

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTI

Oggetto: **DGR 1572/2019 - Approvazione del manuale operativo per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private – Revoca dei decreti 49/AUA/2024 e 333/2019 della PF Accreditamenti.**

VISTO il documento istruttorio e ritenuto, per le motivazioni nello stesso indicate, di adottare il presente decreto;

VISTA la Legge Regionale 30 settembre 2016, n. 21;

VISTA la Legge regionale 30 luglio 2021 n. 18, articolo 15 comma 2;

VISTO la Legge regionale 30 luglio 2021 n. 18, articolo 14;

DECRETA

1. di approvare il manuale operativo per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, in Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di revocare i decreti nn. 49/AUA/2024 e 333/2019 della PF Accreditamenti, relativi al precedente manuale operativo di accreditamento;
3. di trasmettere il presente atto al Dipartimento Salute, all'ARS ed all'OTA.

Dal presente decreto non deriva, né può comunque derivare, impegno di spesa a carico della Regione.

Ai sensi dell'art. 3 comma 4 della L.241/90, il presente decreto può essere impugnato entro 60 giorni dinanzi al TAR Marche, oppure entro 120 giorni con ricorso straordinario al Capo dello Stato.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della Legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE
dott. Marco Nocchi

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- L.R. 21/2016 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati” e s.m.i.;
- Regolamento regionale 1/2018: Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’art. 7, comma 3, della Legge Regionale 30 settembre 2016, n.21 “Autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitarie sociali pubblici e privati”;
- DGR 1572/2019: “Legge regionale n. 21/2016, e ss.mm.ii, Capo III, Art. 16 Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie previste all'articolo 7, comma I, lettere a), b), c), d) e comma 2.
- Decreto n. 333/2019 della PF Accreditamenti, concernente il manuale operativo di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
- Decreto n. 49/AUA/2024 concernente il manuale operativo di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Motivazione

Con DGR 1572/2019 è stato approvato il Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Al fine di rendere omogenea ed uniforme sul territorio regionale l’interpretazione e l’applicazione, da parte dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) istituito presso l’ARS, dei requisiti e delle evidenze contenute nel suddetto Manuale, si ritiene necessario adottare un manuale operativo.

Il Manuale operativo chiarisce e approfondisce ciascuna evidenza correlata a ciascun requisito del Manuale di accreditamento, agevolando ed omogeneizzando:

- il lavoro di verifica e valutazione svolto da tutti i componenti del Gruppo di Autorizzazione e Accreditamento Regionale (GAAR)
- ed il lavoro applicativo da parte dei portatori d’interesse (titolari delle strutture) soggetti a verifica propedeutica al rilascio dell’accreditamento istituzionale.

I contenuti del manuale operativo allegato sono stati condivisi preventivamente con il Coordinamento degli enti gestori delle strutture sanitarie e sociosanitarie, che hanno presentato alcune osservazioni in larga parte recepite, e con i componenti del GAAR.

Il manuale in allegato sostituisce i precedenti manuali approvati con Decreto 49/AUA/2024 e



333/2019 della PF Accreditamenti, che vengono revocati.

Esito dell'istruttoria

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di adottare il decreto in oggetto.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della Legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Marco Nocchi

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato A: manuale operativo per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private



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. NC

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	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 NC
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.	presenza dei report di verifica periodica degli obiettivi (es. verbale di riesame della direzione) 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di documenti con la definizione di eventuali azioni correttive basate sulla priorità di intervento NC
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	evidenza di eventuali verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto NC
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	evidenza di eventuali verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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 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.
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.

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.	evidenza della procedura di gestione del dolore ed evidenze dell'applicazione (schede rilevazione e rivalutazione dolore) 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	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) 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	N.A.	N.A.	evidenza di documento (es. verbale di verifica) che riporti il piano delle eventuali azioni di miglioramento 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	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) 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: 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	presenza di documenti aggiornati e firmati, pubblicati sul sito aziendale (D. Lgs 33/2013 amministrazione trasparente per il pubblico) in cui sono esplicitati: - l'organigramma - definizione delle responsabilità assegnate (es. matrice delle responsabilità) - i principali processi clinico-assistenziali / organizzativi gestiti NC 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
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	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) NC

