

**Dichiarazione del possesso dei requisiti ulteriori di qualità generali e specifici
previsti per l'accreditamento**

**REQUISITI GENERALI delle STRUTTURE SANITARIE E
SOCIOSANITARIE**

(Lista di controllo GEN)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti specificati con il relativo punteggio nella tabella sottostante

(se la domanda è presentata da una persona giuridica)

nella sua qualità di:

legale rappresentante della società

(indicare la corretta denominazione)

(Il possesso dei requisiti di cui alla presente scheda comporterà, a seguito dell'accreditamento istituzionale per l'erogazione delle prestazioni, l'iscrizione allo specifico registro provinciale ove sono elencate le strutture sanitarie e/o sociosanitarie accreditate, l'ente o associazione che le gestisce e la tipologia di attività sanitaria e/o sociosanitaria accreditata).

LEGENDA:**0** = Requisito non posseduto**35 / 70** = Requisito parzialmente posseduto (solo al 35% o al 70%)**100** = Requisito posseduto**NA** = Requisito non applicabile**GEN. 1****ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLA STRUTTURA**

La direzione fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza, mediante una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo e operi costantemente nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria provinciale.

REQUISITO GEN. 1.1	<i>La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee della programmazione sanitaria provinciale.</i>
<p>Obiettivo. L'obiettivo del requisito è di garantire che l'organizzazione sanitaria abbia un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientato 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 in coerenza con i principi fondanti del Servizio sanitario nazionale della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.</p>	
<p>Razionale. La pianificazione, la programmazione e l'organizzazione delle attività di assistenza e di supporto devono riflettere da un lato l'esigenza di rispetto del diritto alla salute e dall'altro i bisogni sanitari e sociali della popolazione del territorio. I bisogni tendono a modificarsi nel corso del tempo e quindi un'organizzazione sanitaria deve essere in grado di analizzare tali bisogni, rimodulare i propri obiettivi, la propria organizzazione interna, le proprie attività e pratiche di riferimento per garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni.</p> <p>Le prestazioni sanitarie assicurate dal Servizio sanitario rispondono a bisogni assistenziali tutelati nell'ambito dei "Livelli essenziali di assistenza" e sono erogate a tutti i cittadini nel rispetto dei criteri dell'accessibilità, dell'appropriatezza e dell'equità degli interventi. La valorizzazione dei principi ispiratori del Servizio sanitario pubblico e il rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria rappresentano un requisito fondamentale per le organizzazioni che intendono svolgere attività assistenziali nel contesto del Servizio sanitario nazionale. Modalità operative, organizzazione interna e processi gestionali devono pertanto essere coerenti con le regole e integrati con i sistemi tecnico-organizzativi adottati dalla Provincia e dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari per gestire il complesso dei servizi e delle prestazioni erogate.</p> <p>I piani organizzativi adottati dalla direzione descrivono le cure e i servizi da erogare in conformità alla missione e agli indirizzi strategici dell'organizzazione, sono orientati a garantire una gestione dell'organizzazione coerente con quanto pianificato e sono sostenuti da adeguate risorse e azioni individuate nei documenti di programmazione interna.</p> <p>L'esplicitazione e la comunicazione di tali programmi ed obiettivi e la partecipazione attiva del personale e degli altri principali portatori di interesse è il presupposto per l'esercizio delle attività. La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione e al riesame di quanto programmato.</p>	

Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 1.1.1	La documentazione, che esplicita le attività svolte e l'organizzazione interna, evidenzia la coerenza con i livelli essenziali di assistenza.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.2	Le modalità di funzionamento, la dotazione organica e i livelli prestazionali del personale (medico, infermieristico, ecc.) sono coerenti con le linee di indirizzo della programmazione sanitaria provinciale, a garanzia di un'assistenza sicura e di qualità, in funzione dei bisogni dei pazienti.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.3	La documentazione attestante le attività erogate e l'organizzazione interna è stata diffusa alle diverse articolazioni organizzative ed è conosciuta nell'organizzazione e dai principali portatori di interesse.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.4	L'organizzazione ha approvato un piano strategico aziendale che contiene gli obiettivi basati sull'analisi dei bisogni sanitari e della domanda di servizi/prestazioni sanitarie coerenti con la visione, la missione e i valori dell'organizzazione, nonché con i principi del Servizio sanitario nazionale.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.5	L'organizzazione ha adottato un codice di comportamento/etico.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.6	Il piano strategico aziendale e il codice di comportamento/etico sono stati diffusi alle diverse articolazioni organizzative e sono conosciuti nell'organizzazione e dai principali portatori di interesse.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.7	L'organizzazione ha approvato un piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione di assistenza e di supporto che preveda per la sua formulazione l'esplicito coinvolgimento del personale.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.8	Il piano annuale delle attività è diffuso e conosciuto dal personale delle diverse articolazioni organizzative.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.9	Sono assegnate le responsabilità per il conseguimento degli obiettivi annuali in tutte le articolazioni organizzative.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.10	Vengono sviluppate relazioni con la comunità e associazioni civiche di tutela e volontariato atte a promuoverne la partecipazione nella definizione e implementazione degli obiettivi strategici.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.11	L'organizzazione verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.1.12	I risultati del monitoraggio delle performance vengono condivisi con tutti i portatori di interesse e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 1.2	<i>L'organizzazione promuove e partecipa allo sviluppo di reti assistenziali integrate che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando sinergie tra modelli organizzativi e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.</i>
<p>Obiettivo. La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico della persona assistita mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari con caratteristiche e intensità differenziati, al fine di assicurare livelli ottimali di continuità assistenziale e appropriatezza in tutte le fasi dell'assistenza. L'obiettivo è quello di dare piena attuazione alla centralità della persona assistita, assicurando la cooperazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle cure e promuovendo l'innovazione.</p>	
<p>Razionale. In tutti i sistemi sanitari avanzati lo sviluppo di reti assistenziali integrate (ospedale/ospedale, ospedale/territorio, territorio/territorio) rappresenta il modello più idoneo per rispondere alle problematiche assistenziali correlate, sia alla gestione delle emergenze cliniche, sia alla gestione delle patologie croniche e delle disabilità. Sviluppare reti assistenziali integrate significa attuare sinergie di progetti di cura e di modelli organizzativi centrati sui bisogni della persona assistita, in particolar modo se fragile e complessa.</p> <p>La rete è basata su analisi epidemiologiche dei fabbisogni e dei bacini di utenza e costituisce uno strumento di cooperazione e condivisione delle informazioni volto a garantire la tutela della persona assistita/cittadino, fine ultimo, e un'adeguata razionalizzazione del rapporto prestazioni/risultati di salute. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e delle strutture, e le modalità di partecipazione dei cittadini. La rete garantisce uniformità di accesso e qualità del trattamento (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) su tutto il territorio provinciale, mediante l'attribuzione di ruoli specifici, livelli di responsabilizzazione e competenze distintive nell'erogazione delle prestazioni ai diversi nodi, anche secondo criteri di alternanza temporale che tengano conto delle specifiche esigenze locali del territorio. L'organizzazione dell'assistenza in rete consente di ottimizzare, presso ciascun nodo della rete, e a livello di sistema, la qualità delle cure e l'impiego delle risorse professionali, strutturali, tecnologiche ed economiche. L'integrazione permette di condividere informazioni e di accrescere le competenze e l'<i>expertise</i>.</p> <p>La rete è istituita con atto formale o della Provincia o dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, in relazione alle strutture coinvolte, che individua il sistema di <i>governance</i> della stessa, esprime le politiche sanitarie di riferimento e stabilisce le interrelazioni fra il livello programmatico e quello organizzativo-gestionale. Tale atto stabilisce le strutture tenute ad aderire alla rete, ovvero gli ambiti di competenza e applicabilità del requisito e dei relativi criteri di verifica agli erogatori oggetto di accreditamento istituzionale, anche in relazione alla partecipazione a reti nazionali e internazionali, secondo quanto previsto dalla vigente legislazione italiana ed europea. Per la definizione delle reti la Provincia e l'Azienda provinciale per i servizi sanitari adottano le linee guida organizzative e raccomandazioni tecnico-professionali contenute negli accordi sanciti in sede di Conferenza stato-regioni (es. reti tempo-dipendenti, cure palliative), nonché documenti di indirizzo e buone pratiche aventi ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative e assistenziali validate dalla comunità professionale e scientifica.</p> <p>Negli atti di istituzione della rete vengono formalizzati linee di indirizzo e standard di riferimento per l'attività della stessa, nel suo complesso, e per le singole strutture che ne fanno parte. Le responsabilità, le strutture e le modalità di coordinamento della rete sono garantite anche mediante organismi che assicurino la rappresentatività delle componenti istituzionali e professionali coinvolte nell'assistenza. Il livello di indirizzo e coordinamento stabilisce le modalità di pianificazione, gestione e valutazione delle attività della rete. Per ciascuna rete sono definiti e garantiti le strutture,</p>	

i servizi, le risorse tecnologiche e le equipe di professionisti che la compongono. All'interno della rete vengono implementati: i meccanismi operativi, gli specifici processi sanitari e sociali, le procedure di continuità/dimissione, le attività di formazione continua degli operatori (e di verifica dell'adeguatezza di formazione e competenza), gli strumenti e gli indicatori di monitoraggio e verifica della qualità.

