





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: Legge regionale n.21/2016, Capo III, Art. 16 - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Dirigente della P.F. Accreditamenti, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTO il parere favorevole, di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. Accreditamenti e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità di cui all'art.16 comma 1, lettera b) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20;

RITENUTO necessario, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTI gli articoli 22 e 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- di trasmettere alla Presidenza dell'Assemblea legislativa delle Marche, per il parere della competente Commissione Consiliare, lo schema di deliberazione concernente: **Legge regionale 21/2016, Capo III, Art 16 - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2.**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

Il Dirigente della P.F. Accreditamenti del Servizio Sanità ha predisposto l'allegato schema di deliberazione concernente: **"Legge regionale 21/2016, Capo III, Art 16 - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2"** come da Allegato n.1 al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La Giunta, per poter deliberare in merito, deve acquisire il preventivo parere della competente Commissione consiliare ai sensi dell'art.3 comma 2 della L.R. 21/2016.

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta Regionale l'adozione del presente atto.

Il Responsabile di Procedimento

  
Claudia Paci**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA PF ACCREDITAMENTI**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 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 D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DELLA PF ACCREDITAMENTI**  
Claudia Paci**PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, ne propone l'adozione alla Giunta Regionale, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 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 D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ**  
Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 59 pagine, di cui n. 56 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
Deborah Giraldi



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## Allegato 1

**OGGETTO: Legge regionale n. 21/2016, Capo III, Art. 16 - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2.**

## LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Dirigente della P.F. Accreditamenti, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO necessario, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole, di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. Accreditamenti e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità di cui all'art.16 comma 1, lettera b) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20;

VISTI gli articoli 22 e 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

## D E L I B E R A

- di stabilire, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.3, comma 1, lett. b), della L.R. 21/2016, i requisiti per l'accREDITamento istituzionale di cui al Capo III della L.R. n. 21/2016, così come definito nel Manuale di AccREDITamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2 di cui all'Allegato A, il quale costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di dare mandato al Dirigente della P.F. competente di predisporre un'analisi delle procedure amministrative al fine di acquisire una piattaforma informatico/telematica per la gestione dei procedimenti di autorizzazione e di accREDITamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui alla L.R. 21/2016 e di procedere entro 6 mesi dall'adozione del presente atto all'acquisizione della relativa piattaforma.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Documento istruttorio**

**Normativa di riferimento**

- D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421
- DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle P.A. di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- DGR n. 2200 del 24/10/2000 "L.R.20/2000 art.6 – determinazioni dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie"
- DGR n. 1579 del 10/07/2001 "L.R.20/2000 art.6 – determinazioni dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie – modifica della DGR 2200/2000"
- DGR n. 1889 del 31/07/2001 "LR 20/2000 art. 15 - determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie"
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, 2 luglio 2002 "Direttiva sull'attività d'ispezione"
- DGR n. 735 del 2009 "LR n. 20/2000 art. 22 "Costituzione del gruppo di accreditamento regionale (GAR)" - Revoca dell'atto deliberativo n. 1887/2001 relativo alla costituzione del gruppo di accreditamento regionale (GAR)
- Intesa Stato-Regioni-P.A. del 20 dicembre 2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" (Rep. N. 259/CSR del 20.12.2012)
- DGR n.1065 del 15/07/2013 "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'art.8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'art.7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (repertorio atti n.259/CSR del 20/12/2012)
- D. Lgs. n.33 del 2013 "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- DGR n. 1103 del 29/09/2014 "Legge Regionale n.20/2000 art.22- "Costituzione e funzionamento del gruppo di accreditamento regionale (GAR)". Modifiche e integrazioni all'atto deliberativo n.735/2009
- Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie
- Regolamento Regionale n. 6 del 9 aprile 2015 "Disciplina della composizione e delle modalità di funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute. Attuazione dell'articolo 24, comma 3, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del servizio sanitario regionale)"
- DGR n. 942 del 26/10/2015 "Recepimento Intesa, rep. atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie"



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- D.M. 70 del 02/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- DGR n. 541 del 15/07/2015 “Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n.70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- L.R. n. 21 del 30 settembre 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
- D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
- L.R. n. 7 del 14 marzo 2017 - Modifiche della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “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”
- Regolamento Regionale n. 1 del 01.02.2018 “Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (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)”, approvato con Delibera di Consiglio Regionale n. 69 del 30.01.2018
- D.G.R. n. 47 del 22.01.2018 "Art. 13, comma 1 della L.R. 7/2017. Adozione della disciplina transitoria dei criteri e delle procedure per il rilascio delle autorizzazioni e di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private -DGR n.2002/2000 e s.m.i., DGR n.1889/2001 e s.m.i. approvata con DGR n. 1501/2016 e regolamento regionale 8 marzo 2004 n. 1"
- DGR n. 358 del 26.03.2018 ad oggetto “Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "L.R. n. 21/2016 art. 3 comma 1 letto b)" - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (parte A)”
- DGR n. 522 del 23/04/18 L.R. 30 settembre 2016, n. 21 e s.m.i. - Costituzione e funzionamento dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)
- DGR n. 597 del 14/05/18 ad oggetto” Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale di Autorizzazione delle Strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli stabilimenti termali e degli studi professionali di cui al comma 2 dell’art. 7 della L.R. 21/2016 (parte B)”.  
Y
- D.G.R. n. 1718 del 17/12/18 “Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti generali e Requisiti specifici delle strutture per Disabilità, Salute mentale, Dipendenze Patologiche, Minorenni)" - Revoca della DGR 598/2018”.  
S



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Motivazioni ed esito**

La Legge Regionale n. 21/2016, all'art. 2, definisce "Accreditamento istituzionale: *il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*" La medesima Legge all'art. 3, comma 1, dispone che la Giunta regionale "stabilisce e aggiorna periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accREDITAMENTO istituzionale e disciplina i relativi procedimenti" e ai sensi dell'art. 5 della medesima legge, così come modificato dall'art. 3, della L.R. 14 marzo 2017, n. 7, la Giunta regionale disciplina lo svolgimento dei compiti tecnico-consultivi, nell'ambito delle procedure per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO regionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie, attraverso un apposito organismo denominato Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.).

L'intesa della Conferenza Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012 aveva identificato l'organismo tecnicamente accreditante come la struttura a cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accREDITAMENTO, di effettuare la valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO, fermo restando che l'organismo deputato a concedere l'accREDITAMENTO è la Regione, in capo alla quale ricade la facoltà di accREDITARE o meno la struttura richiedente, previa necessità di motivare adeguatamente la scelta effettuata nell'adozione del provvedimento finale, assicurando al contempo ampia trasparenza delle valutazioni sia dell'organismo tecnicamente accreditante che dell'organo amministrativamente ed istituzionalmente accreditante.

