



# **L'ACCREDITAMENTO SANITARIO IN TOSCANA**

**ALLINEAMENTO TRA I REQUISITI DELL'ATTUALE SISTEMA DI ACCREDITAMENTO TOSCANO  
E I REQUISITI RICHIESTI DALL'ACCREDITAMENTO NAZIONALE**

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Accreditamento: cap.1 razionale STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI PER LA GOVERNANCE CLINICA	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento		
1. CRITERIO : Attuazione di un Sistema di gestione delle strutture sanitarie							Azienda	Struttura	
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione, organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	Presenza del Piano strategico che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie	La strategia aziendale della <i>governance</i> clinica delinea la cornice concettuale entro la quale l'azienda, attraverso gli strumenti dell'atto aziendale e dei relativi regolamenti attuativi, sceglie i contenuti che tale strategia deve assumere nel contesto locale, mediante le politiche aziendali di sviluppo dei servizi e di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, e disegna le articolazioni del sistema e dei ruoli di direzione come fulcro per la <i>governance</i> . La programmazione strategica, basata sull'analisi dei bisogni sanitari e sulle previsioni di andamento della domanda, allinea le molteplici leve gestionali necessarie al raggiungimento degli obiettivi di <i>governance</i> , tra le quali: la previsione degli investimenti e delle risorse necessarie per aumentare il valore generato dall'organizzazione e il sistema di indicatori con cui misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini dei migliori esiti di salute possibili, date le risorse utilizzate	1.1 STRUTTURA E RUOLI L'Organizzazione ha definito in modo chiaro e sintetico le politiche complessive aziendali e l'articolazione interna, con la declinazione delle responsabilità fino ai livelli operativi, tale da assicurare che i processi primari clinico assistenziali e quelli di supporto concorrano alla realizzazione della <i>governance</i> clinica			A	A	
	1.1.2	Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.1 PROGRAMMAZIONE Viene assicurata una programmazione annuale analitica delle attività previste che comprende l'assegnazione di obiettivi specifici di qualità clinica e organizzativa e di sicurezza e delle risorse necessarie (processo di budget). La programmazione, nel caso delle aziende pubbliche, è coerente con gli standard di concentrazione delle casistiche prevista dalle reti regionali e di Area Vasta e trova applicazione anche negli accordi con il privato accreditato		A	A	
	1.1.3	Presenza di procedure e indicazioni per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di <i>governance</i> clinica	5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo		A	A
1.3 Definizione delle responsabilità	1.3.1	Presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti	La strategia aziendale della <i>governance</i> clinica delinea la cornice concettuale entro la quale l'azienda, attraverso gli strumenti dell'atto aziendale e dei relativi regolamenti attuativi, sceglie i contenuti che tale strategia deve assumere nel contesto locale, mediante le politiche aziendali di sviluppo dei servizi e di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, e disegna le articolazioni del sistema e dei ruoli di direzione come fulcro per la <i>governance</i> . La programmazione strategica, basata sull'analisi dei bisogni sanitari e sulle previsioni di andamento della domanda, allinea le molteplici leve gestionali necessarie al raggiungimento degli obiettivi di <i>governance</i> , tra le quali: la previsione degli investimenti e delle risorse necessarie per aumentare il valore generato dall'organizzazione e il sistema di indicatori con cui misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini dei migliori esiti di salute possibili, date le risorse utilizzate	1.1 STRUTTURA E RUOLI L'Organizzazione ha definito in modo chiaro e sintetico le politiche complessive aziendali e l'articolazione interna, con la declinazione delle responsabilità fino ai livelli operativi, tale da assicurare che i processi primari clinico assistenziali e quelli di supporto concorrano alla realizzazione della <i>governance</i> clinica	1.1.AZ.1 RUOLI I ruoli nella <i>governance</i> clinica sono chiaramente articolati nelle diverse componenti: - sintesi e regia complessiva (direzione) - gestione dei percorsi clinico assistenziali (linea intermedia) - supporto metodologico (funzioni esperte di staff) - pratica clinica (professionisti)		A	A	
	1.3.2	Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente e ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di <i>governance</i> clinica		A	A	
1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	1.4.1	Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa esistente in materia	La strategia aziendale della <i>governance</i> clinica delinea la cornice concettuale entro la quale l'azienda, attraverso gli strumenti dell'atto aziendale e dei relativi regolamenti attuativi, sceglie i contenuti che tale strategia deve assumere nel contesto locale, mediante le politiche aziendali di sviluppo dei servizi e di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, e disegna le articolazioni del sistema e dei ruoli di direzione come fulcro per la <i>governance</i> . La programmazione strategica, basata sull'analisi dei bisogni sanitari e sulle previsioni di andamento della domanda, allinea le molteplici leve gestionali necessarie al raggiungimento degli obiettivi di <i>governance</i> , tra le quali: la previsione degli investimenti e delle risorse necessarie per aumentare il valore generato dall'organizzazione e il sistema di indicatori con cui misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini dei migliori esiti di salute possibili, date le risorse utilizzate	3.1 GESTIONE DATI La raccolta e l'elaborazione dei dati costituisce la base dei processi di miglioramento continuo sulla quale si sviluppano l'analisi degli scostamenti dai valori attesi e i piani di miglioramento delle prassi esistenti. L'organizzazione ha definito i processi correlati di gestione dei dati e dei relativi flussi che garantiscono: - la consistenza e la validità dei dati e dei flussi correlati - la massima disponibilità delle informazioni a supporto dei processi gestionali di <i>governance</i> clinica	3.1.AZ.1 SICUREZZA DEI DATI Sono identificate le misure tecnologiche e logistico/organizzative necessarie a ripristinare dati e infrastrutture dei sistemi informativi connessi all'erogazione dei servizi primari in modo tale da garantire la sicurezza del paziente		A	A	