Nel quadro dei processi di cura dinamici delle reti vengono definiti e implementati percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Il PDTA definisce la "strada", che la maggior parte delle persone assistite deve percorrere nella rete assistenziale, coniugando, sia l'accessibilità e l'equità di utilizzo dei servizi con la specializzazione tecnica dell'assistenza e l'interdisciplinarietà delle cure, sia l'efficienza gestionale con la continuità dell'assistenza e l'*empowerment* della persona assistita. Il PDTA rappresenta uno strumento clinico-organizzativo essenziale per guidare le attività di ogni professionista nella presa in carico del paziente/utente ed il suo utilizzo va ottimizzato mediante il monitoraggio di indicatori di processo, di esito e procedure di audit.

L'organizzazione relazionale della rete riguarda molteplici ambiti tecnico-professionali ed organizzativi (procedure, linee guida, team mobile di professionisti qualificati, programmi di ricerca e formazione comuni) e può essere attuata attraverso l'utilizzo degli strumenti tecnologici disponibili (compresi teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità). Nell'ambito della rete vengono garantite modalità strutturate di partecipazione, comunicazione e trasparenza delle attività e dei risultati nei confronti dei pazienti e delle associazioni di tutela e volontariato di rappresentanza degli utenti e dei cittadini. L'implementazione delle attività della rete deve essere accompagnata da azioni di monitoraggio e valutazione finalizzate a individuare le migliori esperienze e le *best practice* da mettere a disposizione e diffondere nel Servizio sanitario nazionale. I requisiti vengono valutati per ciascuna rete a cui la struttura è tenuta ad aderire e relativamente a tutti i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali che è tenuta ad applicare.

Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 1.2.1	L'organizzazione promuove e partecipa alle attività delle reti assistenziali integrate che la riguardano, definite a livello provinciale, al fine di assicurare l'integrazione tra ospedale, territorio e settore sociale.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.2	L'organizzazione garantisce e documenta, per quanto di propria competenza, l'implementazione di un "Piano di rete locale", con particolare riferimento a:					
GEN. 1.2.2-a	- formalizzazione di responsabilità e architettura organizzativa interna;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.2-b	- modalità strutturate di collaborazione e integrazione tra le componenti professionali e i livelli di assistenza di base e specialistica coinvolte nella cura e riabilitazione delle persone assistite;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.2-c	- obiettivi specifici di funzionamento, performance e qualità della rete;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.2-d	- sviluppo di attività di condivisione di buone pratiche clinico-assistenziali, organizzative e gestionali.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.3	Nell'esercizio delle funzioni previste all'interno della rete, l'organizzazione garantisce gli standard strutturali, organizzativi, professionali, tecnologici e operativi previsti dagli indirizzi provinciali.	0	35	70	100	NA

GEN. 1.2.4	Vengono applicate procedure condivise e aggiornate periodicamente per la pianificazione e la gestione delle cure, sia per quanto riguarda i processi clinico-assistenziali che tecnico-organizzativi e sociali rilevanti rispetto alle attività della rete (es. accesso, assistenza, trasferimento e cambio di <i>setting</i>), sia per l'interazione tra i diversi soggetti istituzionali e professionali coinvolti nel percorso di cura, inclusa la persona assistita, la famiglia e le associazioni di volontariato che operano all'interno della rete.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.5	L'organizzazione ha implementato i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali relativi alle principali patologie/bisogni di cui la rete si fa carico e cui si conforma il piano di assistenza personalizzato relativo al singolo assistito.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.6	Vengono adottati sistemi informativi comuni per l'integrazione delle fonti informative, la consultazione della documentazione sanitaria e socio-sanitaria (rilievi clinici, immagini, piani assistenziali, ecc.), e la circolazione delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, tra tutti i soggetti che fanno parte della rete.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.7	L'organizzazione adotta una Carta dei servizi contenente informazioni per i cittadini inerenti attività, organizzazione, modalità di accesso e servizi offerti dalla rete e promuove modalità di coinvolgimento di associazioni civiche di tutela e volontariato nella pianificazione e implementazione delle attività di rete e dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.8	Sono realizzate iniziative di formazione continua e sviluppo professionale rilevanti e specifiche per gli operatori della rete, a garanzia della competenza degli operatori, anche mediante strumenti di accrescimento, verifica e certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9	L'organizzazione applica strumenti di analisi del fabbisogno e di monitoraggio delle performance della rete, in coerenza con i sistemi e gli indicatori stabiliti a livello nazionale integrati con ulteriori indicatori a livello locale, attinenti:					
GEN. 1.2.9-a	- l'adesione ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9-b	- l'appropriatezza e gli esiti clinici e assistenziali;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9-c	- i flussi di mobilità sanitaria;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9-d	- gli esiti riferiti dalla persona assistita;	0	35	70	100	NA

GEN. 1.2.9-e	- la qualità percepita e il grado di umanizzazione delle cure;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9-f	- l'efficienza operativa;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.9-g	- i progetti e le azioni di miglioramento.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.2.10	L'organizzazione assicura la disponibilità di procedure per la valutazione degli indicatori previsti, che costituiscono la base per il riesame delle attività realizzato con la partecipazione di tutti i portatori di interesse.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 1.3	<i>La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire che siano stati definiti ruoli, responsabilità e canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.						
Razionale. All'interno dell'organizzazione vengono identificati gruppi di professionisti, in possesso di adeguate qualifiche e competenze professionali, responsabili dell'erogazione di servizi sanitari e della loro sicurezza e qualità. Le responsabilità devono essere descritte in un documento che indichi anche le modalità di valutazione delle performance dei responsabili sulla base di criteri propri della struttura sanitaria e uniformi a livello provinciale. Una rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega deve essere effettuata periodicamente e ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura. Organizzazione e responsabilità devono chiaramente disciplinare attività ed elementi gestionali connessi alle specifiche caratteristiche di attività svolte e servizi erogati dalla struttura, in relazione a quanto richiesto dai requisiti di accreditamento.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 1.3.1	Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.3.2	Sono approvati documenti che descrivono la struttura dell'organizzazione, i processi e le relative responsabilità clinico-assistenziali-organizzative, gli strumenti di delega e le indicazioni per la valutazione dei responsabili e dei dirigenti.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.3.3	I documenti che descrivono la struttura dell'organizzazione, i processi e le relative responsabilità clinico-assistenziali-organizzative sono stati diffusi nell'organizzazione e sono conosciuti dal personale.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.3.4	È formalizzato un sistema di valutazione periodica delle responsabilità e degli strumenti di delega.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 1.4	<i>L'organizzazione dispone di sistemi informativi che assicurano un'efficace gestione delle informazioni.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché del diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie.						
Razionale. La capacità di acquisire e fornire informazioni richiede modalità e strumenti di gestione in grado di far propri gli input provenienti da svariate fonti: cittadini, operatori sanitari, responsabili dell'organizzazione sanitaria, soggetti esterni all'organizzazione che necessitano o richiedono dati e informazioni sulle attività e i processi assistenziali, anche ai fini di quanto indicato dalla legislazione vigente.						
I principi relativi alla corretta gestione delle informazioni sono gli stessi a prescindere dalla dimensione, dal tipo dell'organizzazione e dalla complessità del sistema informativo. La gestione delle informazioni richiede l'evidenza di un approccio pianificato che identifichi i fabbisogni informativi dell'organizzazione. Il formato e i metodi per la divulgazione dei dati e informazioni sono personalizzati secondo le aspettative della persona assistita, ma devono comunque garantire una comparabilità dei dati a livello regionale, nazionale ed europeo e pertanto essere rilevati e gestiti secondo modalità codificate, standardizzate e trasparenti.						
La qualità delle informazioni e dei dati deve inoltre essere monitorata in termini di affidabilità, accuratezza e validità, sia per quelli provenienti da fonti interne, che per quelli provenienti da fonti esterne, nel rispetto delle norme, dei protocolli e degli standard stabiliti a livello nazionale e provinciale. Il sistema adottato deve garantire la sistematica rilevazione e valutazione dei dati relativi ai processi, alle attività, ai risultati e il ritorno informativo, sia all'interno dell'organizzazione, a supporto dei processi di valutazione e miglioramento della qualità, sia all'esterno, per alimentare i flussi informativi richiesti per il governo del Servizio sanitario pubblico.						
Criteri per la verifica del requisito				Situazione attuale		
GEN. 1.4.1	L'organizzazione ha approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.2	Procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni sono state diffuse nell'organizzazione e sono conosciute.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.3	Sono formalizzate modalità che consentano di:					
GEN. 1.4.3-a	- documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.3-b	- raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione, controllo e miglioramento delle attività e dei servizi;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.3-c	- collaborare al debito informativo verso le istituzioni (Ministero della Salute, Provincia autonoma di Trento, ecc.);	0	35	70	100	NA