La Giunta regionale con DGR n. 522 del 23/04/18 "L.R. 30 settembre 2016, n. 21 e s.m.i. - Costituzione e funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)" ha delineato le linee organizzative e funzionali dell'O.T.A., composto da un gruppo centrale e dal gruppo di autorizzazione e accREDITAMENTO regionale (GAAR), stabilendo altresì l'ammontare del contributo istruttorio che i soggetti richiedenti l'autorizzazione o l'accREDITAMENTO sono tenuti a versare all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) presso la quale l'O.T.A. è costituito. La costituzione dell'O.T.A. si fonda sui principi di autonomia, quale espletamento delle proprie funzioni senza condizionamenti esterni ed in assenza di conflitto di interessi, terzietà, imparzialità e trasparenza, nei confronti sia dell'organo amministrativo accreditante regionale che delle strutture da accREDITARE e/o da autorizzare, secondo quanto previsto dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2 luglio 2002 che regola l'attività ispettiva e dal D. Lgs. n.33 del 2013 "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

L'Intesa della Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di "adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie" ha stabilito tempi e modalità per l'accREDITAMENTO, al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accREDITAMENTO delle strutture sanitarie a livello nazionale recepito dalla regione, con DGR n. 942 del 26/10/2015 "Recepimento Intesa, rep. atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie".

Nel 2015 veniva inoltre emanato il D.M. 70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", recepito dalla regione con DGR n. 541 del 15/07/2015 "Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n.70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". A seguito del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

502" e con l'avvio dell'attuazione della L.R. 21/2016, si è resa necessaria l'adozione del Regolamento Regionale che definisce le tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della L.R. 21/2016. In effetti, con Delibera di Consiglio Regionale n. 69 del 30.01.2018, è stato approvato il Regolamento Regionale n. 1 del 01.02.2018 "*Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (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)*". L'approvazione di tale regolamento era indispensabile oltre che per l'indicazione di legge finalizzata alla ridefinizione delle tipologie di strutture, anche per il fatto che, attualmente, per la determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio nonché per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, si fa riferimento rispettivamente alla DGR n. 2200/2000 ed alla DGR n.1889/2001, atti datati, che necessitano di una rivisitazione complessiva del sistema di Autorizzazione ed Accreditamento.

L'evoluzione normativa di settore, ma soprattutto l'evoluzione delle conoscenze in ambito strutturale, tecnologico ed organizzativo, ha imposto la revisione dei manuali. L'obiettivo è quello di revisionare dapprima i manuali di Autorizzazione, con la consapevolezza che il livello dei requisiti di autorizzazione debba essere molto più elevato di quanto precedentemente disposto, a garanzia dei cittadini, sia che si rechino presso le strutture pubbliche sia che accedano a servizi privati. Stabilire e richiedere requisiti maggiormente definiti e più dettagliati, coerenti con le norme nazionali e regionali, comporta elevare la qualità assistenziale a garanzia dei cittadini aumentando l'equità delle cure fornite.

Tale revisione si è avviata a partire dal marzo 2018, dapprima con l'emanazione della DGR n. 358 del 26.03.2018 ad oggetto "*Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "L.R. n. 21/2016 art. 3 comma 1 letto b)" - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (parte A)*", quindi con l'emanazione DGR n. 597 del 14/05/18 ad oggetto "Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "*LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale di Autorizzazione delle Strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, degli stabilimenti termali e degli studi professionali di cui al comma 2 dell'art. 7 della L.R. 21/2016 (parte B)*" e con l'emanazione della DGR n. 598 del 14/05/18, successivamente sostituita dalla D.G.R. n. 1718 del 17/12/18 "*Richiesta di parere alla competente Commissione Consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti generali e Requisiti specifici delle strutture per Disabilità, Salute mentale, Dipendenze Patologiche, Minorenni)" - Revoca della DGR 598/2018"*".

Gli atti citati (DGR 358/2018, DGR 597/2018 e DGR 1718/2018) sono attualmente in attesa del parere della competente Commissione consiliare e a questi devono affiancarsi i requisiti in fase di definizione relativi alle restanti tipologie di tipo extra-ospedaliero.

Il Manuale di Accreditamento allegato si riferisce pertanto alle strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2; in esso sono inclusi i requisiti che attengono ai processi (organizzativi, informativi, assistenziali) che favoriscono un utilizzo di qualità (efficacia, sicurezza, efficienza, appropriatezza, umanizzazione, ecc.). Nel Manuale sono esplicitati i criteri ed i relativi requisiti, nel rispetto delle norme di cui al Capo III della Legge regionale 21/2016. L'art. 16, prevede requisiti essenziali, costituenti presupposto per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento e requisiti ulteriori eventuali, anche ai fini di un'articolazione per livelli, correlati alla complessità organizzativa e dell'attività delle strut-



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ture. Di fatto il Manuale contiene criteri, requisiti e le evidenze che rappresentano le caratteristiche che le strutture devono possedere con i relativi livelli di accreditamento ed i tempi di verifica.

Una volta rilasciato l'accreditamento si attiverà un percorso di monitoraggio con le verifiche dei tempi prefissati sia per la valutazione del mantenimento dei requisiti base, sia per la verifica del mantenimento delle azioni volte al miglioramento continuo.

Nell'ambito della procedura per l'Accreditamento la Regione si avvale dell'O.T.A. per le strutture sanitarie e socio sanitarie previste all'art.7 comma 1, lett a) b) c) d) di seguito riportate:

- a) le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale;
- c) le strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, le strutture 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;
- d) gli stabilimenti termali;

e le strutture previste al comma 2 di seguito riportate: gli studi odontoiatrici, gli altri studi medici o di altre professioni sanitarie, se attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, di particolare complessità organizzativa e tecnologica o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche e gli studi o le strutture dove si esegue attività di diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento.

Il Manuale viene applicato all'intera filiera delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie presenti nel territorio regionale nel rispetto della logica secondo la quale, considerata la caratteristica degli obiettivi in esso previsti e la natura estremamente qualificante delle strutture medesime e su temi assolutamente fondamentali nello sviluppo del sistema assistenziale, sia doveroso estenderli a tutte le tipologie di strutture dalle ospedaliere alle extra-ospedaliere, ferme restando le opportune differenze.

La scelta di implementare questo Manuale con il supporto delle parti interessate o portatori di interessi nasce dal riconoscimento che nell'ambito dei processi organizzativi aziendali siano maturi i tempi per una partecipazione allargata a partire da una stesura partecipata dei Manuali stessi. Di fatto, dopo una prima bozza di documento elaborata del Manuale di Accreditamento, si è innescato un ampio dibattito con i principali portatori di interesse del "sistema" sanitario e socio-sanitario presente nell'intero territorio regionale (Direzioni Generali e Sanitarie degli Enti del Servizio Sanitario Regionale; Organizzazioni Sindacali confederali e di categoria; Ordini professionali: Medici, Psicologi, Farmacisti, Assistenti Sociali, Ingegneri, Professioni Infermieristiche; Comitati di partecipazione ex art. 24 L.R. 13/03; Università; Rappresentanti degli Enti gestori privati e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private) le quali hanno contribuito in modo significativo a redigere in maniera partecipata il documento prodotto, oggetto del presente atto, grazie a rilievi, proposte e suggerimenti qualificati, molti dei quali sono stati recepiti.