	1.4.2	Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa		6.1 ACCESSO AI PERCORSI L'organizzazione adotta strategie adeguate per governare l'accesso ai percorsi attraverso: - strumenti di allineamento tra capacità e domanda - pieno coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno la responsabilità di cura dei pazienti - la definizione e la comunicazione delle modalità di primo accesso ai servizi tali da garantire trasparenza, equità e appropriatezza - la definizione di adeguate modalità organizzative dei percorsi clinico assistenziali che assicurino l'assunzione di responsabilità della cura del paziente successivamente al primo accesso - l'individuazione di soluzioni specifiche per rispondere ai bisogni speciali dei pazienti fragili	6.1.AZ.1 SCHEDULAZIONE Le modalità di schedulazione sono orientate all'allineamento tra capacità e domanda assicurando la massima trasparenza, nell'accesso e viene effettuato un monitoraggio sistematico delle regole definite per l'accesso ai percorsi, comprese, nelle aziende pubbliche, quelle relative alla gestione del regime erogativo in libera professione intramoenia		A	A	
	1.4.3	Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie		3.1 GESTIONE DATI La raccolta e l'elaborazione dei dati costituisce la base dei processi di miglioramento continuo sulla quale si sviluppano l'analisi degli scostamenti dai valori attesi e i piani di miglioramento delle prassi esistenti. L'organizzazione ha definito i processi correlati di gestione dei dati e dei relativi flussi che garantiscono: - la consistenza e la validità dei dati e dei flussi correlati - la massima disponibilità delle informazioni a supporto dei processi gestionali di <i>governance</i> clinica	6.1.AZ.2 PRENOTAZIONE Sono assicurate modalità di prenotazione trasparenti e di facile accesso			A	A
	1.4.4	Formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza, e validità sia per quelle provenienti da fonte interne che per quelle provenienti da fonti esterne		3.1 GESTIONE DATI La raccolta e l'elaborazione dei dati costituisce la base dei processi di miglioramento continuo sulla quale si sviluppano l'analisi degli scostamenti dai valori attesi e i piani di miglioramento delle prassi esistenti. L'organizzazione ha definito i processi correlati di gestione dei dati e dei relativi flussi che garantiscono: - la consistenza e la validità dei dati e dei flussi correlati - la massima disponibilità delle informazioni a supporto dei processi gestionali di <i>governance</i> clinica				B	B

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Accreditamento: requisiti specifici processo	Tempi di adeguamento	
<b>2. CRITERIO: Prestazioni e servizi</b>								<b>Azienda</b>	<b>Struttura</b>
<b>2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi</b>	2.1.1	Presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento C il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi	4.1.AZ.1 IMPEGNI VERSO I CITTADINI Gli impegni assunti sulla qualità e la sicurezza delle cure, come strumento di politica pubblica per la promozione della qualità dei servizi ad es. mediante la Carta dei servizi, vengono regolarmente monitorati e il loro raggiungimento è documentato e reso disponibile	4.1.COM.7 PERCEZIONE GLOBALE SERVIZIO I cittadini/pazienti valutano positivamente il servizio erogato		A	
	2.1.2	Periodica rivalutazione da parte della direzione delle strutture della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato		- la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.3 COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI Coinvolgimento dei pazienti, delle associazioni dei pazienti e di tutela, degli organismi di partecipazione dei cittadini nel raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, sia attraverso iniziative collegate alla programmazione aziendale che su specifici settori, compresa la gestione aziendale del rischio di corruzione e dei comportamenti lesivi del pubblico interesse			A	A
<b>2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti</b>	2.2.1	Formalizzazione dei protocolli per l'eleggibilità dei pazienti				5.1.COM.10 ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA Sono in uso strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione	5.1.CHI.2 APPROPRIATEZZA SETTING La prestazione sanitaria è erogata nell'appropriato setting assistenziale 6.1.MED.1 APPROPRIATEZZA RICOVERI Le informazioni associate al ricovero, la tempistica e il setting di ricovero assicurano una gestione appropriata dei ricoveri 5.1.RIAB.1 APPROPRIATEZZA CLINICA I pazienti eleggibili alle varie modalità vengono identificati attraverso una corretta valutazione secondo criteri di provata efficacia	A	B
	2.2.2	Presenza di protocolli, linee guida, e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra e extra ospedalieri)		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.3 DOCUMENTI QUALITÀ L'emanazione di documenti della qualità è rivolta esclusivamente agli ambiti nei quali è effettivamente necessario definire mediante tali strumenti: livelli di responsabilità (procedure), scelte tecnico professionali (protocolli), sequenze di attività (istruzioni operative) evitando ridondanze e inutili appesantimenti formali, privilegiando testi brevi facili da gestire e da comprendere, modalità di rappresentazione grafica, una diffusione mirata ed efficace ed un'accessibilità agile	5.1.COM.10 ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA Sono in uso strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione		A	A
	2.2.3	Definizione della responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti		2.1 COMPETENZE PER LA GOVERNANCE CLINICA L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - lo sviluppo delle competenze professionali e organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica - i percorsi di inserimento del personale	2.1.AZ.1 COMPITI E FUNZIONI Sono chiaramente identificati compiti e funzioni delle posizioni aziendali e le competenze professionali e organizzative attese per il conseguimento degli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica	2.1.COM.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI DI RIFERIMENTO Le figure di riferimento per il percorso assistenziale sono identificate e rese note al paziente		A	A
	2.2.4	Tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione		3.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE I processi attuativi per la gestione e la verifica della qualità della documentazione sanitaria garantiscono: - la tracciabilità delle attività e dei relativi livelli di responsabilità - la massima fruibilità delle informazioni necessarie agli operatori per la corretta gestione dei percorsi clinico assistenziali - il rispetto delle regole concernenti la privacy e il consenso informato	3.2.AZ.1 DOCUMENTAZIONE SANITARIA Viene monitorata la qualità della documentazione sanitaria e i risultati delle verifiche vengono comunicati al personale interessato e vengono realizzate azioni di miglioramento coerenti	3.1.COM.2 DOCUMENTAZIONE IN DIMISSIONE Al momento della dimissione viene fornita la documentazione necessaria al corretto proseguimento del percorso di cura		A	A
						5.1.COM.3 RISCHIO FARMACI Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di gestione dei farmaci (Evidenza n°1 Protocollo per la riconciliazione terapeutica nelle diverse fasi del percorso : ammissione, ricovero e dimissione (applicazione del livello di base della psp "riconciliazione").			