GEN. 1.4.3-d	- garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.3-e	- assicurare la continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.4	È documentata l'attività di valutazione della qualità delle informazioni in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dei dati provenienti da fonti interne ed esterne, anche in relazione a specifiche esigenze, standard di rilevazione e analisi con finalità di miglioramento continuo.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.5	Il personale applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.4.6	I risultati del monitoraggio sulla sicurezza, qualità (integrità, affidabilità, accuratezza e validità) e l'utilizzo dei dati vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 1.5	<i>L'organizzazione ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.</i>
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo di una cultura della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione.	
Razionale. La valutazione (di struttura, processo ed esito) della qualità dell'assistenza sanitaria, che si basa sulla sistematica raccolta di dati e informazioni, aiuta le organizzazioni a migliorare la sicurezza e l'efficacia dei processi assistenziali, analizzando l'esito degli stessi sulla salute dei pazienti, e nel contempo, a migliorare l'efficienza dei processi e l'utilizzo delle risorse. Le attività di valutazione devono essere inserite all'interno di un quadro di riferimento per la valutazione multidimensionale, sistematica e integrata della qualità dei servizi (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, equità, efficienza, soddisfazione degli utenti), finalizzata a migliorare la performance dei processi clinici e manageriali, fondata su indicatori rilevanti, misurabili, scientificamente validi e congrui rispetto agli obiettivi dell'organizzazione, derivati prioritariamente dai dati raccolti dalle attività routinarie e gestiti con modalità e strumenti che garantiscano la validità delle procedure di analisi. Tali attività devono focalizzare l'interesse sui processi di cura e rinforzare le opportunità degli operatori sanitari per l'auto-valutazione e l'auto-regolamentazione. Il processo di erogazione delle attività assistenziali e di supporto deve garantire adeguati livelli di qualità in tutte le fasi, anche in quelle realizzate da fornitori esterni all'organizzazione. La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità, si completano con le attività di valutazione esterna che devono essere parallele e di supporto alla valutazione interna e al miglioramento. Sulla base dei risultati delle attività di monitoraggio, la direzione assicura la continuità e la coerenza fra tutte le fasi del processo e provvede, con cadenza almeno annuale, a valutare le attività svolte e l'assetto organizzativo, individuando le aree prioritarie per l'attivazione di programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza.	

Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 1.5.1	L'organizzazione ha approvato un programma e procedure (contenenti strumenti, modalità e tempi) per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che includano: definizione di standard, indicatori di monitoraggio, assegnazione delle responsabilità e modalità di coinvolgimento del personale.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.2	Viene attuato un programma per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa:					
GEN. 1.5.2-a	- standard di prodotto/percorso organizzativo che includano elementi relativi a: 1) qualità clinico/assistenziale, 2) qualità organizzativa, 3) qualità percepita;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.2-b	- indicatori di monitoraggio (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.) e la periodicità delle rilevazioni relativi alle principali attività svolte dall'organizzazione;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.2-c	- assegnazione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.2-d	- modalità di sistematico coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione;	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.2-e	- verifica della rispondenza di servizi e prestazioni acquisiti da fornitori esterni rispetto ai requisiti di qualità attesi (anche in relazione a quanto previsto dalle procedure di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale).	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.3	Viene garantito l'impiego di strumenti di valutazione dei processi assistenziali (es. audit clinico, verifiche esterne di qualità) riconosciuti dalla comunità professionale e scientifica.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.4	I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.5	Vi è evidenza della diffusione dei risultati delle valutazioni ai portatori di interesse (interni e esterni).	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.6	Gli utenti e le organizzazioni di cittadini sono periodicamente coinvolti per fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.5.7	I risultati del monitoraggio della qualità dei servizi vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 1.6	<i>L'organizzazione assicura la prevenzione e la gestione dei disservizi.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano in grado di gestire correttamente il disservizio al fine di contribuire a salvaguardare l'efficacia, l'efficienza, l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e del servizio che essa eroga.						
Razionale. La gestione del disservizio racchiude le azioni che un'organizzazione deve compiere nel momento in cui vi è uno scostamento tra la qualità attesa dell'organizzazione e quella erogata/percepita. Questa attività attiene, da una parte, alla prevenzione del disservizio, quindi ha a che fare con un sistema di controlli volti ad evitare insoddisfazioni da parte dei propri utenti, dall'altra, è legata alla fase di trattamento e gestione dei disservizi, nel momento in cui essi siano stati segnalati. Essenziale è che le organizzazioni dispongano di strumenti atti a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio. Le informazioni inerenti i disservizi reali e potenziali sono utilizzate per prevenire il riaccadimento e apportare concreti miglioramenti ai servizi erogati.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 1.6.1	L'organizzazione ha approvato un programma per la gestione dei disservizi e la loro prevenzione (analisi dei principali processi/fasi di lavoro nelle quali è possibile che si verifichino disservizi, modalità di raccolta, tracciabilità, analisi, comunicazione esterna, piani di miglioramento, ecc.).	0	35	70	100	NA
GEN. 1.6.2	Viene attuato un programma per la gestione dei disservizi e la loro prevenzione (analisi dei principali processi/fasi di lavoro nelle quali è possibile che si verifichino disservizi, modalità di raccolta, tracciabilità, analisi, comunicazione esterna, piani di miglioramento, ecc.).	0	35	70	100	NA
GEN. 1.6.3	Viene attuato un processo di comunicazione esterna alimentato anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami.	0	35	70	100	NA
GEN. 1.6.4	I risultati del monitoraggio dell'analisi dei disservizi vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

GEN. 2**PRESTAZIONI E SERVIZI**

È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e la comunicazione con le persone assistite ed i cittadini.