Con particolare riferimento alle Aziende/strutture pubbliche, si sono susseguiti diversi incontri con i Comitati di Partecipazione dei cittadini di cui al Regolamento Regionale n. 6 del 9 aprile 2015 "Disciplina della composizione e delle modalità di funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute. Attuazione dell'articolo 24, comma 3, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del servizio sanitario regionale)", allo scopo di stimolare e facilitare le forme di collaborazione ottimali per consentire in maniera non formale ma sostanziale la partecipazione e la trasparenza ai processi organizzativi in coerenza con l'Art. 3 che esplicita i compiti dei comitati come di seguito "a) contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e di area vasta; b) svolgere attività di verifi-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*ca e controllo sulla gestione dei servizi sanitari; c) monitorare le condizioni di accesso e fruibilità dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1 della l.r. 13/2003".*

Con D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ la Giunta Regionale ha richiesto, ai sensi dell'art.3 comma 2 della L.R. n.21/2016, il preventivo parere della competente Commissione Consiliare.

La Commissione Consiliare si è espressa con parere n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Per le motivazioni sopra espresse si propone alla Giunta Regionale di deliberare quanto disposto nel Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2 della L.R. n. 21/2016.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art.6 bis della L.241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

Il Responsabile di Procedimento  
Claudia Paci

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA PF ACCREDITAMENTI**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 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 D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DELLA PF ACCREDITAMENTI**  
Claudia Paci

**PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, ne propone l'adozione alla Giunta Regionale, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 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 D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ**  
Lucia Di Furia



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione si compone di n. \_\_\_\_\_  
parte integrante della stessa

\_\_\_\_\_ pagine, di cui n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pagine di allegati che formano

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

Deborah Girdali

*(Handwritten signature)*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO "A"

---

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO**  
**per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste**  
**all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d)**  
**e comma 2 della L.R. 21/2016 e s.m.i.**

---

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Indice**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUZIONE</b>  | <b>13</b> |
| - ambito di applicazione   |           |
| - obiettivi  |           |
| - percorso   |           |
| - durata   |           |
| - definizioni  |           |
| <b>1. STRUTTURA DEL MANUALE</b>  | <b>18</b> |
| <b>2. LIVELLI DI ACCREDITAMENTO</b>  | <b>20</b> |
| <b>3. MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO</b>   | <b>23</b> |
| <b>4. TEMPI DI ACCREDITAMENTO</b>  | <b>26</b> |
| <b>5. CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO<br/>SANITARIE</b> | <b>27</b> |
| 1° Criterio: ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE            | 28        |
| 2° Criterio: PRESTAZIONI E SERVIZI   | 36        |
| 3° Criterio: ASPETTI STRUTTURALI   | 42        |
| 4° Criterio: COMPETENZE DEL PERSONALE  | 45        |
| 5° Criterio: COMUNICAZIONE   | 47        |
| 6° Criterio: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA  | 52        |
| 7° Criterio: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE                                   | 56        |
| 8° Criterio: UMANIZZAZIONE   | 58        |



## INTRODUZIONE

### AMBITO DI APPLICAZIONE

L'accreditamento previsto dalla L.R. 21/2016 riguarda l'intera filiera delle strutture pubbliche e private, sanitarie, socio sanitarie (ricomprese nel DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA) e sociali, specificate dal Regolamento Regionale n. 1/2018, presenti nel territorio regionale, i cui allegati individuano le diverse tipologie di strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Nello specifico l'ambito di applicazione del presente Manuale di accreditamento riguarda le tipologie di strutture, dalle ospedaliere alle extra-ospedaliere, di cui all'art.7, commi 1 e 2 di seguito elencate:

- a) le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale;
- c) le strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, le strutture 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;
- d) gli stabilimenti termali

e le strutture previste al comma 2 di seguito riportate:

gli studi odontoiatrici, gli altri studi medici o di altre professioni sanitarie, se attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, di particolare complessità organizzativa e tecnologica o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche e gli studi o le strutture dove si esegue attività di diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento.

Le strutture sociali di tutela e accoglienza ricomprese nell'articolo 7, comma 1, lettera c) non sono oggetto del presente Manuale di Accreditamento.

### OBIETTIVI

Nel Manuale di Accreditamento sono inclusi i requisiti che attengono ai processi organizzativi, informativi e assistenziali che favoriscono un approccio di qualità (efficacia, sicurezza, efficienza, appropriatezza, umanizzazione, ecc.).

Il manuale di Accreditamento è stato revisionato ed aggiornato con l'obiettivo di implementare i processi qualificanti del sistema delle cure.

In questo ambito sono stati posti gli obiettivi, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni-P.A. del 20 dicembre 2012 e con l'Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015.

La scelta di non inserire requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi ulteriori nel Manuale di Accreditamento, nasce dalla volontà di raccogliere la sfida delle nuove direttrici di sviluppo del SSR, le quali mirano ad aumentare in maniera considerevole la sicurezza e la qualità assistenziale dei luoghi di cura; per questo motivo:

- nei manuali di autorizzazione sono stati inclusi tutti i requisiti riferiti alle risorse strutturali, tecnologiche, umane e organizzative, necessari all'esercizio efficace e sicuro delle attività delle specifiche strutture sanita-



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

rie, socio-sanitarie;

- nel manuale di accreditamento sono stati inseriti i requisiti che riguardano i processi dell'erogazione delle prestazioni e le diverse dimensioni della qualità.

**PERCORSO**

Lo svolgimento del percorso di Accreditamento si sviluppa nel rispetto delle norme di cui al Capo III della Legge regionale 21/2016.

Per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c) d) e comma 2, le funzioni amministrative concernenti l'accreditamento sono svolte dalla Regione.

Per le strutture sociali ricomprese nell'articolo 7, comma 1, lettera c) le funzioni amministrative suddette sono svolte dal Comune e non sono oggetto del presente Manuale di accreditamento.

Al fine di mantenere attivo un sistema di monitoraggio costante che valuti l'implementazione delle evidenze (items), saranno valutate le successive azioni di miglioramento individuate ed il monitoraggio che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.

La verifica costante consente di mantenere attivo l'Accreditamento, superandone la mera applicazione burocratica, a favore di un percorso di miglioramento continuo.

Il coinvolgimento degli Organismi di partecipazione dei cittadini, previsti dal comma 1 dell'art. 24 della L.R. 13/03 (cfr. anche Regolamento Regionale 6/2015), al processo di accreditamento, consentirà lo sviluppo delle attività di partecipazione e trasparenza; tale partecipazione è obbligatoria per le strutture a titolarità pubblica, auspicabile per le strutture a titolarità privata.

L'O.T.A. effettua le verifiche al Tempo 0 delle evidenze (items) di tipo I e II e al Tempo 1 per le evidenze (items) di tipo III, garantendo autonomia e assenza di conflitti di interesse nell'espletamento delle proprie funzioni e trasparenza; i requisiti di tipo IV, che sono facoltativi, sono verificati dall'O.T.A. in relazione alla eventuale specifica richiesta.

L'ufficio regionale competente, con riferimento al parere dell'O.T.A., predispone il decreto di accreditamento istituzionale nei confronti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, oggetto di valutazione.

