesta delle credenziali	Alimentazione del flusso e reportistica	Implementazione e delle azioni di miglioramento

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

	2	Applicazione e diffusione della conoscenza delle raccomandazioni in materia di rischio clinico come previsto dal <i>"Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento"</i> di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), per l'ambito assistenziale di riferimento	Regione, ARS e AGENAS	6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi. Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza.	Evidenza formale della implementazione delle buone pratiche finalizzata al contenimento del rischio clinico (almeno per le raccomandazioni Ministeriali implementabili nella struttura e check-list di sala operatoria per le aziende sanitarie). Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: in assenza la struttura non è accreditabile)	Evidenza dell'adozione di un piano sistematico annuale di valutazione dei dati del monitoraggio	Evidenza formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento
	3	Presenza del Risk Manager per la prevenzione e gestione del rischio sanitario, e, per l'ambito ospedaliero, anche del comitato per la valutazione dei sinistri, di cui il Risk Manager è componente stabile ed effettivo	Regione e ARS	6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze. Garanzia di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali.	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

	4	Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico; Piano annuale delle emergenze sanitarie; Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Regione e ARS	6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA Promozione della sicurezza e gestione dei rischi Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente. Esistenza di un piano aziendale che esplicita prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.	Evidenza di un piano di gestione del rischio in ambiti sanitario e non sanitario. Presenza nel piano di un programma finalizzato alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).	Evidenza formale del monitoraggio relativo.	Evidenza dell'adozione di azioni di miglioramento.
	5	Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura)	Regione, ARS e AGENAS	Copertura assicurativa o autotutela	Presenza della copertura assicurativa o autotutela		
	6	In presenza di impianti radiologici: redazione del Manuale di qualità per gli impianti di radiologia come previsto dell'Art. 164 del D.Lgs. 101/2020.	Regione e ARS	6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA Promozione della sicurezza e gestione dei rischi Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla	Presenza nel Manuale delle informazioni minime in ottemperanza all'articolo 164, comma 1, lettera a), e delle registrazioni	Evidenza formale del monitoraggio relativo.	Evidenza dell'adozione di azioni di miglioramento.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

				sicurezza di operatori, pazienti e ambiente. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi; Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio; Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza.	in ottemperanza all'articolo 164, comma 1, lettere b) e c).		
APPROPRIATEZZA	7	Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione	Regione e ARS	6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi; Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio; Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza; 7° Criterio: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE Progetti di miglioramento Valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori.	Adozione formale dell'atto per la gestione del rischio clinico comprendente la gestione degli eventi avversi. Adozione di un piano di controllo della documentazione clinica (checklist). Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: in assenza la struttura non è accreditabile)	Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per la gestione del rischio clinico. Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per il controllo della documentazione clinica.	Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento. Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

QUALITÀ	8	Volumi ed esiti delle prestazioni di struttura già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio ¹	Regione, ARS e AGENAS	1° Criterio: ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE Requisito 1.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi 1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca: a. strumenti; b. modalità; c. tempi; d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti); LIVELLO BASE	- Per le strutture già convenzionate in fase di rinnovo dell'accreditamento i volumi minimi e gli esiti di riferimento sono quelli indicati nel DMS 70/2015 e negli eventuali accordi/atti di programmazione Regionale (Dati forniti dal Settore dell'ARS competente in materia di flussi informativi); - Per le strutture che presentano l'istanza di nuovo accreditamento, si fa riferimento all'autovalutazione/autodichiarazione nonché alla relazione sull'attività eventualmente già svolta in regime di autorizzazione all'esercizio, ai sensi del DMS 19/12/2022, art. 2, comma 4.		
	9	Organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria, in coerenza con il requisito 2.5 del <i>"Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento"</i> di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e rispetto dei termini di legge per il rilascio agli aventi diritto	Regione e ARS	CARTELLA CLINICA 2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI Modalità di gestione della documentazione sanitaria 2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento; c. conservazione; d. verifica e modalità di controllo	Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento; c. conservazione; d. verifica e modalità di controllo.	Report del monitoraggio e valutazione della qualità della documentazione sanitaria.	Report dell'implementazione delle azioni di miglioramento.

¹ In sede di prima applicazione, con riferimento alle sole strutture ospedaliere.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1263 del 31.08.2023

					Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: la struttura non è accreditabile)		
	10	Tempestività e continuità nella alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Regione, ARS e AGENAS	FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)	In attesa della effettiva disponibilità dei dati a cura del competente Settore dell'ARS, viene richiesta l'autodichiarazione del titolare dell'autorizzazione circa l'alimentazione tempestiva e continua del FSE		
	11	Dotazione e vetustà delle apparecchiature	Regione	3° Criterio: ASPETTI STRUTTURALI Gestione e manutenzione delle attrezzature; Evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse; Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;	Evidenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse; Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: in assenza la struttura non è accreditabile)	Report delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	Report dell'implementazione delle azioni di miglioramento.
	12	Organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza	Regione		Documento costitutivo dell'organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza e criteri di verifica dell'organismo stesso.	Report delle attività di controllo.	Report delle eventuali azioni intraprese.