REQUISITO GEN. 2.1	<i>La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on line).</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è fornire al cittadino una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi sanitari erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti e i cittadini al fine di tutelarne i diritti.						
Razionale. È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico – assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini. A tale scopo la Carta dei servizi deve essere aggiornata periodicamente e devono essere resi disponibili gli strumenti informativi adottati dall'organizzazione (es. cartacei, siti <i>web</i> , <i>app</i>). Oltre alla presentazione dell'azienda, alla sua missione e ai principi ispiratori, devono essere presenti informazioni specifiche sui servizi e sulle prestazioni sanitarie, i relativi criteri di accesso e gli impegni assunti dall'azienda per il miglioramento della qualità assistenziale, nel rispetto delle regole, degli indirizzi e delle prassi di riferimento per le attività assistenziali. L'organizzazione deve illustrare, in relazione alle singole articolazioni assistenziali e alle loro specificità, i principali elementi costitutivi e i riferimenti utili per facilitare l'orientamento, la scelta degli utenti e una corretta fruizione dei servizi presso la propria struttura, nonché un'adeguata informazione sulle eventuali alternative possibili e sulle modalità di presentazione di eventuali reclami, nonché relativamente alle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 2.1.1	La direzione ha definito un documento in cui sono esplicitati i requisiti e le modalità per la redazione della Carta dei servizi, al fine di garantire la piena informazione circa le tipologie di prestazioni assicurate, le modalità di erogazione, gli standard di qualità, gli impegni assunti nei confronti delle persone assistite e dei cittadini e le modalità del loro coinvolgimento.	0	35	70	100	NA
GEN. 2.1.2	La direzione ha predisposto una carta dei servizi generale che illustra i principali aspetti organizzativi relativi a: tipologie di prestazioni assicurate, modalità di erogazione, standard di qualità, impegni assunti nei confronti delle persone assistite e dei cittadini e loro coinvolgimento.	0	35	70	100	NA
GEN. 2.1.3	Le prestazioni, i servizi dichiarati, le modalità di fruizione degli stessi, i contenuti e le prestazioni del servizio sono coerenti con quanto erogato/autorizzato.	0	35	70	100	NA

GEN. 2.1.4	La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.	0	35	70	100	NA
GEN. 2.1.5	I risultati delle attività di monitoraggio della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei servizi vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 2.2	<i>L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è assicurare la corretta gestione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi <i>setting</i> assistenziali e l'efficienza del processo di cura, anche attraverso l'omogeneizzazione del linguaggio e delle codifiche tra tutti i soggetti e l'adozione di tecnologie informatiche che consentano di automatizzare la gestione delle informazioni. La corretta gestione della documentazione sanitaria include anche un'adeguata conservazione della stessa, sia durante il tempo di apertura del documento, sia successivamente alla sua chiusura, nonché un costante monitoraggio sulla qualità dei dati rilevati, registrati e archiviati.						
Razionale. La documentazione sanitaria in quanto testimonianza della pluralità di eventi e di attività, costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico, didattico oltre che per la tutela dell'operato professionale. Pertanto, essa deve essere gestita secondo modalità definite circa la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica, al fine di garantire la completezza rispetto agli interventi effettuati, la tracciabilità, la riservatezza (privacy), la sicurezza delle cure e l'adesione ai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali. Se correttamente gestita, essa contribuisce ad integrare l'agire dei molteplici professionisti coinvolti nel processo assistenziale e ad accrescere la sicurezza della persona assistita, permettendo di assumere decisioni basate su riscontri documentali aggiornati e puntuali. I documenti sanitari contengono dati personali ascrivibili alla categoria dei dati sensibili, pertanto devono essere: a) trattati in modo lecito e con correttezza per scopi ben determinati, espliciti e legittimi; b) esatti e, se necessario, aggiornati; c) pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alle finalità da perseguire; d) in forma che consenta l'identificazione solo per un tempo non superiore a quello necessario in base allo scopo. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione. Gli erogatori del servizio sanitario provinciale sono tenuti a promuovere progressivamente una completa informatizzazione della registrazione e gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria, nonché ad adottare strumenti e interfacce informatiche a supporto della verifica della qualità delle registrazioni cliniche e della gestione dei processi decisionali.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 2.2.1	L'organizzazione ha formalizzato la definizione dei requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la compilazione e la tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti), la conservazione e l'archiviazione, l'integrità, l'accesso, la sicurezza, la privacy e la verifica della qualità della documentazione sanitaria	0	35	70	100	NA

	e/o sociosanitaria, anche nei trasferimenti di <i>setting</i> assistenziali, in linea con il livello di informatizzazione posseduto e tenuto conto delle vigenti indicazioni normative.					
GEN. 2.2.2	Il documento che definisce la gestione della documentazione sanitaria, comprese le modalità di valutazione della qualità, e gli aspetti legati al tema della privacy, è stato diffuso ed è conosciuto.	0	35	70	100	NA
GEN. 2.2.3	Vi è evidenza della messa in atto delle indicazioni contenute nei documenti di riferimento finalizzati ad assicurare una corretta gestione della documentazione sanitaria e/o socio sanitaria.	0	35	70	100	NA
GEN. 2.2.4	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sulla corretta gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA



GEN. 3**ASPETTI STRUTTURALI**

L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse.

REQUISITO GEN. 3.1	<i>La direzione garantisce l'idoneità all'uso delle strutture.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire che un'organizzazione sanitaria sia in grado di offrire alle persone assistite, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una gestione degli edifici, degli impianti, delle infrastrutture e delle attrezzature volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.						
Razionale. Tutte le organizzazioni, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, sono tenute ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile, che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in sicurezza ed efficienza. La direzione deve conoscere e applicare la legislazione e i requisiti di pertinenza e le raccomandazioni formulate dagli organismi tecnici di riferimento, nonché inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di esercizio delle strutture. Prevenzione, pianificazione e monitoraggio sono essenziali per creare una struttura idonea e sicura per la cura della persona assistita.						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 3.1.1	È formalizzata la pianificazione degli interventi necessari a garantire l'idoneità all'uso, la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2	L'organizzazione ha messo in atto programmi per la gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, comprensivi di specifici indicatori, relativi a:					
GEN. 3.1.2-a	- sicurezza e vigilanza;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-b	- materiali pericolosi;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-c	- emergenze;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-d	- protezione antincendio;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-e	- radioprotezione;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-f	- apparecchiature biomediche;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-g	- impianti fissi;	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.2-h	- gestione dei rifiuti.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.3	Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.1.4	Vi è evidenza del periodico monitoraggio degli indicatori previsti dai programmi di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, che forniscano anche dati relativi a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.	0	35	70	100	NA



GEN. 3.1.5	I risultati del monitoraggio rispetto alla sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA
------------	---	---	----	----	-----	----

REQUISITO GEN. 3.2	<i>La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature biomediche anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature biomediche in uso all'interno dell'organizzazione. A tal fine è necessario assicurare l'esistenza: di un inventario delle attrezzature biomediche, di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria di tutte le attrezzature in uso, articolato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi, della formazione del personale sull'utilizzo e la manutenzione e delle procedure di dismissione.						
Razionale. Le attrezzature in uso nell'organizzazione devono supportare in maniera efficace l'erogazione delle prestazioni e dei servizi e la loro gestione deve essere tale da garantire un elevato grado di protezione della salute delle persone assistite e degli operatori. La struttura definisce la specifica organizzazione e le responsabilità e disciplina mediante procedure formalizzate, rese note alle varie articolazioni della struttura, tutte le attività connesse alla gestione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali. A tal fine la direzione della struttura adotta un inventario aggiornato delle attrezzature in dotazione, per disporre di dati riassuntivi e permettere la loro rintracciabilità, verificandone la funzionalità e le performance in modo regolare, adottando, altresì un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria. I tecnici biomedici direttamente impiegati per le attività di manutenzione, siano essi interni od esterni, possiedono un'esperienza comprovata e specifica nel settore e devono essere adeguatamente formati. Tutte le ispezioni, i collaudi, gli interventi di manutenzione devono essere documentati. Le informazioni raccolte devono essere disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione (acquisto, noleggio, <i>leasing</i> , donazione, <i>in service</i>). Tali informazioni consentono di effettuare le analisi per stabilire i criteri di sostituzione al fine di programmare gli investimenti e disinvestimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e del singolo tipo di attrezzatura. La gestione delle apparecchiature biomediche, in particolare ad alta complessità (es. RMN), deve avvenire garantendo adeguati livelli di prestazione.						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 3.2.1	È presente l'inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.2	L'organizzazione ha adottato e comunicato ai diversi livelli procedure e piani specifici per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.3	L'organizzazione ha messo in atto i piani per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.4	Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature risulta a corredo delle stesse ed è resa disponibile.	0	35	70	100	NA



GEN. 3.2.5	In relazione alle singole attrezzature vi è evidenza di specifiche procedure e della presenza della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.6	Sono definite modalità di dismissione delle attrezzature.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.7	Vi è evidenza della formazione e della verifica periodica delle conoscenze del personale sull'utilizzo, la manutenzione e la dismissione delle attrezzature.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.8	Il piano di manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale.	0	35	70	100	NA
GEN. 3.2.9	I risultati del monitoraggio rispetto alla gestione e manutenzione e alla gestione delle conoscenze del personale vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA



GEN. 4**COMPETENZE DEL PERSONALE**

L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità delle specifiche attività.