Nel caso di diniego dell'accreditamento o lo stesso contenga prescrizioni, la struttura può presentare alla Regione, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto medesimo, le proprie controdeduzioni mediante richiesta di riesame. Il Dirigente regionale competente decide, entro trenta giorni, dal ricevimento della richiesta di riesame, sentito l'O.T.A..

**DURATA**

Ai sensi dell'art. 17 della LR 21/2016, "l'accreditamento ha validità triennale e può essere rilasciato anche con prescrizioni, se le difformità riscontrate non riguardano requisiti che incidono sulla sicurezza di utenti e operatori. In tale caso il provvedimento stabilisce il termine entro il quale si provvede alla verifica.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Non è previsto il rinnovo tacito. La domanda di rinnovo deve essere presentata, pena l'irricevibilità, non prima di centocinquanta (150 gg) e non dopo novanta (90 gg) giorni antecedenti la data di scadenza del precedente accreditamento.

L'accREDITAMENTO non è trasmissibile. Nei casi di mutamento della compagine societaria o di subentro in qualsiasi forma, va presentata richiesta di nuovo accreditamento, che viene rilasciato previa verifica del possesso dei requisiti richiesti. Nelle more del rilascio e in ogni caso fino alla scadenza degli eventuali contratti stipulati con la pubblica amministrazione conserva validità l'originario accreditamento."

## DEFINIZIONI

**• Accreditamento istituzionale**

Ai sensi dell'art. 2 della Legge Regionale n. 21/2016 si definisce "Accreditamento istituzionale: *il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*"

**• Struttura**

Unità erogativa, che si identifica in base alle diverse tipologie di cui al regolamento regionale n. 1/2018, per la quale il titolare chiede l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e può chiedere l'accREDITAMENTO.

**• OTA**

**Organismo Tecnicamente Accreditante**, previsto dall'Intesa Stato-Regioni-P.A. del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, e disciplinato dalla DGR 522/2018, al quale spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, di effettuare la valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO.

**• Criteri:** sono ambiti della qualità individuati nell'accordo Stato-Regione-P.A. del 20 dicembre 2012 e con l'Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, di seguito esplicitati:

- 1 attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie
- 2 prestazioni e servizi
- 3 aspetti strutturali
- 4 competenze del personale
- 5 comunicazione
- 6 appropriatezza clinica e sicurezza
- 7 processi di miglioramento e innovazione
- 8 umanizzazione

**• Requisiti:** sono gli elementi che devono essere posseduti ai fini dell'ottenimento dell'accREDITAMENTO, riguardano i processi dell'erogazione delle prestazioni e le diverse dimensioni della qualità.

**• Evidenze (items):** rappresentano la declinazione dei requisiti in elementi di base oggettivabili e misurabili. Esse sono in totale 190 e vengono distinte in **quattro Tipi**.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **Livello di accreditamento:** connotazione qualitativa dell'accREDITamento
  - a) **di base** (quando vengono possedute le evidenze (di tipo I e II), come previste dalle tabelle relative ad ogni singolo requisito (paragrafo 5)
  - b) **avanzato** (quando vengono possedute le evidenze di tipo I, II e III ove richiesto) come previste dalle tabelle relative ad ogni singolo requisito (paragrafo 5)
  - c) **di eccellenza** (quando vengono posseduti e le evidenze di tipo I, II, III ove richiesto e IV) come previste dalle tabelle relative ad ogni singolo requisito (paragrafo 5)
  
- **Ciclo di Deming:** Il **ciclo di Deming** (o **ciclo di PDCA**, acronimo dall'inglese *Plan-Do-Check-Act*, in italiano "Pianificare - Fare - Verificare - Agire") è un metodo di gestione iterativo in quattro fasi utilizzato per il controllo e il miglioramento continuo dei processi e dei prodotti.

Y



## 1. STRUTTURA DEL MANUALE

Il Manuale di Accreditemento si fonda sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni-P.A. del 20 dicembre 2012 e dell'Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015 e specificamente sui contenuti dell'all.to A) "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditemento (Rep. N. 259/CSR del 20.12.2012)".

Nel medesimo documento, al Capitolo 1 in premessa, si precisa che l'accreditemento oltre ad avere "una funzione regolatoria, è uno strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" viene esplicitato che "un uniforme sistema di requisiti per l'accreditemento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private" ...significa da un lato mantenere l'attenzione sulla dimensione strutturale e dall'altro valorizzare i determinanti che consentono un adeguato sistema di governo delle funzioni assistenziali".

Sulla base del Disciplinare di cui sopra, il quale fornisce il quadro concettuale di riferimento in base al quale dovranno essere validate tutte le strutture in materia di accreditemento istituzionale, il presente Manuale si articola in:

- 8 criteri
- 28 requisiti
- 190 evidenze (items)

I criteri, i requisiti e le evidenze (items) rappresentano le caratteristiche che le strutture devono possedere a cui corrispondono relativi livelli di accreditemento e tempi di verifica.

L'Intesa della Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, recepita con DGR n. 942 del 26/10/2015, in materia di "adempimenti relativi all'accreditemento delle strutture sanitarie", ha stabilito tempi e modalità per l'accreditemento al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditemento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie; il presente Manuale ne declina le specificità e le integra, contestualizzandole alla realtà della Regione Marche.

**Gli otto criteri oggetto del Manuale di Accreditemento sono:**

1. ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE
2. PRESTAZIONI E SERVIZI
3. ASPETTI STRUTTURALI
4. COMPETENZE DEL PERSONALE
5. COMUNICAZIONE
6. APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA
7. PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE
8. UMANIZZAZIONE

L'art.16 della L.R. 21/2016 attribuisce alla Giunta regionale il compito di stabilire i **requisiti** per l'accreditemento, prevedendo:

- a) requisiti essenziali, quale presupposto per il rilascio e il mantenimento dell'accreditemento;
- b) requisiti ulteriori eventuali, anche ai fini di un'articolazione per classi, correlati alla complessità organizzativa e dell'attività delle strutture.

I 28 requisiti sono distribuiti all'interno degli 8 criteri, così come le 190 evidenze sono distribuite all'interno



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dei requisiti e classificate in I, II, III, IV tipo.

Le evidenze sono distinte in 4 tipi:

- Quelle del I e II tipo sono **requisiti essenziali** per il rilascio dell'accreditamento (art.16, lett. a) L.R. 21/2016);
- Quelle del III tipo sono **requisiti essenziali** per il mantenimento dell'accreditamento (art.16, lett. a) L.R. 21/2016);
- Quelle del IV tipo sono **requisiti ulteriori eventuali** (art.16, lett. b) L.R. 21/2016).

Nell'ambito dei **requisiti essenziali** di cui all'art.16, lett. a) della L.R. 21/2016, al rilascio ed al mantenimento dell'accreditamento, vengono stabiliti **2 livelli**:

- livello **di base** (che comprende le evidenze di I e II tipo);
- livello **avanzato** (che comprende le evidenze di III tipo).

Nell'ambito dei **requisiti ulteriori eventuali** di cui all'art.16, lett. b) della L.R. 21/2016, viene stabilito il livello di **eccellenza**.