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.	evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento da mettere in atto NC <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	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	N.A.	evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto NC
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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 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 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	documentazione che espliciti: - dati informativi raccolti in relazione all'attività svolta, (es. cartella socio sanitaria, PAI, valutazioni stato della persona multidisciplinari) - fabbisogno informativo rilevato e funzionale ai bisogni della propria organizzazione (es. numero accessi/ricoveri), - debito informativo atto a soddisfare il flusso con Regione e Ministero applicabili: a) extraospedaliere diurne e residenziali 1. Area Anziani = RUD/FAR_RUG – File R 2. SIMES 2. Disabili = File R 3. Salute mentale = SISM e File R 4. Dipendenze patologiche = File R (X i SERT il SIND) 5 Area Adulti = Hospice e File R 6. Minori = File R 7. Assistenza Riabilitativa, residenziale e semi-residenziale, Prestazioni di riabilitazione territoriale ex art. 34 DPCM 12 gennaio 2017 = SIAR Modelli Ministeriali da compilare: STS11, STS14 per chi ha apparecchiature previste nel modello (escluse le strutture per minori); STS24 strutture residenziali e semiresidenziali (escluse le strutture per dipendenze patologiche);

											RIA11 strutture di riabilitazione per quanto riguarda l'assistenza ex art 26. b) strutture ospedaliere SDO = ricoveri ospedalieri; SIMES = eventi sentinella e rischio clinico; EMUR 118 = centrale 118; EMUR PS = Pronto Soccorso; FLUSSO F = Flusso Diretta (Ospedaliera); File C la parte ospedaliera (flusso attività ospedaliera); Modelli Ministeriali da compilare: HSP11; HSP11 bis; HSP12; HSP13; HSP14; HSP22 bis; HSP24; NC
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	D. Lgs 33/2013 evidenza documentale per la gestione delle liste d'attesa (procedura, regolamento, carta dei servizi) NC <i>nota: non applicabile nel privato non convenzionato</i>

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	evidenza di una procedura che dimostri la rispondenza al requisito (es. procedura richiesta prestazioni sanitarie e relativa tracciabilità della documentazione) NC nota: <i>non applicabile nel privato non convenzionato;</i> <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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	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... NC 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	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	T.2	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle eventuali azioni di miglioramento NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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	evidenza della formalizzazione e diffusione del Piano della Qualità; evidenza della effettuazione di audit, della raccolta e gestione dei reclami, della somministrazione dei questionari di gradimento all'utenza NC
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 NC
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 - report di audit clinico - verifica a campione di protocolli, PDTA aderenti a LL.GG. (validati e completi di bibliografia) - mortality & morbidity review (se i dati sono disponibili); NC

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	presenza di un documento (Piano della Qualità) che definisce: - gli obiettivi di qualità - la modalità di valutazione dei risultati (indicatori) NC
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	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) NC
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	verifica a campione di almeno un verbale vedi 1.5.3 nc
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	verbale/nota relativa alle modifiche da apportare all'organizzazione vedi 1.5.3 NC
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	evidenza di verbali/documenti in cui vengono riportate le eventuali azioni di miglioramento messe in atto NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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) 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.) NC <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 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 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza dell'analisi dei dati raccolti (es.verifica della frequenza, delle tipologie dei disservizi dell'organizzazione,...) NC
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.	evidenza di verbali/documenti in cui viene riportato il piano delle eventuali azioni di miglioramento NC
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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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: 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	presenza di carta dei servizi, materiale informativo almeno in 2 lingue (italiano ed inglese) NC 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 NC
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) NC

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	presenza di un verbale di valutazione dei risultati e dei principali indicatori, condivisione con gli operatori e stakeholder NC
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	presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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 NC 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

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.	verifica della presenza dei sotto-requisiti a, b, c, d in relazione alla tipologia di struttura NC
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.	documento con evidenza delle responsabilità che gestiscono le singole attività (es. matrice delle responsabilità/fuzionigramma) NOP
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.	evidenza di documenti per determinare la tracciabilità (ad esempio: registro/scheda di valutazione/cartella clinica/cartella sanitaria personale/cartella ambulatoriale, scheda unica di terapia ...) NOP nota: <i>riconciliazione farmacologica dove previsto</i>
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.	evidenza di lettera di dimissione/scheda di collegamento/documentazione ambulatoriale, referto NOP
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.	formazione specifica su protocolli, report presenza del personale alla formazione con evidenza dei test di apprendimento; eventuale intervista a campione del personale in servizio sulla conoscenza di procedure e protocolli NC