2.2.5	Gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura					6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali		A	A

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Accreditamento: requisiti specifici processo	Tempi di adeguamento		
2. CRITERIO: Prestazioni e servizi								Azienda	Struttura	
2.3 Continuità assistenziale	2.3.1	Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza		2.1 COMPETENZE PER LA GOVERNANCE CLINICA L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - lo sviluppo delle competenze professionali e organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica - i percorsi di inserimento del personale	2.1.AZ.1 COMPITI E FUNZIONI Sono chiaramente identificati compiti e funzioni delle posizioni aziendali e le competenze professionali e organizzative attese per il conseguimento degli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica	2.1 COM 1 IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI DI RIFERIMENTO Le figure di riferimento per il percorso assistenziale sono identificate e rese note al paziente		A	A	
	2.3.2	Formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i> )				6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali				
	2.3.3	Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure				6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali		A	A	
	2.3.4	Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza		7.1 FORNITORI INTERNI I collegamenti funzionali con i fornitori interni di processi clinici e organizzativi di supporto rispondono efficacemente alle esigenze dei clienti interni per evitare ritardi e malfunzionamenti che possono influenzare la qualità delle cure					A	A
	2.3.5	Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione				6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali		A	A	
	2.3.6	Adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti		3.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE I processi attuativi per la gestione e la verifica della qualità della documentazione sanitaria garantiscono: - la tracciabilità delle attività e dei relativi livelli di responsabilità - la massima fruibilità delle informazioni necessarie agli operatori per la corretta gestione dei percorsi clinico assistenziali - il rispetto delle regole concernenti la privacy e il consenso informato					A	A

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Accreditamento: requisiti specifici processo	Tempi di adeguamento		
2. CRITERIO: Prestazioni e servizi								Azienda	Struttura	
2.4 Il monitoraggio e la valutazione	2.4.1	Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.3 DOCUMENTI QUALITÀ L'emanazione di documenti della qualità è rivolta esclusivamente agli ambiti nei quali è effettivamente necessario definire mediante tali strumenti: livelli di responsabilità (procedure), scelte tecnico professionali (protocolli), sequenze di attività (istruzioni operative) evitando ridondanze e inutili appesantimenti formali, privilegiando testi brevi facili da gestire e da comprendere, modalità di rappresentazione grafica, una diffusione mirata ed efficace e un'accessibilità agile	5.1.COM.10 ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA Sono in uso strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione		A	B	
	2.4.2	Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione, anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non		5.1.COM.9 MONITORAGGIO DEGLI ESITI È garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione tra tutti gli operatori, su base almeno annuale, dei dati inerenti re-ricoveri, mortalità, complicanze e altri indicatori ritenuti rilevanti, con un confronto con i dati regionali e nazionali e di letteratura, e la discussione di eventuali azioni di miglioramento		A	B	
	2.4.3	Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.1 IMPEGNI VERSO I CITTADINI Gli impegni assunti sulla qualità e la sicurezza delle cure, come strumento di politica pubblica per la promozione della qualità dei servizi ad es. mediante la carta dei servizi, vengono regolarmente monitorati e il loro raggiungimento è documentato e reso disponibile	4.1.COM.7 PERCEZIONE GLOBALE SERVIZIO I cittadini / pazienti valutano positivamente il servizio erogato		B	B	
	2.4.4	Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura;		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.2 PIANO QUALITÀ E SICUREZZA Esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Il piano è correlato ad una relazione annuale sui risultati raggiunti, indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso e contiene un focus specifico sui principali rischi per la sicurezza del paziente e sul rischio infettivo oltre che il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente	5.1.COM.8 SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza		A	A	
	2.4.5	Presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato all'implementazione del percorso		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non					A	B
	2.4.6	Esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;					6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali		B	B
	2.4.7	Identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di <i>governance</i> clinica	5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo		B	B	



CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento	
3. CRITERIO: Aspetti Strutturali							Azienda	Struttura
<b>3.1 L' idoneità all'uso delle strutture</b>	3.1.1	Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle Leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione	A.21 Piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili e impiantistiche con individuazione del responsabile degli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti				A	B
	3.1.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	A.23 La struttura, in relazione all'attività svolta, è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di: caratteristiche ambientali e di accessibilità				A	B
	3.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio all'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi a incidenti, infortuni e altri eventi, a supporto della pianificazione alla riduzione dei rischi (es. report, audit e incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non		5.1.COM.4 RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI Esiste un sistema di gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili.	A	B
					5.1.COM.8 SISTEMA DI <i>REPORTING AND LEARNING</i> Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza			
	3.1.4	Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di <i>governance</i> clinica		A	B
	3.1.5	Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro			1.1.AZ.2 RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA È chiaramente identificata la struttura della rete aziendale della qualità e sicurezza che assegna alle strutture esperte di staff (Qualità, Rischio clinico, Formazione ecc. ) funzioni di supporto metodologico e di facilitazione e assicura il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti ( <i>clinical engagement</i> ); vengono definite le figure di facilitazione per la qualità e la sicurezza per ciascuna articolazione organizzativa		A	B
			2.1 COMPETENZE PER LA <i>GOVERNANCE</i> CLINICA L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - lo sviluppo delle competenze professionali e organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica - i percorsi di inserimento del personale	2.1.AZ.2 FORMAZIONE È assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica e organizzativa come parte integrante dell'agire dei professionisti				

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento		