La sussistenza delle evidenze di I e II Tipo, da verificare a tempo zero (T0), comporta il rilascio dell'accreditamento di livello di base. La struttura in possesso del livello di base è tenuta, pena la revoca dell'accreditamento, al possesso delle evidenze del III Tipo, nei tempi stabiliti, al fine di ottenere il livello avanzato.

A seguito dell'accreditamento avanzato viene attivato un percorso di monitoraggio dei requisiti e delle azioni volte al miglioramento continuo.

Nell'ambito della procedura per l'Accreditamento, la Regione si avvale dell'O.T.A. per le strutture sanitarie e socio sanitarie previste all'art.7 comma 1, lett. a) b) c) d) e comma 2.



## 2. LIVELLI DI ACCREDITAMENTO

Per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private che devono essere accreditate sono stabiliti diversi livelli di accreditamento:

- DI BASE**, quello in cui vengono soddisfatte le evidenze I e II tipo
- AVANZATO**, quello in cui vengono soddisfatte le evidenze di III tipo
- ECCELLENZA**, solo eventuale, quello in cui vengono soddisfatte le evidenze di IV tipo

Tutto il percorso di accreditamento si realizza attraverso un approccio di tipo *problem solving*, il quale permette di testare varie soluzioni ad un problema per identificare quella più efficace, prima dell'implementazione definitiva. A tal fine si segue la logica del ciclo di Deming, volto all'ottimizzazione dei processi ed al miglioramento della qualità e dell'efficienza. Le 4 fasi che lo costituiscono sono le seguenti:

- Plan (Pianificare)** - Identificare e analizzare l'eventuale problema o "la nuova opportunità", sviluppo di ipotesi su quale possano essere i possibili problemi e scelta di quello da testare.
- Do (Fare)** - Testare la soluzione potenziale, idealmente su corta scala, e misurarne i risultati.
- Check (Verificare)** - Studiare i risultati, misurarne l'efficacia e decidere se è possibile supportare l'ipotesi analizzata.
- Act (Agire)** - Se la soluzione funziona, implementarla.

Il livello di accreditamento deriva dal possesso dei requisiti, così come declinati nelle evidenze (items), con valore crescente in termini di qualità.

| Requisiti           | Tipologia evidenze | Raggiungimento necessario | Livello di accreditamento | Tempi                 |
|---------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Essenziali          | <b>Tipo I – II</b> | 100% dei requisiti        | <b>DI BASE</b>            | Necessarie al Tempo 0 |
| Essenziali          | <b>Tipo III</b>    | 100% dei requisiti        | <b>AVANZATO</b>           | Necessarie al Tempo 1 |
| Ulteriori eventuali | <b>Tipo IV</b>     | 100% dei requisiti        | <b>ECCELLENZA</b>         | Facoltativo           |

La struttura viene accreditata:

- al Livello DI BASE se dimostra, per ciascun requisito, di soddisfare tutte le evidenze classificate di tipo I e II, necessarie al Tempo 0;
- al Livello AVANZATO se dimostra, per ciascun requisito, di aver corrisposto a tutte le evidenze classificate di tipo III, necessarie al Tempo 1.
- al Livello di ECCELLENZA se dimostra, per ciascun requisito, di aver corrisposto a tutte le evidenze classificate di tipo IV, facoltativo.

La Struttura fornisce autodichiarazione delle evidenze possedute per il tipo I ed il tipo II ed elabora un cronoprogramma in cui definisce i tempi per il raggiungimento delle evidenze del III tipo (della durata massima di 12 mesi) ed eventualmente del IV tipo. Ogni struttura dovrà dimostrare di possedere le evidenze (items) dichiarate, con riferimento a quelle di propria pertinenza, come definite nelle tabelle dedicate in coda al paragrafo 5 "Criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie".

- L'accertamento del mancato possesso delle evidenze (items) di tipo I e II autodichiarate comporta il diniego dell'accreditamento.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- L'accertamento del mancato possesso delle evidenze (items) di tipo III, nei termini di cui al cronoprogramma, comporta, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di base, nonché:
  - per le strutture private, la decadenza dall'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
  - per le strutture pubbliche, la sospensione delle attività.

In ogni caso, per il mantenimento dell'Accreditamento, con l'approccio del piano di miglioramento continuo di qualità, l'O.T.A. valuterà l'attuazione del Plan, Do, Check e Act ai fini del rinnovo.

Qualora entro i tempi prefissati dall'art. 17, comma 7 della L.R. 21/2016, l'Azienda/Struttura non invierà l'autocertificazione dello sviluppo dell'Accreditamento nel rispetto delle evidenze (items) dal I al III tipo, l'Accreditamento non verrà rinnovato.

Il possesso dell'accreditamento di livello DI BASE e/o di livello AVANZATO consente alla Struttura di essere contrattualizzata con il Servizio Sanitario Nazionale, se trattasi di privato.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce obbligo per gli enti del SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli appositi accordi contrattuali di cui agli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.lgs 502/1992.

Nelle tabelle di cui al successivo paragrafo 5 "Criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie" si riportano le evidenze (items), collegate a tutti gli obiettivi dei diversi requisiti, con l'indicazione dei tempi di adeguamento, per quelle di pertinenza, o la loro "Non Applicabilità".

La "Non Applicabilità" di qualche evidenza (item) per qualche tipologia di Struttura viene indicata con la sigla N.A., in corrispondenza della tipologia di Struttura stessa.

Per ognuna delle tipologie delle strutture sanitarie e socio sanitarie di cui all'art.7 comma 1, lett a) b) c) d) e comma 2 L.R. 21/2016, specificate del Regolamento Regionale n. 1/2018, sono previste tipologie di evidenze diversificate con criteri, obiettivi e requisiti specifici per il raggiungimento dei vari livelli di Accreditamento, anche in riferimento alla tempistica, come riportato nelle tabelle esplicative riportate al successivo paragrafo 5 "Criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie".

| Allegati al Reg. Reg. 1/2018 | Tipologie di strutture  |
|------------------------------|---|
| A                            | Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti (articolo 7, comma 1, lettera a), della L.R. 21/2016)   |
| B                            | Strutture ospedaliere ed extraospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale (articolo 7, comma 1, lettera b), della L.R. 21/2016)   |
| C                            | Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente (articolo 7, comma 1, lettera c), della L.R. 21/2016)  |
| D                            | Stabilimenti termali (articolo 7, comma 1, lettera d), della L.R. 21/2016)  |
| E                            | Studi odontoiatrici, altri studi medici o di altre professioni sanitarie, se attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, di particolare complessità organizzativa e tecnologica o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente, nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche e studi o strutture dove si esegue attività di diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento (articolo 7, comma 2, della L.R. 21/2016) |



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'accREDITAMENTO di cui al presente Manuale si riferisce alle strutture sanitarie e socio sanitarie di cui al DPCM LEA 2017, per cui vengono escluse da questa procedura, perché oggetto di altro specifico atto, le strutture sociali, di tutela e accoglienza, di cui all'allegato C del Regolamento Regionale n. 1/2018.

Le strutture di laboratorio analisi saranno oggetto di successivo atto nel quale saranno definiti i Manuali di autorizzazione ed i accreditamento.