REQUISITO GEN. 4.1	<i>L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e la verifica della formazione necessaria al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è garantire al personale la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali degli operatori sanitari e le competenze corrispondano ai bisogni delle persone assistite sia inizialmente che a distanza di tempo.						
Razionale. Un'organizzazione necessita di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni delle persone assistite. La competenza professionale rappresenta sempre di più un elemento critico per dare soddisfazione alla missione di offrire servizi di buona qualità alla persona assistita e al cittadino. Le competenze per svolgere una determinata attività lavorativa devono essere valutate, dimostrate e mantenute. Per garantire che l'operatore sia in grado di assumere le responsabilità proprie del ruolo, l'organizzazione valuta, in modo continuativo, le competenze al fine di identificare i bisogni e gli interventi di formazione continua necessari e coerenti rispetto all'attività svolta e alla missione della struttura, raccogliendo e integrando fonti informative diverse al fine di pianificare la formazione del personale. L'organizzazione stabilisce le modalità di monitoraggio e verifica le competenze delle diverse figure professionali. Particolare attenzione è rivolta alla formazione, all'addestramento e all'esperienza richiesti per l'espletamento delle attività a maggior complessità o rischio e all'introduzione di innovazioni organizzative e tecnologiche. In situazioni in cui la valutazione delle competenze dia esito negativo, le attività del personale devono essere supervisionate finché l'operatore non sia in grado di dimostrare il livello richiesto di competenza.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 4.1.1	Responsabilità, organizzazione, risorse del sistema di gestione della formazione, supporto allo sviluppo e al mantenimento delle competenze sono coerenti con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.2	L'organizzazione ha definito degli standard di competenza per le principali posizioni.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.3	È presente un piano di formazione, aggiornamento e addestramento, almeno triennale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede:					
GEN. 4.1.3-a	- rilevazione dei fabbisogni formativi che tenga conto anche del monitoraggio delle competenze professionali;	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.3-b	- criteri di scelta delle priorità formative;	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.3-c	- programmazione delle attività formative;	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.3-d	- lo sviluppo di competenze: a) professionali specifiche, b) relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione), c) relative al rischio clinico, d) relative a innovazioni tecnologiche ed organizzative, e) relative alla promozione della salute;	0	35	70	100	NA



GEN. 4.1.3-e	- la condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno dell'azienda;	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.3-f	- la disponibilità di accesso alle fonti di informazione scientifica.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.4	Tutto il personale ha un proprio dossier formativo con l'evidenza dei corsi svolti e delle attività professionalizzanti.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.5	Vi è evidenza della verifica da parte della direzione delle credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.6	I risultati del monitoraggio rispetto all'aderenza agli standard di competenza previsti per il personale sono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.7	Viene garantita la verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accreditamento della funzione di provider.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.1.8	Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della direzione dell'efficacia e soddisfazione dei programmi attuati di formazione e sviluppo delle competenze, che costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 4.2	<i>L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di strutturare all'interno dell'organizzazione, nel caso di nuove assunzioni, di trasferimenti o cambiamenti di mansioni, nonché di specifiche attività rivolte al personale volontario, un percorso per l'inserimento di nuovi addetti.						
Razionale. Per poter svolgere con efficienza ed efficacia le funzioni attribuite, i nuovi addetti devono comprendere l'intera organizzazione ed essere orientati opportunamente alle responsabilità legate ai compiti propri della singola posizione funzionale. Oltre ad una valutazione iniziale per assicurarsi che la persona sia in grado di assumersi effettivamente le responsabilità legate al proprio ruolo, l'organizzazione deve prevedere un periodo di prova, che tenga conto dei tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste, durante il quale l'operatore opera sotto la stretta supervisione di un tutor e viene valutato, all'interno del dipartimento o del servizio cui è assegnato, sulla base delle capacità e delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti per l'espletamento delle attività assegnate.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 4.2.1	L'organizzazione ha formalizzato un piano che definisce le modalità per l'accoglienza, l'affiancamento e l'addestramento del nuovo personale neoassunto o trasferito compreso il personale volontario.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.2.2	Le modalità per l'accoglienza, l'affiancamento e l'addestramento del nuovo personale neoassunto o trasferito compreso il personale volontario, sono diffuse nell'organizzazione.	0	35	70	100	NA



GEN. 4.2.3	L'organizzazione ha messo in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.2.4	L'organizzazione ha messo in atto un piano di formazione strutturato sul rischio clinico, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e promozione della salute da erogare entro il primo anno di servizio al personale neoassunto o trasferito.	0	35	70	100	NA
GEN. 4.2.5	Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'efficacia dei programmi di orientamento/inserimento del nuovo personale neoassunto o trasferito e delle eventuali azioni di miglioramento.	0	35	70	100	NA



GEN. 5**COMUNICAZIONE**

Una buona comunicazione e relazione fra i professionisti e con gli assistiti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell' erogazione delle cure, partecipazione delle persone e dei familiari nelle scelte di trattamento.

REQUISITO GEN. 5.1	<i>L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna alla struttura, diffuso e articolato a tutti i livelli che favorisce la partecipazione degli operatori.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di definire i processi di comunicazione interna in grado di garantire che i principi, gli obiettivi e le modalità organizzative che la struttura pianifica, siano condivisi per assicurare il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.						
Razionale. Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e la condivisione, al fine del perseguimento delle strategie degli obiettivi aziendali. L'organizzazione deve assicurare che siano stabiliti appropriati processi di comunicazione interna, che riguardino anche la performance, tra le diverse categorie professionali, tra le unità organizzative, tra la componente clinica e quella amministrativo-gestionale, tra i professionisti sanitari e la direzione.						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 5.1.1	È formalizzato un piano della comunicazione interna per la condivisione sistematica delle informazioni riguardanti i flussi informativi, la reportistica in merito agli obiettivi, ai dati e alle informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.1.2	Vi è evidenza della circolazione delle informazioni previste dal piano della comunicazione.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.1.3	Vi è evidenza di momenti sistematici di condivisione e coinvolgimento del personale rispetto a quanto previsto dal piano.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.1.4	I risultati del monitoraggio rispetto all'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 5.2	<i>L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo.</i>
Obiettivo. Obiettivo di questo requisito è di 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 e soddisfazione del personale, provvedendo direttamente a raccogliere suggerimenti e a favorire l'analisi delle criticità nonchè procedere alla valutazione periodica del "clima aziendale" con specifici strumenti.	
Razionale. La gestione efficace della relazione tra il personale e il contesto organizzativo contribuisce alla condivisione dei valori e degli obiettivi, alla creazione di una cultura dell'organizzazione in grado di garantire sicurezza, produttività, efficienza, soddisfazione ed è	



cruciale per lo svolgimento efficace delle attività all'interno dell'organizzazione.
È opportuno pertanto che i risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale siano discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione.

Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 5.2.1	La direzione ha formalizzato le modalità che consentono l'ascolto di suggerimenti da parte del personale.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.2.2	Le modalità formalizzate per l'ascolto di suggerimenti da parte del personale sono diffuse e conosciute.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.2.3	Vi è evidenza dell'effettuazione di un'indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio e della diffusione dei risultati al personale.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.2.4	Vengono svolti momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità emerse dalle attività di ascolto.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.2.5	I risultati del monitoraggio rispetto ai risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 5.3	<i>L'organizzazione garantisce un'informazione equa, coordinata e omogenea alle persone assistite e ai familiari.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di fornire alle persone assistite e ai familiari/caregiver le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza, tra assistito e struttura, e di facilitare la loro partecipazione alle decisioni che riguardano la cura e la salute della persona assistita.						
Razionale. L'organizzazione deve assicurare la piena informazione circa le modalità assistenziali e le cure erogate, il tipo di prestazioni, i servizi e i tempi in cui le prestazioni vengono attuate e le alternative possibili. È importante assicurarsi che le persone assistite e i familiari/caregiver comprendano il significato delle informazioni sanitarie prestando attenzione alla lingua, alle culture di appartenenza e alle modalità di comunicazione e favorire una conoscenza globale sul contesto di cura e su come aumentare il controllo e migliorare la propria salute.						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 5.3.1	La direzione ha formalizzato una procedura che definisce le modalità di comunicazione con le persone assistite e i familiari/caregiver per assicurare un'informazione chiara, comprensibile, efficace e appropriata al contesto di cura.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.3.2	La direzione ha messo in atto la procedura che definisce le modalità di comunicazione con le persone assistite e i familiari/caregiver per assicurare un'informazione efficace e appropriata al contesto di cura.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.3.3	Sono presenti strumenti informativi sintetici (anche multilingua) messi a disposizione dei cittadini, in grado di aumentare la conoscenza dei fattori che	0	35	70	100	NA



	influenzano la salute e di favorire l' <i>empowerment</i> della persona assistita nella gestione della propria salute.					
GEN. 5.3.4	Vi è evidenza di verifica della qualità e della correttezza delle informazioni fornite.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.3.5	Vi è evidenza dell'informazione alla persona assistita e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.3.6	I risultati del monitoraggio rispetto alle attività connesse con la comunicazione vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 5.4	<i>L'organizzazione definisce le modalità di coinvolgimento e condivisione con le persone assistite e i familiari delle scelte clinico-assistenziali.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di stabilire una relazione con le persone assistite al fine di promuovere una partecipazione attiva della persona assistita e dei suoi familiari/ <i>caregiver</i> nei processi sanitari che lo interessano.						
Razionale. Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute; la partecipazione della persona assistita e dei suoi familiari/ <i>caregiver</i> è fondamentale, considerati gli effetti positivi sull'aderenza ai trattamenti, sugli esiti clinici e di salute e di ottimizzazione nell'uso delle risorse. La struttura deve adottare una specifica procedura per assicurare la piena informazione e il coinvolgimento attivo circa il percorso diagnostico terapeutico. La procedura deve prevedere che la persona assistita e il <i>caregiver</i> : <ul style="list-style-type: none"> - ricevano le informazioni su trattamento proposto, esiti attesi, diritti, doveri, rischi e benefici dei trattamenti, sufficienti per prendere decisioni ponderate e consapevoli sulle cure; - siano a conoscenza di quando saranno date loro le informazioni essenziali sulle condizioni cliniche e il responsabile del processo per acquisire il consenso; - siano informati sul diritto di decidere circa la sospensione della cura e i trattamenti pianificati. Una persona assistita consapevole può assumere comportamenti atti a evitare rischi, segnalare al personale sanitario comportamenti che possono comportare rischi, porre domande che consentono agli operatori di effettuare scelte assistenziali appropriate. Quando si instaura un rapporto di fiducia e collaborazione con l'équipe di cura, la persona assistita ascolta e segue le prescrizioni nonché segnala maggiormente situazioni non conformi a quanto concordato.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 5.4.1	La direzione ha formalizzato modalità per la partecipazione e coinvolgimento delle persone assistite e dei loro familiari nelle scelte clinico-assistenziali e una procedura per la gestione del consenso informato.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.4.2	La direzione ha formalizzato una politica per la promozione della salute (prevenzione, educazione alla salute, educazione terapeutica, ecc.) rispetto alle maggiori patologie trattate.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.4.3	Vi è evidenza della messa in atto di una procedura per la gestione del consenso informato.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.4.4	Vi è evidenza del coinvolgimento attivo delle persone assistite e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico.	0	35	70	100	NA



GEN. 5.4.5	Vi è evidenza dell'applicazione da parte del personale delle politiche e procedure per la partecipazione e coinvolgimento delle persone assistite nelle scelte clinico-assistenziali.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.4.6	Vi è evidenza dell'informazione della persona assistita, ed eventualmente dei familiari, e dell'acquisizione del consenso informato nel caso di partecipazione ad attività di sperimentazione clinica.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.4.7	I risultati del monitoraggio rispetto alle modalità di coinvolgimento e partecipazione delle persone assistite e familiari/ <i>caregiver</i> di cui sopra vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 5.5	<i>L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto delle persone assistite e dei cittadini.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di assicurare processi di ascolto e di attivare modalità e strumenti per accogliere e rispondere a reclami, a conflitti, a divergenze di opinione rispetto all'assistenza fornita alla persona e informando sul diritto di partecipazione.						
Razionale. La persona assistita ha il diritto di rappresentare problematiche relative all'assistenza ricevuta e di esigere che i suoi reclami siano presi in considerazione e, laddove possibile, risolti. L'organizzazione deve informare la persona assistita e i familiari/ <i>caregiver</i> sui processi attivati e incoraggiarli a partecipare al processo assistenziale. La rilevazione e misurazione della soddisfazione degli utenti costituiscono un elemento importante per avere informazioni utili al miglioramento del servizio e dei processi assistenziali. Tutto ciò indica una consapevolezza dell'importanza del giudizio del cittadino nella scelta delle decisioni organizzative. Il giudizio degli assistiti, per diventare effettivamente aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve cogliere tutti gli aspetti centrali ed accessori del servizio e soprattutto oltre al livello di soddisfazione, deve analizzare l'esperienza personale dell'utenza.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 5.5.1	La direzione ha definito una politica e delle procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni, suggerimenti e forme di ascolto attivo.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.5.2	Vengono effettuate di routine indagini di <i>customer satisfaction</i> o altri strumenti di ascolto interni all'azienda (es. <i>focus group</i> , indagini etnografiche) per la valutazione della soddisfazione delle persone assistite e dei familiari/ <i>caregivers</i> , rispetto all'esperienza di cura e al coinvolgimento e partecipazione.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.5.3	Vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di analisi della soddisfazione (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare) anche sul sito <i>web</i> aziendale.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.5.4	Viene pubblicato e diffuso un report periodico relativo alla gestione dei reclami.	0	35	70	100	NA



GEN. 5.5.5	Vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e i risultati delle indagini di <i>customer satisfaction</i> vengono discussi anche con le associazioni delle persone assistite e/o dei familiari.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.5.6	La formazione del personale di contatto con il pubblico include comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.	0	35	70	100	NA
GEN. 5.5.7	I risultati delle attività di monitoraggio rispetto alle modalità di ascolto delle persone assistite vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA



GEN. 6**SICUREZZA DELLE CURE E APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE**

L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza delle cure sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e debbono essere sistematicamente monitorati e ottimizzati.

REQUISITO GEN. 6.1	<i>La direzione elabora, attua e verifica il programma aziendale per la sicurezza e la gestione dei rischi secondo le indicazioni provinciali e nazionali.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è l'adozione da parte della direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della sicurezza, coerente con la disciplina e i sistemi nazionali e provinciali.						
Razionale. Per gestione della sicurezza si intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di un ospedale. La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto il risultato della gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente: <ul style="list-style-type: none"> - rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico; - rischio "non clinico": sono i problemi di sicurezza in generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari; - rischio clinico: riguarda le persone assistite, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario. I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio di strategie integrate, supportate dal coinvolgimento multidisciplinare di tutte le figure professionali interessate nell'attuazione delle azioni di prevenzione e gestione dei rischi per le persone e l'organizzazione, ovvero nel garantire la salute e la sicurezza dentro la struttura sanitaria. L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopradescritti, in coerenza con le priorità di intervento e le raccomandazioni nazionali in tema di sicurezza delle cure. Deve essere garantita un'attività sistematica di supporto all'implementazione e alla valutazione mediante strumenti validati e opportunamente gestiti, all'interno di un quadro trasparente di strumenti utilizzati, modalità operative, indicatori, standard e procedure di riferimento, in coerenza con le raccomandazioni e le <i>best practice</i> individuate a livello nazionale e internazionale.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 6.1.1	L'organizzazione ha predisposto specifici piani aziendali per la gestione integrata dei diversi rischi (rischio occupazionale, rischio non clinico, rischio clinico comprese le infezioni correlate all'assistenza sanitaria), i cui obiettivi sono declinati nei programmi di attività e di budget.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.1.2	L'organizzazione ha istituito un organismo aziendale deputato al controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.1.3	L'organizzazione ha istituito un organismo aziendale deputato alla gestione del rischio clinico.	0	35	70	100	NA