							Azienda	Struttura	
<b>3. CRITERIO: Aspetti strutturali</b>									
<b>3.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature</b>	3.2.1	Esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse	A11 Inventario delle apparecchiature con informazioni disponibili sia in forma aggregata che analitica, in dotazione anche alle strutture organizzative per la sezione di competenza				A	A	
	3.2.2	Presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione	A.17 Tutte le apparecchiature sono corredate di documentazione tecnica, in lingua italiana, fornita al momento dell'acquisto, resa disponibile al responsabile della manutenzione				A	A	
	3.2.3.	Esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	A.16 Piano di manutenzione preventiva e correttiva predisposto attraverso una pianificazione dettagliata (personale coinvolto, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne) rispondente a protocolli operativi che tengono conto della specifica gerarchia funzionale (grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi ministeriali, apparecchi vitali indicati in apposito elenco, apparecchi accertati come critici e individuati in apposito elenco in base alle caratteristiche di funzionamento della struttura) predisposto per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore				A	A	
			A.15 Piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche debitamente trasmesso ai livelli operativi interessati						
	3.2.4	Documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	A.13 Tracciabilità delle verifiche periodiche sullo stato di manutenzione delle attrezzature				A	A	
			A.18 Rapporto tecnico dettagliato degli interventi di manutenzione, sia preventiva che correttiva, sulle apparecchiature biomediche in dotazione						
			A.20 Tracciabilità dei collaudi a seguito dell'installazione ai fini del corretto funzionamento e della sicurezza in caso di nuova acquisizione o trasferimento di apparecchi biomedici						
	3.2.5	Programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore		2.1 COMPETENZE PER LA GOVERNANCE CLINICA L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - lo sviluppo delle competenze professionali e organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica - i percorsi di inserimento del personale	2.1.AZ.2 FORMAZIONE È assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica e organizzativa come parte integrante dell'agire dei professionisti			A	A

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	accreditamento : razionale cap.2 RISORSE UMANE PER LA GOVERNANCE CLINICA	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento	
4. CRITERIO Competenze del Personale							Azienda	Struttura
<b>4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</b>	4.1.1	Individuazione di un responsabile per la formazione	La qualità dell'assistenza sanitaria è fondata in grande parte sulla competenza, la responsabilità e l'attitudine alla cooperazione delle persone che operano nell'azienda. La responsabilizzazione dei professionisti è un elemento chiave della <i>governance</i> clinica, poiché garantisce la disponibilità a monitorare le proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi ed rendere oggettiva la qualità dell'assistenza erogata, mantenendo una tensione positiva verso il miglioramento continuo. È fondamentale che l'organizzazione abbia delle politiche effettivamente in grado di verificare, mantenere e sviluppare le competenze tecniche e non tecniche del personale, per valutarne le performance e per promuoverne il benessere psico fisico e la motivazione. La formazione costante per la <i>governance</i> clinica punta ad un cambiamento culturale che consenta di acquisire l'attitudine a lavorare in squadra e la flessibilità necessaria a gestire le innovazioni all'interno dei contesti di cura, offrendo opportunità di continuo apprendimento e addestramento. La formazione facilita la connessione e la coerenza tra le logiche della <i>governance</i> clinica, dei professionisti e dell'organizzazione. I diversi sistemi di gestione e sviluppo (valutazione delle performance individuali, formazione, percorsi di carriera, sistema premiante, gestione del potenziale) sono integrati e sinergici nel favorire il raggiungimento degli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica. N.B. Questa funzione è svolta all'interno dell'organizzazione della Rete formativa regionale costituita con l.r. 40/2005. Le attività della rete sono indirizzate e monitorate dalla Commissione regionale per la formazione sanitaria attraverso la quale vengono svolte funzioni di indirizzo, coordinamento e valutazione dell'attività formativa. La qualità della formazione del Servizio sanitario toscano è monitorata dall'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione. Con il dossier formativo individuale viene valutata la coerenza della formazione/aggiornamento rispetto al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano e al piano di sviluppo individuale previsto.	1.1 STRUTTURA E RUOLI L'Organizzazione ha definito in modo chiaro e sintetico le politiche complessive aziendali e l'articolazione interna, con la declinazione delle responsabilità fino ai livelli operativi, tale da assicurare che i processi primari clinico assistenziali e quelli di supporto concorrano alla realizzazione della <i>governance</i> clinica	1.1.AZ.2 RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA È chiaramente identificata la struttura della rete aziendale della qualità e sicurezza che assegna alle strutture esperte di staff (Qualità, Rischio clinico, Formazione ecc. ) funzioni di supporto metodologico e di facilitazione e assicura il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti ( <i>clinical engagement</i> ); vengono definite le figure di facilitazione per la qualità e la sicurezza per ciascuna articolazione organizzativa	A	A	
	4.1.2	Esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative		2.1 COMPETENZE PER LA <i>GOVERNANCE</i> CLINICA L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - lo sviluppo delle competenze professionali e organizzative in coerenza con gli obiettivi aziendali di <i>governance</i> clinica - i percorsi di inserimento del personale	2.1.AZ.2 FORMAZIONE È assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica e organizzativa come parte integrante dell'agire dei professionisti	A	A	
	4.1.3	Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario		2.2 VALUTAZIONE L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - la valutazione e la valorizzazione della performance individuale e di equipe relativamente alle tematiche della <i>governance</i> clinica - il monitoraggio sistematico del benessere organizzativo e l'investimento sui percorsi di ascolto e partecipazione dei professionisti	2.2.AZ.1 VALUTAZIONE DEL PERSONALE Nella valutazione del personale è esaminato il contributo: - al raggiungimento degli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure della struttura - a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità ricoperti nell'ambito della <i>governance</i> clinica	B	B	
	4.1.4	Coinvolgimento degli operatori nella programmazione dell'attività di formazione, aggiornamento e addestramento			2.1.AZ.2 FORMAZIONE È assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica e organizzativa come parte integrante dell'agire dei professionisti** ** assunto alla base del modello è aver considerato un approccio globale alla <i>governance</i> clinica della quale il rischio clinico è una delle dimensioni	A	A	
	4.1.5	Condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura				A	A	