Poiché le tipologie delle strutture di cui all'allegato C del Regolamento Regionale n. 1/2018, oggetto del presente Manuale di accreditamento, sono ulteriormente aggregate per destinatari, ai fini della individuazione della rispettiva pertinenza, queste tipologie sono raggruppate come riportato nella tabella seguente:

| <i>Reg. Reg. 1/2018 - Allegato C</i> |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Destinatari</b>                   | <b>Tipologie di strutture</b>  | <b>Raggruppamento ai fini della pertinenza degli items</b> |
| <b>Generale</b>                      | Ospedale di Comunità<br>Casa della Salute <i>Tipo B</i>  | <b>A</b>   |
| <b>Anziani/Fragilità</b>             | Sanitarie extraospedaliere ( <i>intensive e estensive</i> )<br>Strutture socio-sanitarie ( <i>lungoassistenza /mantenimento e protezione</i> ) | <b>A</b>   |
| <b>Disabili</b>                      | Sanitarie extraospedaliere ( <i>intensive e estensive</i> )<br>Strutture socio-sanitarie ( <i>lungoassistenza /mantenimento e protezione</i> ) | <b>B</b>   |
| <b>Salute mentale</b>                | Sanitarie extraospedaliere ( <i>intensive e estensive</i> )<br>Strutture socio-sanitarie ( <i>lungoassistenza /mantenimento e protezione</i> ) | <b>C</b>   |
| <b>Dipendenze patologiche</b>        | Sanitarie extraospedaliere ( <i>intensive e estensive</i> )<br>Strutture socio-sanitarie ( <i>lungoassistenza /mantenimento e protezione</i> ) | <b>D</b>   |
| <b>Adulti</b>                        | Hospice  | <b>A</b>   |
| <b>Adulti</b>                        | Residenza Collettiva AIDS<br>Centro Diurno AIDS<br>Casa alloggio AIDS  | <b>D</b>   |
| <b>Minorenni</b>                     | Comunità Socio-Psico-Educativa Integrata per Minorenni<br>Comunità semiresidenziale Socio-Psico-Educativa Integrata per Minorenni              | <b>E</b>   |



### 3. MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO

Il percorso di accreditamento delineato dalla L.R. 21/2016 riguarda tutte le strutture identificate dal Regolamento Regionale n. 1/2018, sia a titolarità pubblica che privata.

Le strutture pubbliche presenti nel territorio regionale sono i 4 Enti di cui alla L.R. 13/2003:

- l'**Azienda sanitaria** unica regionale (ASUR), con sede in Ancona;
- le **Aziende ospedaliere**: Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" con sede in Ancona e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con sede a Pesaro;
- l'**Istituto di ricovero e cura** a carattere scientifico per anziani (INRCA) di Ancona.

Le due Aziende Ospedaliere svolgono attività di ricovero e specialistica e funzioni di urgenza-emergenza; così come l'INRCA che gestisce anche i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani.

L'articolazione dell'ASUR è del tutto peculiare e complessa poiché in essa sono presenti strutture ospedaliere, ambulatoriali (sia ospedaliere che territoriali), territoriali (sia residenziali che semiresidenziali).

Risulta evidente che, nell'articolato modello organizzativo regionale, i soggetti pubblici del Servizio Sanitario Regionale hanno una peculiare complessità, maggiore delle componenti private, con conseguenti diverse implicazioni sulle modalità di accreditamento.

Allo scopo di rendere coerente e funzionale l'accredito, il percorso delle strutture a titolarità pubblica dovrà essere governato/effettuato dalle rispettive Direzioni Generali, le quali dovranno produrre la documentazione per ogni singola struttura (stabilimento ospedaliero, ambulatorio, servizio territoriale se a gestione diretta). In particolare, l'ASUR garantirà l'unitarietà dei processi amministrativi ed organizzativi e una sistematica e puntuale comunicazione con i livelli territoriali (Area Vasta e Distretti Sanitari) per mantenere aggiornati gli accreditamenti di "nuovi" servizi e per i rinnovi periodici, finalizzati alla qualificazione del sistema delle cure con una *governance* unitaria.

#### PROCEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1. I tempi del procedimento di accreditamento ammontano a 180 giorni. Tale termine è sospeso nel caso in cui sia già pendente il procedimento di autorizzazione all'esercizio.
2. Il titolare della struttura autorizzata all'esercizio ex art.9 L.R. 21/2016, presenta, domanda di accreditamento al dirigente della P.F. Accreditamenti del Servizio Sanità, utilizzando la modulistica disponibile sulle pagine web del Servizio regionale competente.
3. La P.F. Accreditamenti del Servizio Sanità esegue una istruttoria preliminare, procedendo alla verifica della correttezza formale della domanda e della funzionalità di cui all'art. 2, comma 1, lettera i), della L.R. 21/2016 e trasmette i documenti all'OTA per l'effettuazione del sopralluogo volto alla verifica dei requisiti di accreditamento dichiarati, in relazione alle evidenze di tipo I e II.
4. In caso di prescrizioni l'OTA comunica i tempi necessari alla risoluzione delle stesse alla PF Accreditamenti, la quale provvede a sospendere il procedimento dandone comunicazione alla struttura.
5. Per la verifica della presenza delle evidenze (items) di Tipo III, l'O.T.A. effettuerà un nuovo sopralluogo in base al cronoprogramma fornite dalla struttura ed eventualmente di quelle di tipo IV, se richieste.
6. L'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza di I e II tipo autodichiarato comporterà il diniego dell'accredito.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

7. L'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza del III tipo autodichiarata, comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di Base, nonché:
  - per le strutture private, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
  - per le strutture pubbliche, la sospensione delle attività e la comunicazione alla struttura regionale competente per la procedura di cui all'art. 3 bis del D.Lgs 502/1992, ai fini della decadenza dal ruolo del responsabile.
8. L'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza di IV tipo autodichiarato comporterà il diniego dell'accreditamento di livello Eccellente.
9. Nel caso in cui l'accertamento comporti delle prescrizioni a carico della struttura, l'accreditamento sarà concesso solo a seguito del corretto adempimento delle prescrizioni.
10. L'accertamento del possesso delle evidenze di tipo I e II, nonché l'adempimento delle eventuali prescrizioni, comporta l'accreditamento di livello di Base.
11. L'accertamento del possesso delle evidenze di tipo III, nonché l'adempimento delle eventuali prescrizioni, comporta l'accreditamento di livello di Avanzato.
12. L'accertamento del possesso delle evidenze di IV tipo comporta l'accreditamento di livello Eccellente.
13. Il titolare della struttura accreditata, presenta l'autocertificazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento secondo il ciclo di Deming, con cadenza annuale, al dirigente della P.F. Accreditamenti, utilizzando la modulistica predisposta.

**PROCEDIMENTO DI RIESAME (art. 18 L.R. 21/2016)**

Nel caso di diniego dell'accreditamento o nel caso lo stesso contenga delle prescrizioni, l'interessato può presentare alla P.F. Accreditamenti entro **30** giorni dal ricevimento dell'atto, le proprie controdeduzioni mediante richiesta di riesame.