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 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 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 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 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.	evidenza della attribuzione formale di responsabilità (organigramma e funzionigramma) 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 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 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) 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) 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	N.A.	N.A.	verificare la presenza di una procedura di gestione della documentazione sanitaria, definizione degli indicatori di monitoraggio NOF
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.	Verbale di analisi dei risultati e definizione delle eventuali azioni di miglioramento; diffusione del verbale NC
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.	presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese NC
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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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. Registrazioni e analisi delle non conformità NC

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	presenza di verbali di audit con evidenza della lista di distribuzione (es. mailing list) NC
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	evidenza documentale di indagine e valutazione della customer satisfaction NC
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	evidenza di verbali, report, ecc... 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del report ed evidenza della diffusione agli operatori 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	documento per la definizione delle modalità di coinvolgimento e di informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta NC
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.	analisi dei dati dei monitoraggi e definizione degli interventi di miglioramento relativi alla qualità dei percorsi assistenziali NC
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	evidenza di verbali di audit, indicatori, relativo alla qualità dei percorsi assistenziali NC

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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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: 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	procedura per la redazione e gestione della documentazione 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 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza del registro dei trattamenti 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	procedura per la gestione della documentazione che ne regolamenti l'accesso e la tenuta NC
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	presenza di documento/regolamento di accesso agli atti NC
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	presenza di check list (es. CVPS, verbale di riesame) NC
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	presenza di un verbale con le eventuali azioni di miglioramento intraprese NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 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	presenza del piano delle manutenzioni e degli investimenti a bilancio 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 evidenzia i rischi di origine ambientale e di gestione delle infrastrutture 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 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	Evidenza di effettuazione di corsi sulla sicurezza, evidenza della partecipazione del personale 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza del documento dei piani di eventuali azioni di miglioramento in relazione ai risultati del monitoraggio NC
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	Evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 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	presenza di un inventario (auspicabilmente informatizzato), contenente, per ciascuna attrezzatura utilizzata, tutte le informazioni anagrafiche e tecniche di interesse NC
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 NOP
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; presenza nel piano delle modalità di attivazione per la manutenzione straordinaria; evidenza della diffusione a tutti i livelli operativi; NOP
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 NOP

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	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 NC
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	evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 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'; il monitoraggio va effettuato anche sulla formazione di professionisti interni con incarico di responsabilità all'interno della struttura 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; evidenza di elaborazione dei dati risultanti dai questionari di gradimento dei corsi e dei docenti NC

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	evidenza di un verbale/documento che dimostri il coinvolgimento del personale NC
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	evidenza del ritorno formativo attraverso relazioni, meeting, pubblicazioni su strumenti a circolazione interna, riunioni 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	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 NC
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	presenza di report e relative eventuali azioni di miglioramento. Si fa riferimento al corso individuato in 4.1.3 NC
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	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 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 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	evidenza di un documento formalizzato di accoglienza/affiancamento e addestramento del nuovo personale (neo assunto/neo inserito/volontario) aziendale e di singolo settore NC
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 NC
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 NOP
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 NC
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 NC
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 NC

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) NC
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; NC
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... NC

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	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). presenza di un report di valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione adottato e definizione di eventuali azioni correttive. NC
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	evidenza dell'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento. NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano il monitoraggio delle eventuali azioni intraprese e che hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC

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	N.A.	evidenza della raccolta periodica dei dati (indagine) e della diffusione dei dati raccolti – almeno 1 negli ultimi 3 anni 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	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) 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	N.A.	evidenza di verbale di riesame/riunioni/briefing ... 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	N.A.	presenza di report e relative eventuali azioni di miglioramento individuate con definizione di indicatori e standard 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	N.A.	evidenza di verbali / documenti che attestano che le eventuali azioni siano state intraprese 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	N.A.	evidenza di verbali, riesame che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati prefissati NC

Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai <i>caregiver</i> , 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 <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.											
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	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) NC
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	evidenza di opuscoli, brochure, Guida dei Servizi almeno in 2 lingue (italiano/inglese) NC 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	evidenza di procedura aggiornata almeno ogni 3 anni NC
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.	ove applicabile evidenza di procedura aggiornata almeno ogni 3 anni NC
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	evidenza documentazione informativa (es. poster, brochure, cartellonistica informativa, sito web, email, sul lavaggio delle mani) NC
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.	evidenza di procedura aggiornata rispondente alla normativa vigente (ove applicabile) nc

partecipazione a ricerche cliniche.											
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.	evidenza della raccolta dati mediante questionario o altro analogo strumento (es. segnalazioni da utenti); eventuali definizioni di azioni di miglioramento individuate con definizione di indicatori e standard NC
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	evidenza di verbali / documenti che attestano che le eventuali azioni siano state intraprese NC
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	evidenza di verbali, riesame che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati prefissati 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 SOCIO SANITARIE					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	evidenza di documentazione formalizzata, interviste a pazienti e/o familiari 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	presenza di procedura per l'informazione e l'acquisizione del consenso informato (LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219) nota: <i>evidenza a campione di almeno un consenso acquisito</i> 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	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) 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza di attività periodica di valutazione attraverso interviste/questionari /verbali di riesame; eventuali definizioni di azioni di miglioramento individuate con definizione di indicatori e standard NC
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.	evidenza di verbali / documenti che attestano che le eventuali azioni siano state intraprese NC
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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 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 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 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 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 reclami NC

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	evidenza sul sito web aziendale o altro documento diffuso di un report annuale sulla customer satisfaction NC
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.	presenza di report e relative azioni di eventuali miglioramento individuate NC
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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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					TERMINE	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 NC
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. nota: <i>intervista al personale</i> NOP
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. NOP

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	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 NC
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	evidenza formale delle attività di Governo Clinico (es. Verbal 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 NC
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	presenza di report e relative azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 SOCIOSANITARIE					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 NOP
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); NOP
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. NC
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	documento, condiviso con gli operatori, contenente le priorità di intervento individuate. NC
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 NC
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 (NC)

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. nota: per gli studi: vedi registrazione non conformità NOP
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 NOP
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). Evidenza dell'attività proattiva effettuata (almeno sulle Raccomandazioni Ministeriali). NC
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 NC
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) NOP

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	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 NC
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	adozione formale del piano di formazione annuale per il rischio clinico conforme alla normativa vigente 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	evidenza della adozione di un piano sistematico annuale delle attività pro-attive (almeno una FMEA per anno) NC
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	presenza di report e relative ed eventuali azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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> 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) 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) 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> 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 NC

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.	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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	presenza di documento Piano Aziendale della Qualità 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	presenza nel documento di cui al punto 7.1.1 della definizione degli indicatori, modalità di misurazione e valutazione 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	evidenza della diffusione periodica del monitoraggio dei dati (es. riunioni, controllo di gestione, pubblicazione sul sito) 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	presenza di formazione specifica sul miglioramento della qualità riferibile alle prestazioni erogate NC
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	presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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) NC

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	evidenza di documentazione attestante la presenza dei professionisti coinvolti nei processi di adozione delle innovazioni tecnico-professionali nc
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	qualora venga effettuata attività di didattica e ricerca, sviluppo di modalità di integrazione assistenza didattica/ricerca; IRCCS e AOU – attività istituzionale NC
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	vedi punto 7.3.1 evidenza di documentazione che definisca le modalità di sviluppo nc IRCCS e AOU – attività istituzionale NC
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	presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di eventuali verbali/documenti che attestano che le azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati 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 assistenzialiorganizzative 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. nc nota: <i>applicabile alle strutture sociosanitarie in base alla tipologia degli utenti ed alla relativa analisi dei bisogni</i>

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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0.	presenza di specifici corsi nel piano annuale di formazione sul counselling 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	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) 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	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	T.0	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. 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	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1	T.1.	presenza di documento (ove applicabile) nc

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	presenza di eventuali report e relative azioni di miglioramento individuate NC
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	evidenza di verbali/documenti che attestano che le eventuali azioni intraprese hanno consentito il raggiungimento dei risultati desiderati NC