	4.1.6	Verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di <i>provider</i>			N.B. Questa attività è normata all'interno della Rete formativa regionale, costituita con l.r. 40/2005, composta dalle aziende sanitarie, Università, ARS, Estar, Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Ordini, Collegi e Associazioni professionali, Formas (Laboratorio regionale per la formazione sanitaria). Le attività della rete sono indirizzate e monitorate dalla Commissione regionale per la formazione sanitaria attraverso la quale vengono svolte funzioni di indirizzo, coordinamento e valutazione dell'attività formativa ed è garante del sistema ECM regionale. La regione valida i piani formativi pluriennali e annuali delle Aziende sanitarie ed ha la funzione di ente accreditante del sistema ECM regionale. L'attuale funzione di ente accreditante e il relativo sistema di accreditamento dei provider ECM consente alle strutture diventate provider ECM di accreditare i propri eventi formativi sulla base delle indicazioni regionali e di assegnare direttamente i crediti ai partecipanti. I provider ECM inviano i flussi sulle partecipazioni agli eventi formativi, all'anagrafe formativa regionale. La qualità della formazione del Servizio sanitario toscano è monitorata dall'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione. È stato introdotto il dossier formativo individuale per la valutazione della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano e al piano di sviluppo individuale previsto.		A	A
<b>4.2 Inserimento e addestramento di nuovo personale</b>	4.2.1	Messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale –neo assunto/trasferito – compreso il personale volontario	2.2 VALUTAZIONE L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - la valutazione e la valorizzazione della performance individuale e di equipe relativamente alle tematiche della <i>governance</i> clinica - il monitoraggio sistematico del benessere organizzativo e l'investimento sui percorsi di ascolto e partecipazione dei professionisti	2.2.AZ.1 VALUTAZIONE DEL PERSONALE Nella valutazione del personale è esaminato il contributo: - al raggiungimento degli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure della struttura - a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità ricoperti nell'ambito della <i>governance</i> clinica	2.1.COM.2 INSERIMENTO NEOASSUNTI E NEOINSERITI L'inserimento del personale nella struttura avviene in maniera guidata	A	A	
	4.2.2	Formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità a ruolo dei neoassunti				A	A	
	4.2.3	Adozione e messa in atto di un piano di formazione strutturata su rischio clinico e occupazione verso i neo assunti entro il primo anno				2.1.AZ.2 FORMAZIONE È assicurata una formazione costante focalizzata sull'efficacia e sull'appropriatezza clinica e organizzativa come parte integrante dell'agire dei professionisti ** ** assunto alla base del modello è aver considerato un approccio globale alla <i>governance</i> clinica della quale il rischio clinico è una delle dimensioni	A	A
	4.2.4	Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.				2.2 VALUTAZIONE L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: -la valutazione e la valorizzazione della performance individuale e di equipe relativamente alle tematiche della <i>governance</i> clinica -il monitoraggio sistematico del benessere organizzativo e l'investimento sui percorsi di ascolto e partecipazione dei professionisti "	2.2.AZ.1 VALUTAZIONE DEL PERSONALE Nella valutazione del personale è esaminato il contributo: - al raggiungimento degli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure della struttura - a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità ricoperti nell'ambito della <i>governance</i> clinica	A/B

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento		
5. CRITERIO: Comunicazione							Azienda	Struttura	
<b>5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori</b>	5.1.1	Definizione, formalizzazione e implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale		1.1 STRUTTURA E RUOLI L'Organizzazione ha definito in modo chiaro e sintetico le politiche complessive aziendali e l'articolazione interna, con la declinazione delle responsabilità fino ai livelli operativi, tale da assicurare che i processi primari clinico assistenziali e quelli di supporto concorrono alla realizzazione della governance clinica	1.1.AZ.2 RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA È chiaramente identificata la struttura della rete aziendale della qualità e sicurezza che assegna alle strutture esperte di staff (Qualità, Rischio clinico, Formazione ecc.) funzioni di supporto metodologico e di facilitazione e assicura il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti (clinical engagement); vengono definite le figure di facilitazione per la qualità e la sicurezza per ciascuna articolazione organizzativa		A	A	
	5.1.2	Definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente		3.1 GESTIONE DATI La raccolta e l'elaborazione dei dati costituisce la base dei processi di miglioramento continuo sulla quale si sviluppano l'analisi degli scostamenti dai valori attesi e i piani di miglioramento delle prassi esistenti. L'organizzazione ha definito i processi correlati di gestione dei dati e dei relativi flussi che garantiscono: -la consistenza e la validità dei dati e dei flussi correlati -la massima disponibilità delle informazioni a supporto dei processi gestionali di <i>governance</i> clinica	1.2.ORG.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di governance clinica	5.1.COM.9 MONITORAGGIO DEGLI ESITI È garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione tra tutti gli operatori, su base almeno annuale, dei dati inerenti re-ricoveri, mortalità, complicanze e altri indicatori ritenuti rilevanti, con un confronto con i dati regionali e nazionali e di letteratura, e la discussione di eventuali azioni di miglioramento	A	A	
	5.1.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento						A	A
	5.1.4	Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento, se necessario				1.1.AZ.2 RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA È chiaramente identificata la struttura della rete aziendale della qualità e sicurezza che assegna alle strutture esperte di staff (Qualità, Rischio clinico, Formazione ecc.) funzioni di supporto metodologico e di facilitazione e assicura il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti (clinical engagement); vengono definite le figure di facilitazione per la qualità e la sicurezza per ciascuna articolazione organizzativa	5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo	A	A
<b>5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/ soddisfazione degli operatori</b>	5.2.1	Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale		2.2 VALUTAZIONE L'organizzazione ha definito le strategie e i processi attuativi correlati che garantiscono: - la valutazione e la valorizzazione della performance individuale e di equipe relativamente alle tematiche della governance clinica	2.2.AZ.2 BENESSERE ORGANIZZATIVO È presente un sistema di rilevazione periodico del clima interno e del benessere organizzativo e sono disponibili per i dipendenti canali strutturati di segnalazione delle criticità		A	B	
	5.2.2	Implementazione di processi e flussi che consentano la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale		- il monitoraggio sistematico del benessere organizzativo e l'investimento sui percorsi di ascolto e partecipazione dei professionisti			A	B	
	5.2.3	Identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità					5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo	A	B