Il dirigente della P.F. Accreditamenti decide nei termini di **30** giorni dal ricevimento della richiesta, sentito l'O.T.A..

La richiesta non può essere accolta nel caso di parere negativo dell'O.T.A.

**ATTIVITÀ DI VIGILANZA (art. 19 L.R. 21/2016)**

La Regione può verificare, in ogni momento, tutte le strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine può avvalersi del servizio ispettivo e/o dell'O.T.A..

Nel caso in cui venga accertata la **perdita dei requisiti**, il dirigente della struttura regionale competente procede a diffidare il soggetto interessato. Quest'ultimo, entro 10 giorni dal ricevimento della diffida può presentare controdeduzioni o procedere, ove possibile, alla regolarizzazione, entro un congruo termine, di volta in volta stabilito nella diffida.

Qualora le controdeduzioni presentate dal soggetto interessato:

- non vengano accolte;
- o non siano state presentate nei termini;
- o non siano state regolarizzate, nei tempi prescritti nella diffida, le irregolarità riscontrate;

il dirigente della struttura regionale competente procede:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- a. alla REVOCA dell'accreditamento, nel caso di perdita dei requisiti essenziali ai sensi dell'art.16 comma 1 lett.a) della L.R. 21/2016 o nel caso di violazione degli accordi contrattuali di cui all'art.20;
- b. alla SOSPENSIONE dell'accreditamento, fino ad un massimo di un anno, nel caso di perdita dei requisiti diversi da quelli indicati nella lett.a), fino all'avvenuta rimozione delle cause che hanno determinato il provvedimento di sospensione medesimo. In tal caso l'accreditamento decade trascorso inutilmente il predetto termine di un anno.

L'accreditamento è sospeso o revocato rispettivamente in caso di sospensione o revoca del provvedimento di autorizzazione. L'accreditamento decade, oltre che nei casi di cui all'art.17 comma 7, e al comma 4 dell'art.19 della L.R.21/2016, in tutti i casi di decadenza dell'autorizzazione.

Y



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 4. TEMPI DI ACCREDITAMENTO

L'Accreditamento è successivo all'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio. "Nei casi in cui la domanda di accreditamento è presentata contestualmente alla domanda di autorizzazione all'esercizio, i termini del procedimento per l'accREDITAMENTO decorrono dal rilascio dell'autorizzazione." (Art. 17, comma 1, L.R. 21/2016).

I soggetti richiedenti l'Accreditamento devono inviare alla struttura regionale competente, la relativa domanda utilizzando la modulistica corredata dalle schede predisposte con decreto del dirigente della P.F. AccredITamenti e rese disponibili sul sito dell'ARS e della Sanità regionale.

Al Tempo 0 (T.0), cioè al momento della richiesta di AccredITamento di livello DI BASE, è necessario che ciascuna struttura possieda, per ciascun requisito, tutte le evidenze classificate di tipo I e II.

Al tempo 1 (T.1) è necessario che le diverse tipologie di strutture pubbliche e private possiedano, per ciascun requisito, tutte le evidenze classificate di tipo III, ove richieste, per il livello AVANZATO dell'accREDITamento.

Per l'acquisizione del Livello di ECCELLENZA (items di tipo IV), essendo lo stesso facoltativo, non viene indicata una tempistica specifica.

Per la tempistica si è mutuata, adattandola, l'impostazione prevista dall'Intesa n. 32 del 19 febbraio 2015.

Le verifiche effettuate dall'O.T.A., successivamente al rilascio dell'accREDITamento, potranno avvenire in qualunque momento.

Y



## 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*
  - *ospedaliera ed extra-ospedaliera che erogano prestazioni in regime ambulatoriale*
  - *sanitarie extra-ospedaliera 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.*



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

| <b>Requisito 1.1: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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.</b> |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |

11 MAR 2019  
258  
seduta del  
258



|  |     |     |      |     |     |     |     |     |     |      |
|--|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 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 | N.A. | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | N.A. |
| 1.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    |
| 1.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati   | IV  | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    |

**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, semiresidenzialità, 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.  |

seduta del  
11 MAR. 2019  
giornata  
258



|   |     |     |      |     |     |     |     |     |      |      |
|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| 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 | T.1  | N.A. |
| 1.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate necessarie alla partecipazione alla reti per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;  | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X    | N.A. |
| 1.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X    | 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:<br>a. descrivano i processi;<br>b. individuino le relative responsabilità clinico-organizzative;<br>c. indichino i criteri per la valutazione dei dirigenti; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |

seduta del  
1 MAR 2019  
delibera  
258



|   |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura:<br>a. dell'organizzazione;<br>b. delle responsabilità;<br>c. del sistema di delega; | II | T.0 |
| 1.3.3. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni;  | IV | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 1.3.4. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

**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 (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato, che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché il diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa.

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |
| 1.4.1. presenza nella struttura sanitaria di sistemi informativi che consentano:<br>a. tracciatura dei dati sanitari;<br>b. supporto alle attività di pianificazione e controllo;<br>c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS).<br>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   | T.0   |

seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.4.2. presenza di un sistema implementato, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), che garantisca:<br>a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;<br>b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi | I   | T.0 |
| 1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;  | II  | 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 |
| 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  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 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  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

seduta del  
11 MAR 2019  
delibera  
258



| <b>Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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.</b>  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |
| 1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca:<br>a. strumenti;<br>b. modalità;<br>c. tempi;<br>d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo;<br>e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti); | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |
| 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |
| 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   |

seduta del  
11 MAR 2019  
delibera  
258



|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione  | II  | 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 |
| 1.5.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 1.5.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

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

**Obiettivo:** Garantire, 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, 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   |

11 MAR. 2019  
258  
giunta regionale



|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
| 1.6.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 1.6.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258

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**

| <b>Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>Obiettivo: Fornire al cittadino, 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, 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.</b> |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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:<br>a. le tipologie di prestazioni di servizio;<br>b. i volumi di prestazioni;<br>c. le modalità erogative;<br>d. gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini;<br>e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;  | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |
| 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   |



seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;                          | IV | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

**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   | T.0   |
| 2.2.2. presenza/adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con:<br>a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici;<br>b. lo stato nutrizionale e funzionale;<br>c. valutazione del dolore;<br>d. modalità e strumenti per la promozione della salute; | I    | T.0                   | N.A.                    | 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   | T.0   |
| 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   | T.0   |
| 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   | T.0   |
| 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                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |

seduta del  
11 MAR. 2015  
delibera  
258



|   |     |     |      |     |     |     |     |     |     |      |
|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 2.2.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento dei progetti; | III | T.1 | N.A. | 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  | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    |
| 2.2.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.                           | IV  | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X    |

### 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.  |

11 MAR. 2019  
258  
delibera  
scrittura del



|  |     |     |      |     |     |     |     |     |      |      |
|--|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| 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 | T.1  | N.A. |
| 2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X    | N.A. |
| 2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X    | 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 SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | 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                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A.  | N.A.  |
| 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   |

seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |    |     |      |     |     |     |     |     |      |      |
|---|----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| 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 | N.A. | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A. | N.A. |
| 2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;                | I  | T.0 | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0  | N.A. |
| 2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate | II | T.0 | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0  | T.0  |
| 2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X    | X    |
| 2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV | X   | X    | X   | X   | X   | X   | X   | X    | X    |