GEN. 6.1.4	Vi è evidenza della messa in atto dei piani aziendali per la gestione dei diversi rischi.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.1.5	I risultati delle attività di monitoraggio rispetto alla messa in atto dei piani aziendali vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 6.2	<i>L'organizzazione adotta strumenti per la prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi avversi.</i>					
Obiettivo. Obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi, coerenti con i sistemi nazionali e provinciali.						
Razionale. Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare approcci, misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza. A tale scopo devono essere attuate modalità organizzative e operative per:						
<ul style="list-style-type: none"> - definire le responsabilità e attivare piani e procedure per la sicurezza delle cure; - analizzare i processi assistenziali e individuare le più rilevanti condizioni/situazioni di rischio per le persone assistite; - minimizzare i rischi connessi alle attività clinico-assistenziali proprie dell'organizzazione, anche in riferimento a specifiche procedure invasive e tipologie di persone assistite considerate a maggior rischio in ragione delle condizioni generali o della severità del quadro clinico; - promuovere la segnalazione spontanea e la rilevazione e analisi sistematica di errori e eventi avversi, al fine di consentire il monitoraggio del fenomeno e l'attuazione delle misure necessarie per migliorare le condizioni di sicurezza e garantire l'affidabilità dei processi assistenziali; - favorire la comunicazione, la formazione e la circolazione di conoscenze tra i vari attori del sistema in un'ottica di apprendimento continuo. 						
La gestione degli eventi avversi comprende: a) l'identificazione e la segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato; b) le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto, per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; c) una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con le persone assistite ed i loro familiari; d) forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 6.2.1	L'organizzazione ha approvato un piano di formazione almeno triennale per la gestione del rischio clinico.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.2	Vengono applicate le raccomandazioni del Ministero della salute per la sicurezza dei pazienti (prevenzione degli errori in terapia con farmaci, prevenzione e gestione delle cadute, ecc.).	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.3	Viene garantita la diffusione e implementazione di buone pratiche (es. <i>check list</i> o <i>scoring system</i> applicati a ambiti specifici di cura e assistenza), in coerenza con i programmi nazionali e internazionali attivati con tali finalità.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.4	L'organizzazione ha formalizzato un sistema per la segnalazione di: <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.5	Vi è evidenza dell'implementazione del sistema per la segnalazione di: <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella, comprensivo del supporto ai	0	35	70	100	NA



	professionisti per le segnalazioni secondo le modalità previste e la restituzione a professionisti stessi e agli altri portatori di interesse.					
GEN. 6.2.6	Vi è evidenza dell'utilizzo di metodi di analisi (es. <i>root cause analysis, significant event audit, failure modes and effects analysis</i>) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. <i>safety walkaround</i>) che prevedono il coinvolgimento multidisciplinare e multi-professionale degli operatori e la predisposizione di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.7	Vi è evidenza della avvenuta comunicazione a persone assistite e familiari/ <i>caregiver</i> degli eventi sentinella e della gestione dell'impatto sugli operatori.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.8	L'organizzazione ricorre, ove possibile, alla risoluzione stragiudiziale dei contenziosi.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.2.9	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sulle attività connesse alla gestione del rischio clinico vengono condivisi all'interno dell'organizzazione e con i principali portatori di interesse e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 6.3	<i>L'organizzazione attua strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo è quello di implementare le competenze e le pratiche più avanzate nel campo della gestione del rischio clinico e della promozione della cultura della sicurezza, che possano costituire un modello virtuoso per tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale.						
Razionale. Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza e garantire modelli virtuosi di prevenzione e gestione del rischio clinico in tutte le organizzazioni che operano per conto del Servizio sanitario nazionale. La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle specifiche competenze professionali. La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento. L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione delle buone pratiche da attuare e diffondere.						
Criteri per la verifica del requisito				Situazione attuale		
GEN. 6.3.1	L'organizzazione ha formalizzato politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento delle persone assistite e dei familiari/ <i>caregiver</i> ai processi di gestione del rischio clinico.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.3.2	Le politiche e la procedure per la partecipazione e il coinvolgimento delle persone assistite ai processi di gestione del rischio clinico sono state diffuse e sono	0	35	70	100	NA



	conosciute.					
GEN. 6.3.3	Il personale è formato e attua le misure per la prevenzione e la gestione dei principali rischi connessi alle specifiche attività dell'organizzazione.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.3.4	E' garantita l'implementazione di un programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la prevenzione e gestione del rischio clinico.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.3.5	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sull'applicazione delle procedure per la partecipazione e il coinvolgimento delle persone assistite ai processi di gestione del rischio clinico vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

REQUISITO GEN. 6.4	<i>L'organizzazione promuove l'implementazione di programmi e strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.</i>
<p>Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è che la direzione garantisca un approccio alla pratica clinica e assistenziale secondo evidenze scientifiche e sia orientato all'appropriatezza organizzativa e professionale. Le organizzazioni sono tenute a mettere in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle prove di efficacia disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali e nella messa in atto dei protocolli e dei documenti di indirizzo clinico e assistenziale relativi alla eleggibilità della persona assistita, alla presa in carico e alla continuità assistenziale.</p>	
<p>Razionale. Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni persona assistita e in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa.</p> <p>Con il termine di appropriatezza si fa riferimento a una valutazione complessiva della correttezza delle scelte e dei comportamenti connessi alle diverse fasi dell'assistenza sanitaria (promozione della salute, prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione) rispetto alle politiche sanitarie, agli standard organizzativi e assistenziali di erogazione dei livelli essenziali di assistenza e alle raccomandazioni che derivano dalle prove di efficacia della letteratura scientifica. Questo ambito vede i professionisti sanitari come gli attori principali, all'interno di un quadro trasparente e scientificamente fondato in termini di modelli, criteri di riferimento, strumenti e procedure.</p> <p>Nel promuovere la qualità dell'assistenza è fondamentale che le strutture sanitarie utilizzino e verifichino l'implementazione di linee guida/buone pratiche clinico-organizzative e percorsi assistenziali e diagnostici terapeutici per garantire l'adeguatezza delle cure, contrastare l'uso di interventi inefficaci o dannosi favorendo il ricorso a pratiche di efficacia dimostrata, ottimizzare l'esito degli interventi sui pazienti e concorrere a bilanciare costi e risultati. La verifica dei livelli di appropriatezza deve avvenire avvalendosi di strumenti consolidati e opportunamente gestiti, con particolare riferimento all'audit clinico.</p>	
<p>Ogni organizzazione è tenuta ad adottare e predisporre documenti di indirizzo clinico e assistenziale che devono essere facilmente accessibili per tutto il personale. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari, sostenuti da azioni di supporto all'implementazione (es. <i>feedback</i> sulle attività di monitoraggio, formazione, incentivazione), valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e vengano attivate, laddove necessario, iniziative di miglioramento.</p> <p>La valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni è finalizzata a evidenziare gli scostamenti rispetto alle evidenze scientifiche disponibili ed identificare e implementare gli ambiti di miglioramento. Le decisioni efficaci si basano sull'analisi dei dati e delle informazioni raccolte in</p>	



maniera efficace e completa, tale da fornire una panoramica complessiva sufficientemente rappresentativa dell'andamento delle attività. L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnata dal monitoraggio e dalla valutazione, anche al fine di individuare le migliori esperienze e le buone pratiche da mettere a disposizione e diffondere ad altre organizzazioni sanitarie e sociosanitarie.						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 6.4.1	È presente un sistema di governo finalizzato allo sviluppo, all'implementazione e alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale nell'erogazione delle attività.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.2	La direzione ha definito obiettivi e programmi (es. formazione, gestione della conoscenza) per lo sviluppo e l'implementazione di strumenti utili a supportare decisioni organizzative e professionali appropriate.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.3	La direzione ha approvato politiche, procedure, linee guida/buone pratiche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, formulati sulla base delle prove di efficacia disponibili, per lo svolgimento delle attività più rilevanti per rischio, frequenza e costo.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.4	Politiche, procedure, linee guida/buone pratiche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, approvati dalla direzione, sono diffusi e conosciuti.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.5	Vi è evidenza delle modalità di implementazione di politiche, procedure, linee guida/buone pratiche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, anche mediante l'utilizzo di indicatori e strumenti di monitoraggio di processi e esiti.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.6	Vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico di politiche, procedure, linee guida/buone pratiche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, sulla base delle prove di efficacia disponibili.	0	35	70	100	NA
GEN. 6.4.7	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sull'implementazione e applicazione di politiche, procedure, linee guida/buone pratiche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, anche rispetto all'efficacia e all'appropriatezza delle prestazioni e del <i>setting</i> di cura, vengono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA



GEN. 7**PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE**

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

REQUISITO GEN. 7.1	<i>L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di garantire che tutte le organizzazioni sanitarie sviluppino una cultura e azioni per il miglioramento delle prestazioni.						
Razionale. Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e, se necessario, migliorati e le innovazioni selezionate continuamente. Una cultura del miglioramento continuo delle prestazioni non può esistere all'interno di un'organizzazione se non è presente un impegno fattivo della direzione sui temi della qualità e del monitoraggio delle attività cliniche, manageriali e dei processi sociali per identificare le aree prioritarie di intervento.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 7.1.1	Sono definite responsabilità, ruoli e risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formative specifiche.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.2	La direzione ha definito un piano di miglioramento della qualità.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.3	La direzione ha diffuso il piano di miglioramento della qualità.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.4	La direzione ha formalizzato i piani di azione rispetto a specifiche progettualità previste dal piano di miglioramento della qualità, caratterizzati almeno dai seguenti elementi:					
GEN. 7.1.4-a	-obiettivi specifici per ciascun intervento;	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.4-b	-cronoprogramma delle attività;	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.4-c	-responsabilità anche per l'attività di monitoraggio;	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.4-d	-risorse;	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.4-e	-indicatori.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.5	I progetti di miglioramento della qualità sono coerenti con le strategie e il piano delle attività dell'organizzazione.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.6	È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.7	I risultati dei progetti di miglioramento della qualità sono comunicati al personale e ai cittadini e agli altri portatori di interesse.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.1.8	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sullo stato di attuazione del piano di miglioramento	0	35	70	100	NA

	della qualità sono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.					
--	---	--	--	--	--	--

REQUISITO GEN. 7.2	<i>L'organizzazione applica modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi.</i>					
<p>Obiettivo: L'obiettivo di questo requisito è che sia presente all'interno dell'azienda una procedura specifica per la rilevazione del fabbisogno tecnologico e per l'introduzione di nuove tecnologie, inserita nella rete provinciale e nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (<i>Health Technology Assessment - HTA</i>).</p>						
<p>Razionale: Il <i>management</i> di un'azienda sanitaria deve effettuare scelte che riguardano l'acquisizione di tecnologie sanitarie, che comprendono le attività di prevenzione e di riabilitazione, le attrezzature, i dispositivi, i vaccini, i farmaci, le procedure mediche e chirurgiche, e i sistemi all'interno dei quali la salute è protetta e mantenuta (<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>).</p> <p>Tali decisioni sono particolarmente delicate, in quanto ad esse sono collegati il livello di efficacia ed appropriatezza complessiva della pratica clinica, e coinvolgono contemporaneamente i processi di selezione, acquisizione e allocazione. Tali processi sono coerenti con la disciplina nazionale e le strategie nazionali e si collocano nell'ambito di un sistema provinciale di valutazione delle tecnologie sanitarie.</p> <p>La valutazione della tecnologia sanitaria, attraverso un approccio multidisciplinare e l'adozione di procedure esplicite, verifica prioritariamente l'esistenza di valide prove di efficacia relative ad una certa tecnologia o intervento sanitario, ne specifica gli esiti attesi e li quantifica. Tali informazioni possono essere completate con la valutazione di altri possibili effetti conseguenti all'introduzione di una specifica tecnologia o intervento nella pratica corrente, come per esempio, gli eventuali rischi a cui sono esposti i pazienti, le preferenze degli utenti rispetto agli esiti delle cure, i costi, le problematiche etiche, ecc.</p> <p>Le procedure e i meccanismi operativi devono necessariamente essere differenziati e documentati in relazione alla natura della tecnologia e della decisione da adottare e integrate con i piani e le procedure nazionali. In particolare, le procedure dovranno differenziarsi per: a) terapie farmacologiche b) acquisizione ed utilizzo dei dispositivi medici (e relative procedure medico-chirurgiche) c) adozione di strumenti diagnostici d) acquisizione delle tecnologie elettromedicali e loro utilizzo e) modelli organizzativi e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Devono essere previsti specifici percorsi per l'introduzione dell'alta innovazione (es. farmaci, dispositivi medici).</p>						
Criteri per la verifica del requisito		Situazione attuale				
GEN. 7.2.1	L'organizzazione ha formalizzato procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in essere e di nuova adozione improntate ai metodi e agli strumenti di <i>HTA</i> .	0	35	70	100	NA
GEN. 7.2.2	Vengono attuate le procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in essere e di nuova adozione improntate ai metodi e agli strumenti di <i>HTA</i> .	0	35	70	100	NA
GEN. 7.2.3	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sulle procedure messe in atto sono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

--	--	--	--	--	--	--

REQUISITO GEN. 7.3	<i>L'organizzazione attua strategie di innovazione tecnico-professionale e organizzativa.</i>					
Obiettivo. L'obiettivo di questo requisito è di contribuire allo sviluppo delle iniziative innovative attraverso la ricerca e l'adozione di pratiche cliniche e organizzative previa valutazione delle implicazioni cliniche, economiche, etiche ed organizzative.						
Razionale. L'avanzamento delle conoscenze scientifiche offre i fondamenti per un progresso tecnologico, professionale ed organizzativo sempre più rapido, che richiede programmi, strumenti, pratiche e competenze. L'adozione di iniziative di innovazione nel campo sanitario si caratterizza per: a) natura dei beni prodotti che richiedono di considerare sia fattori tecnico-economici sia etico-sociali b) eterogeneità degli attori partecipanti al processo di innovazione (industria, operatori sanitari, pazienti, manager e decisori, terzi paganti) c) rilevanza del ruolo sia della persona assistita e del cittadino sia dell'organizzazione nell'individuazione delle priorità. Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca esprimono la capacità dell'organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili. Ciò necessita di adeguate azioni di supporto all'implementazione e alla verifica sulle performance dei programmi attuati, integrate con il complesso dei programmi per il miglioramento dei servizi e delle pratiche assistenziali e di promozione dell'orientamento all'eccellenza, da promuovere anche mediante programmi di ricerca, clinica e assistenziale, organizzativa e tecnologica. L'organizzazione è tenuta inoltre a favorire e gestire modalità di integrazione di assistenza, didattica e ricerca.						
Criteri per la verifica del requisito			Situazione attuale			
GEN. 7.3.1	L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico-professionali e organizzative.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.3.2	La direzione adotta programmi di innovazione e ricerca.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.3.3	Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (es. studenti, tirocinanti, specializzandi).	0	35	70	100	NA
GEN. 7.3.4	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.3.5	È promossa l'adozione di innovazioni che derivano dai programmi di innovazione e ricerca svolti.	0	35	70	100	NA
GEN. 7.3.6	I risultati delle attività di monitoraggio e verifica sulla realizzazione dei programmi di innovazione e sull'attività di ricerca sono condivisi e costituiscono la base per il riesame delle attività.	0	35	70	100	NA

DICHIARA ALTRESI'

- **il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo:**

Nr. criterio	Giustificazione mancato possesso

- **l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti:**

Nr. criterio	Motivo inapplicabilità

Luogo e data _____

_____ (firma del dichiarante)