	5.3.1	Disponibilità di una Carta dei servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi				A	A
	5.3.2	Predisposizione di strumenti informativi sistetici da mettere a disposizione dei cittadini;	A.4 Modalità codificate per: accesso alle prestazioni, prenotazione, gestione tempi di attesa, registrazione, modalità di pagamento, modalità e tempi di accesso alla documentazione sanitaria, acquisizione del consenso informato, inserimento in studi clinici, tutela della privacy e predisposizione del relativo materiale per l'utenza anche in riferimento al superamento delle barriere linguistiche e culturali e alle condizioni di svantaggio nell'accessibilità ai servizi legate alla presenza di disabilità	- la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.1 IMPEGNI VERSO I CITTADINI Gli impegni assunti sulla qualità e la sicurezza delle cure, come strumento di politica pubblica per la promozione della qualità dei servizi ad es. mediante la carta dei servizi, vengono regolarmente monitorati e il loro raggiungimento è documentato e reso disponibile		A	A	
5.3.3	Procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e <i>caregiver</i>					4.1.COM.6 COMUNICAZIONE ADEGUATA DA PARTE DEI SANITARI Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente e i familiari	A	A	

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento	
5. CRITERIO: Comunicazione							Azienda	Struttura
<b>5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/ soddisfazione degli operatori</b>	5.3.4	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	A.5 Vengono fornite informazioni adeguate rispetto al percorso donazione organi e tessuti e assicurati i necessari collegamenti con la rete regionale donazione e trapianti				A	A
	5.3.5	Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di incident reporting al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non		5.1.COM.2 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI È definito e messo in atto un insieme di azioni coerenti finalizzate alla sorveglianza e controllo delle infezioni (EVIDENZA SUGGERITA Esempi di azioni informative ed educative al paziente sulla prevenzione del rischio infettivo)	A	A
	5.3.6	Modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	A.4 Modalità codificate per: accesso alle prestazioni, prenotazione, gestione tempi di attesa, registrazione, modalità di pagamento, modalità e tempi di accesso alla documentazione sanitaria, acquisizione del consenso informato, inserimento in studi clinici, tutela della privacy e predisposizione del relativo materiale per l'utenza anche in riferimento al superamento delle barriere linguistiche e culturali e alle condizioni di svantaggio nell'accessibilità ai servizi legate alla presenza di disabilità				A	A

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Autorizzazione: requisiti generali sezione A	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento		
5. CRITERIO: Comunicazione							Azienda	Struttura	
<b>5.4 Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico</b>	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.3 COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI Coinvolgimento dei pazienti, delle associazioni dei pazienti e di tutela, degli organismi di partecipazione dei cittadini nel raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, sia attraverso iniziative collegate alla programmazione aziendale che su specifici settori, compresa la gestione aziendale del rischio di corruzione e dei comportamenti lesivi del pubblico interesse	4.1.COM.1 CONDIVISIONE DEL PERCORSO DI CURA Il percorso di cura è condiviso con il paziente e/o i familiari 4.1.COM.4 PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva 4.1.COM.2 EDUCAZIONE AL PAZIENTE È attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione e del <i>follow up</i>	A	A	
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato		3.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE I processi attuativi per la gestione e la verifica della qualità della documentazione sanitaria garantiscono: - la tracciabilità delle attività e dei relativi livelli di responsabilità - la massima fruibilità delle informazioni necessarie agli operatori per la corretta gestione dei percorsi clinico assistenziali - il rispetto delle regole concernenti la privacy e il consenso informato	3.2.AZ.1 DOCUMENTAZIONE SANITARIA Viene monitorata la qualità della documentazione sanitaria e i risultati delle verifiche vengono comunicati al personale interessato e vengono realizzate azioni di miglioramento coerenti		A	A	
	5.4.3	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.3 COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI Coinvolgimento dei pazienti, delle associazioni dei pazienti e di tutela, degli organismi di partecipazione dei cittadini nel raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, sia attraverso iniziative collegate alla programmazione aziendale che su specifici settori, compresa la gestione aziendale del rischio di corruzione e dei comportamenti lesivi del pubblico interesse	4.1.COM.4 PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	B	B	
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver e i miglioramenti degli stessi, se necessario						B	B
<b>5.5 Modalità e ascolto dei pazienti</b>	5.5.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.2 RECLAMI E SEGNALAZIONI È attivo un sistema di gestione dei reclami e delle segnalazioni finalizzato al loro utilizzo per il miglioramento dei servizi e che garantisce il coinvolgimento dei professionisti		A	A	
	5.5.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.3 COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI Coinvolgimento dei pazienti, delle associazioni dei pazienti e di tutela, degli organismi di partecipazione dei cittadini nel raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, sia attraverso iniziative collegate alla programmazione aziendale che su specifici settori, compresa la gestione aziendale del rischio di corruzione e dei comportamenti lesivi del pubblico interesse	4.1.COM.4 PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	A	A	
	5.5.3	Presenza, formalizzazione e messa in atto per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di <i>customer satisfaction</i> )					4.1.COM.7 PERCEZIONE GLOBALE SERVIZIO I cittadini/pazienti valutano positivamente il servizio erogato	A	A
	5.5.4	Utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate		1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di governance clinica	5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo	A	A	
	5.5.5	Diffusione delle indagini di <i>customer satisfaction</i> e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale		4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.1 IMPEGNI VERSO I CITTADINI Gli impegni assunti sulla qualità e la sicurezza delle cure, come strumento di politica pubblica per la promozione della qualità dei servizi ad es. mediante la carta dei servizi, vengono regolarmente monitorati e il loro raggiungimento è documentato e reso disponibile		A	A	
	5.5.6	Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti						B	B

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Accreditamento: cap 5 razionale QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE NELLA GOVERNANCE CLINICA	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Accreditamento: requisiti specifici processo	Tempi di adeguamento			
6. CRITERIO Appropriatelyzza clinica e Sicurezza								Azienda	Struttura		