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

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |
|--|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
|  |      |                       |                         | A  | B   | C   | D   | E   |       |       |
| 2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di:<br>a. redazione;<br>b. aggiornamento;<br>c. conservazione;<br>d. verifica e modalità di controllo; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |

seduta del  
1 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 2.5.5. predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria   | II  | 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 |
| 2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

seduta del  
11 MAR 2019  
delibera  
258

*(Handwritten signature and mark)*

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   |

seduta del  
**1 MAR 2019**  
 numero  
**258**

  
 Y



|  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
| 3.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 3.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

### 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   |

seduta del  
11 MAR 2019  
258



|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
| 3.2.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle ispezioni effettuate;   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 3.2.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

seduta del  
11 MAR 2019  
deliberata  
258

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**

| <b>Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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</b>                 |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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   |
| 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   |



seduta del  
1 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;                          | IV | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 4.1.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

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

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

| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
|   |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |
| 4.2.1. l'organizzazione pianifica e programma, per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, le attività di:<br>a. accoglienza;<br>b. affiancamento/addestramento; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |
| 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   | X                     | X                       | X   | X   | X   | X   | X   | X     | X     |
| 4.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | X                       | X   | X   | X   | X   | X   | X     | X     |

seduta del  
11 MAR 2019  
delibera  
258



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**

| <b>Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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.</b> |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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   |
| 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   |

214308  
1 MAR. 2019  
seduta del



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

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

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

| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIO SANITARIE |     |     |     |     | TERME | STUDI |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
|  |      |                       |                         | A   | B   | C   | D   | E   |       |       |
| 5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale; | I    | T.0                   | T.0                     | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | T.0   |
| 5.2.2. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;                               | I    | T.0                   | N.A.                    | 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |
| 5.2.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'analisi;  | IV   | X                     | N.A.                    | X   | X   | X   | X   | X   | X     | N.A.  |
| 5.2.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV   | X                     | N.A.                    | X   | X   | X   | X   | X   | X     | N.A.  |

seduta del  
11 MAR. 2019  
258



| <b>Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai <i>caregiver</i>, ai fiduciari</b>  |      |                       |                         |   |      |      |      |      |       |       |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|------|------|------|------|-------|-------|
| <b>Obiettivo: Fornire, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato, ai pazienti, ai <i>caregiver</i>, ai fiduciari le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza tra i pazienti, i familiari e la struttura.</b> |      |                       |                         |   |      |      |      |      |       |       |
| EVIDENZE   | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E 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.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | 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                   | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 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                   | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 5.3.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;   | IV   | X                     | X                       | X   | X    | X    | X    | X    | X     | X     |
| 5.3.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV   | X                     | X                       | X   | X    | X    | X    | X    | X     | X     |

seduta del  
1 MAR 2019  
deliberata  
258



| <b>Requisito 5.4: Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali</b>  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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.</b> |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
| 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   | X                     | X                       | X  | X   | X   | X   | X   | X     | X     |
| 5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | X                       | X  | X   | X   | X   | X   | X     | X     |

seduta del  
1 MAR 2019  
delibera  
258



| <b>Requisito 5.5: Modalità di ascolto dei pazienti</b>  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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'esistenza fornita al paziente, al diritto del paziente di partecipazione.</b> |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | 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 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   | X                     | X                       | X  | X   | X   | X   | X   | X     | X     |
| 5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | X                       | X  | X   | X   | X   | X   | X     | X     |

seduta del  
1 MAR 2010  
258  
cl. 10/11

*[Handwritten signature]*

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**

| <b>Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</b>  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>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.</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |
| 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |



seduta del  
11 MAR 2019  
delibera  
258



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

**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. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nei piani di monitoraggio;  | IV   | X                     | X                       | X   | X   | X   | X   | X   | X     | X     |
| 6.2.5. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | X                       | X   | X   | X   | X   | X   | X     | X     |

seduta del  
11 MAR. 2019  
della  
258



| <b>Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</b>   |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>Obiettivo: Garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi.</b>  |      |                       |                         |   |     |     |     |     |       |       |
| 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> , <i>Audit clinico</i> , <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   |

seduta del  
11 MAR. 2019  
25<sup>da</sup> ora



|   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi attraverso l'analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA, Failure Mode and Effect. Analysis) almeno 1 FMEA per anno); | III | T.1 |
| 6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;   | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| 6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

| <b>Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</b>  |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
|---|------|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| <b>Obiettivo: Evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza.</b>                |      |                       |                         |  |     |     |     |     |       |       |
| EVIDENZE  | TIPO | STRUTTURE OSPEDALIERE | STRUTTURE AMBULATORIALI | STRUTTURE: SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE |     |     |     |     | 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                   | N.A.                    | 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                   | N.A.                    | 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;  | I    | T.0                   | N.A.                    | 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. | II   | T.0                   | N.A.                    | T.0  | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |
| 6.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | III  | T.1                   | N.A.                    | T.1  | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1   | N.A.  |
| 6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | N.A.                    | X  | X   | X   | X   | X   | X     | N.A.  |

258  
delibera  
11 MAR. 2019  
seduta del

- ❖ **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**

| <b>Requisito 7.1: Progetti di miglioramento</b>  |      |                       |                         |   |      |      |      |      |       |       |
|--|------|-----------------------|-------------------------|---|------|------|------|------|-------|-------|
| <b>Obiettivo: Garantire lo sviluppo di una cultura ed un programma per il miglioramento delle prestazioni.</b>   |      |                       |                         |   |      |      |      |      |       |       |
| 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,   | I    | 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; | II   | T.0                   | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;   | IV   | X                     | X                       | X   | X    | X    | X    | X    | X     | X     |
| 7.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.  | IV   | X                     | X                       | X   | X    | X    | X    | X    | X     | X     |





**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   | T.0   |
| 7.2.2. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione  | IV   | X                     | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 7.2.3. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV   | X                     | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | 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. monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;  | I    | T.0                   | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 7.3.4. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca;   | II   | T.0                   | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |
| 7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;   | IV   | X                     | N.A.                    | N.A.  | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A.  | N.A.  |

seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258



|   |    |   |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---|----|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. | IV | X | N.A. |
|---|----|---|------|------|------|------|------|------|------|------|

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 (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato, 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                   | N.A.                    | T.0   | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0   | N.A.  |

seduta del  
1 MAR. 2019  
delibera  
2.58



|   |     |     |      |     |     |     |     |     |     |      |
|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 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 | N.A. | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A. |
| 8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell’equipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;  | I   | T.0 | N.A. | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | T.0 | N.A. |
| 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 | N.A. | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | T.1 | N.A. |
| 8.1.6. l’organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;  | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X   | N.A. |
| 8.1.7. l’organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.   | IV  | X   | N.A. | X   | X   | X   | X   | X   | X   | N.A. |

seduta del  
11 MAR. 2019  
delibera  
258