6.1 Appropriatelyzza clinica e sicurezza	6.1.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della <i>evidence based</i>		5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.3 DOCUMENTI QUALITÀ L'emanazione di documenti della qualità è rivolta esclusivamente agli ambiti nei quali è effettivamente necessario definire mediante tali strumenti: livelli di responsabilità (procedure), scelte tecnico professionali (protocolli), sequenze di attività (istruzioni operative) evitando ridondanze e inutili appesantimenti formali, privilegiando testi brevi facili da gestire e da comprendere, modalità di rappresentazione grafica, una diffusione mirata ed efficace ed un'accessibilità agile. (evidenza XXII Le procedure e i protocolli sono reperibili in un <i>repository</i> aziendale di facile accesso (es. intranet aziendale ecc.) e periodicamente revisionate)	5.1.COM.10 ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA Sono in uso strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedurale) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione		A	A		
	6.1.2	Accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;						A	A		
	6.1.3	Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili						A	A		
	6.1.4	Coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati						A	A		
	6.1.5	Valutazione dell'efficacia e della appropriatelyzza delle prestazioni e attivazione dei programmi di miglioramento se necessario						A	B		
6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	Esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientata alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempra ruoli, responsabilità risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione		1.2. PIANIFICAZIONE Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di governance clinica	1.2.AZ.2 RIESAME Viene effettuato il riesame degli scostamenti mediante la valutazione costante dei risultati rispetto agli obiettivi programmati di governance clinica	5.1.COM.11 PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA STRUTTURA I dati sull'andamento della struttura vengono sistematicamente monitorati e utilizzati per il miglioramento continuo		A	A		
6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1	Esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di <i>near miss</i> , eventi avversi ed eventi sentinella	L'infrastruttura operativa per la qualità e la sicurezza delle cure vede il ruolo dei professionisti come centrale, sia per il loro contributo nell'esercizio delle proprie responsabilità cliniche e organizzative, sia nella partecipazione ai processi decisionali a presidio della qualità dell'assistenza e dello sviluppo dei servizi che viene assicurata attraverso il coinvolgimento attivo dei clinici e il supporto continuativo delle strutture esperte di staff. I temi della qualità sono parte integrante del ruolo delle professioni cliniche e sanitarie all'interno dell'azienda e i professionisti li riconoscono come propri, assicurando l'effettiva efficacia operativa e la necessaria pervasività delle attività finalizzate a monitorare e migliorare la qualità dei servizi nei contesti clinico-assistenziali	5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.2 PIANO QUALITÀ E SICUREZZA Esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Il piano è correlato ad una relazione annuale sui risultati raggiunti, indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso e contiene un focus specifico sui principali rischi per la sicurezza del paziente e sul rischio infettivo oltre che il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente	5.1.COM.8 SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza		A	A		
	6.3.2	Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale						A	A		
	6.3.3	Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura ( <i>Root cause analysis, audit clinico, Significant event audit</i> ) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza ( <i>Safety walkround</i> )						A	A		
	6.3.4	Presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio						A	A		
	6.3.5	Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>checklist</i> e altri strumenti per la sicurezza;						5.1.COM.3 RISCHIO FARMACI Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di gestione dei farmaci 5.1.COM.4 RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI Esiste un sistema di gestione del rischio correlato ai dispositivi medici e agli impiantabili. 7.1.COM.1 TRASPORTI PAZIENTI Sono definite le modalità per il trasferimento e trasporto dei paz 5.1.COM.5 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE Vengono adottate modalità per la corretta identificazione del paziente al momento dell'ammissione e nelle fasi successive 6.1.COM.2 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE La continuità assistenziale è garantita da protocolli di continuità tra le strutture aziendali ed extra aziendali 5.1.COM.12 PREVENZIONE COMPORAMENTI AGGRESSIVI E AUTOLESIONISTICI Sono applicate le indicazioni per la prevenzione del suicidio dei pazienti e delle aggressioni verso operatori e pazienti	5.1.ONC.3 SICUREZZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente e le raccomandazioni ministeriali pertinenti i percorsi oncologici 5.1.CH1.3 PREVENZIONE TVP L'organizzazione adotta modalità appropriate per la prevenzione della TVP 5.1.CH1.5 SICUREZZA IN SALA OPERATORIA È presente un sistema di gestione della sicurezza in sala operatoria 5.1.MAT.1 DIAGNOSI PRECOCE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA Vengono adottati gli indirizzi regionali in merito alla gestione della sepsi in gravidanza 5.1.MAT.3 SICUREZZA DELLA DONNA E DEL BAMBINO NELLA GESTIONE DEL PARTO Sono applicate le PSP di pertinenza del percorso nascita 5.1.CRI.6 PREVENZIONE DELLA VAP Sono messe in atto le pratiche per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione 5.1.EM.1 SICUREZZA DEL PAZIENTE Sono correttamente applicate le pratiche per la sicurezza del paziente nel sistema dell'emergenza urgenza	A	A
	6.3.6	Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;						5.1.COM.13 COMUNICAZIONE DIFFICILE Sono definite, conosciute e applicate le modalità di gestione della comunicazione a pazienti e parenti degli eventi avversi	A	A	
	6.3.7	Presenza di un Piano di formazione;						5.1.AZ.1 COMPETENZE RETE QUALITÀ Le figure di riferimento della rete aziendale per la qualità e la sicurezza hanno svolto una formazione specifica, adeguata al contesto e certificata da Enti riconosciuti come autorevoli, oltre a possedere una comprovata esperienza in materia	A	A	
	6.3.8	Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA-Failure Mode and Effect Analysis per anno).						5.1.COM.8 SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza	A	B	
6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	6.4.1	Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	8.1 VALUTAZIONE INNOVAZIONI L'organizzazione definisce il processo di valutazione di nuove tecnologie sanitarie, dispositivi medici, sistemi di organizzazione e gestione, sistemi informativi e farmaci, preliminari alla acquisizione e all'utilizzo degli stessi e assicura, nel caso di aziende pubbliche, le necessarie sinergie con la Commissione regionale di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari  L'organizzazione adotta un sistema multidisciplinare per la valutazione dell'introduzione di una nuova tecnologia, farmaco o modello organizzativo basato sui 10 principi individuati dalle buone pratiche in materia	8.1.AZ.2 VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE Vengono costituiti specifici gruppi di lavoro multidisciplinari per l'elaborazione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi da introdurre anche sperimentalmente nell'ambito aziendale			B	B			
	6.4.2	Produzione e diffusione di buone pratiche;	5.1 SISTEMA QUALITÀ È implementato un sistema per la qualità e la sicurezza che consente di: - raccogliere e analizzare i dati delle performance e del sistema di <i>incident reporting</i> al fine di identificare le aree di criticità per la qualità e la sicurezza delle cure - attuare strategie proattive prevenzione basate sull'analisi dei dati e sull'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità e sicurezza come audit clinici, audit su eventi significativi, audit organizzativi, <i>root cause analysis</i> etc. - assicurare che siano in atto strategie di prevenzione e di gestione dei rischi legati alla pratica clinica, monitorando l'adesione delle diverse strutture operative alle pratiche <i>evidence based</i> per la sicurezza del paziente e garantendo una gestione unitaria dei temi trasversali come quello delle infezioni correlate all'assistenza - garantire la conformità con i requisiti legislativi e con gli standard professionali di riferimento rilevanti - assicurare la comunicazione, l'informazione e il pieno coinvolgimento del personale clinico e non	5.1.AZ.2 PIANO QUALITÀ E SICUREZZA Esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Il piano è correlato ad una relazione annuale sui risultati raggiunti, indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso e contiene un focus specifico sui principali rischi per la sicurezza del paziente e sul rischio infettivo oltre che il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente			A	A			
	6.4.3	Garanzia di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;	5.1.AZ.1 COMPETENZE RETE QUALITÀ Le figure di riferimento della rete aziendale per la qualità e la sicurezza hanno svolto una formazione specifica, adeguata al contesto e certificata da Enti riconosciuti come autorevoli, oltre a possedere una comprovata esperienza in materia	A	A						
	6.4.4	Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.	4.1 INFORMAZIONE E ASCOLTO È presente un sistema articolato e diffuso che promuove e garantisce l'informazione, l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, in particolare attraverso: - il governo completo e tempestivo delle informazioni di servizio per l'utenza, attraverso tutti i canali di contatto e i media disponibili - l'aggiornamento e il monitoraggio degli impegni che riguardano il rispetto dei valori del paziente, l'umanizzazione e l'equità di accesso per i pazienti fragili e a rischio compreso quelli inclusi nella Carta dei servizi - la raccolta, l'analisi, la risposta e la valorizzazione, nei percorsi di miglioramento continuo, delle segnalazioni e dei reclami dei cittadini, il coinvolgimento strutturato delle associazioni di volontariato e di tutela - l'effettuazione di periodiche indagini per rilevare l'esperienza dei cittadini, la loro diffusione e il loro utilizzo	4.1.AZ.3 COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI Coinvolgimento dei pazienti, delle associazioni dei pazienti e di tutela, degli organismi di partecipazione dei cittadini nel raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza delle cure, sia attraverso iniziative collegate alla programmazione aziendale che su specifici settori, compresa la gestione aziendale del rischio di corruzione e dei comportamenti lesivi del pubblico interesse	4.1.COM.4 PERCEZIONE ADEGUATEZZA INFORMAZIONI SULLA SALUTE Il paziente riceve informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute, sulla propria terapia e sui professionisti sanitari finalizzate anche alla sua partecipazione attiva	B	B				

CRITERIO/Macro Requisito	Codice requisito	Requisiti	Accreditamento: cap.8 razionale GOVERNO DELL'INNOVAZIONE	Accreditamento: strategia	Accreditamento: requisiti aziendali	Accreditamento: requisiti comuni	Tempi di adeguamento			
7. CRITERIO : Processi di miglioramento e innovazione							Azienda	Struttura		
<b>7.1 Progetti di miglioramento</b>	7.1.1	Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es emergenza, materno infantile, oncologico, cardiovascolare)	La propensione al cambiamento, che risponde all'esigenza di miglioramento continuo, si realizza anche attraverso l'introduzione di nuove tecnologie o di nuove scelte clinico-organizzative per l'ulteriore qualificazione dei servizi. Il governo dell'innovazione rappresenta per i professionisti una opportunità di esprimere le proprie capacità di cambiamento sostenendolo attraverso un adeguato processo di valutazione che può essere rivolto, a seconda dell'opportunità che si presenta, alle tecnologie sanitarie, ai dispositivi medici, ai sistemi di organizzazione e gestione, ai sistemi informativi e ai farmaci.	1.2. PIANIFICAZIONE La pianificazione comprende indicatori di performance/qualità clinica e organizzativa ed è coerente con i piani di miglioramento dei processi clinico assistenziali	1.2.AZ.1 PROGRAMMAZIONE Viene assicurata una programmazione annuale analitica delle attività previste che comprende l'assegnazione di obiettivi specifici di qualità clinica e organizzativa e di sicurezza e delle risorse necessarie (processo di budget). La programmazione, nel caso delle aziende pubbliche, è coerente con gli standard di concentrazione delle casistiche prevista dalle reti regionali e di Area Vasta e trova applicazione anche negli accordi con il privato accreditato	5.1.COM.9 MONITORAGGIO DEGLI ESITI È garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione tra tutti gli operatori, su base almeno annuale, dei dati inerenti re-ricoveri, mortalità, complicanze e altri indicatori ritenuti rilevanti, con un confronto con i dati regionali e nazionali e di letteratura, e la discussione di eventuali azioni di miglioramento	A	A		
<b>7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</b>	7.2.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione					8.1 VALUTAZIONE INNOVAZIONI L'organizzazione definisce il processo di valutazione di nuove tecnologie sanitarie, dispositivi medici, sistemi di organizzazione e gestione, sistemi informativi e farmaci, preliminari alla acquisizione e all'utilizzo degli stessi e assicura, nel caso di aziende pubbliche, le necessarie sinergie con la Commissione regionale di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari L'organizzazione adotta un sistema multidisciplinare per la valutazione dell'introduzione di una nuova tecnologia, farmaco o modello organizzativo basato sui 10 principi individuati dalle buone pratiche in materia	8.1.AZ.1 PROCESSO DI VALUTAZIONE È in essere un processo standardizzato di valutazione delle innovazioni	"	A
<b>7.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa</b>	7.3.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	I punti chiave per un processo di valutazione di un'innovazione consistono nella contestualizzazione della sua efficacia e dei benefici attesi, nella sua rilevanza tecnica, nell'impatto epidemiologico, in quello sociale ed etico e in quello organizzativo. Il processo che porta alla decisione d'introdurre un'innovazione nel sistema di cura è basato, per quanto possibile, sulla qualità della documentazione scientifica a supporto e sugli aspetti della sicurezza.	8.1.AZ.2 VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE Vengono costituiti specifici gruppi di lavoro multidisciplinari per l'elaborazione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi da introdurre anche sperimentalmente nell'ambito aziendale		A				B
	7.3.2	Coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;				B				B
	7.3.3	Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;				B				B
	7.3.4	Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.				B				B

