



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed  
Ostetriche

**Autorizzazione e accreditamento  
istituzionale: strumenti per l'analisi della  
qualità organizzativa ospedaliera e  
territoriale nell'AST Pesaro Urbino**

Relatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Stefania Rasori**

Correlatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Serena Frassini**

Tesi di laurea di:  
**Silvia Sperandio**

A.A. 2023/2024

## Indice

1	Abstract.....	1
2	INTRODUZIONE .....	2
3	PERCEZIONE E IMPATTO DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO .....	4
3.1	Revisione di letteratura .....	4
4	CONCETTO DI QUALITÀ IN SANITÀ .....	12
5	AUTORIZZAZIONE SANITARIA .....	15
5.1	Normativa nazionale e della regione Marche .....	15
5.2	Iter procedurale autorizzativo nelle Marche .....	16
6	ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE .....	18
6.1	Panoramica accreditamento .....	18
6.2	Iter procedurale dell'accREDITAMENTO nelle Marche .....	19
7	OBIETTIVO .....	21
8	METODI E MATERIALI .....	21
8.1	Metodologia e strategia di ricerca.....	21
8.2	Setting temporale .....	23
8.3	Strumento di indagine.....	23
9	RISULTATI.....	26
9.1	Risultati di ricerca .....	26
9.2	Autorizzazione sanitaria .....	26
9.2.1	Ambito ospedaliero.....	26
9.2.2	Ambito territoriale e telemedicina .....	30
9.3	AccREDITAMENTO Istituzionale .....	35
9.3.1	Ambito territoriale .....	35
10	DISCUSSIONE .....	38
11	CONCLUSIONI .....	40
12	RIFERIMENTI NORMATIVI .....	41
13	BIBLIOGRAFIA .....	42
14	ALLEGATI.....	44

## 1 Abstract

**Obiettivo:** verificare il possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento organizzativo-gestionali e relativi alle attività assistenziali dei contesti sanitari ospedalieri e territoriali (cure domiciliari)

**Metodi:** È stata analizzata la legislazione nazionale e i manuali di autorizzazione e accreditamento della regione Marche (DGR n. 1468/23, 1572/19, 6/23) delle strutture ospedaliere e cure domiciliari. Sono stati creati 5 strumenti di raccolta dati: tre griglie (ospedali, cure domiciliari, telemedicina) per i requisiti autorizzativi di tipo organizzativo e assistenziale e due griglie (ospedale e territorio) per i requisiti di accreditamento organizzativo e assistenziale. Il campione di indagine ha incluso sei unità operative ospedaliere e le cure domiciliari di Pesaro, Fano, Cagli e Urbino. La conformità dei requisiti autorizzativi è stata verificata con le schede di audit interno dell'azienda, inoltre è stato valutato solo il possesso dei requisiti di accreditamento delle organizzazioni di cure domiciliari tramite un'intervista alla coordinatrice dell'ADI Pesaro.

**Risultati:** L'analisi evidenzia un quadro positivo per le strutture ospedaliere, che hanno raggiunto il 100% di conformità ai requisiti autorizzativi. Mentre le 4 cure domiciliari dell'AST PU hanno ottenuto una media dell'86-90% di conformità del possesso dei requisiti autorizzativi, mostrando progressi significativi e piani di rientro per le aree critiche. Tuttavia, il settore della telemedicina presenta maggiori criticità, con dispositivi insufficienti e nessun requisito soddisfatto. La situazione attuale dell'accREDITAMENTO per cure domiciliari mostra che, se da una parte ci sono solidi punti di forza, come le prestazioni (67%) e le competenze del personale (64%), dall'altra esistono aree che richiedono interventi, in particolare sul fronte dell'innovazione (17%).

**Conclusioni:** Il processo di verifica ha individuato le aree conformi e quelle da migliorare nel processo di autorizzazione e accreditamento per le strutture ospedaliere e nelle cure domiciliari. La raccolta dati e l'intervista hanno evidenziato l'importanza di un monitoraggio continuo per mantenere elevati standard di qualità e sicurezza.

**Parole chiave:** Autorizzazione sanitaria, accreditamento istituzionale, qualità delle cure, esiti organizzativi, cure domiciliari, strutture ospedaliere

## 2 INTRODUZIONE

---

La Regione Marche, con le Delibere della Giunta Regionale (DGR) n. 1669/2019 aggiornato successivamente con DGR n. 1468/2023, ha stabilito i criteri per l'autorizzazione sanitaria delle strutture ospedaliere, e con la DGR 1572/2019 ha introdotto il manuale di accreditamento istituzionale per strutture sanitarie e sociosanitarie. A livello territoriale, con la DGR n. 6 del 2023, è stato definito il manuale di autorizzazione e accreditamento per le organizzazioni che forniscono cure domiciliari. L'idea di realizzare un progetto che effettua un'indagine sulla verifica del possesso dei requisiti autorizzativi e di accreditamento nasce dalla necessità delle strutture ospedaliere e organizzazioni territoriali di dover presentare inizialmente la domanda di autorizzazione adeguandosi ai requisiti minimi ai sensi della normativa attualmente in vigore, seguita dal miglioramento continuo tramite la richiesta di accreditamento istituzionale. L'importanza e l'attualità del tema si evince dalle disposizioni e scadenze stabilite dalla regione relativamente ai tempi di adeguamento. La Giunta Regionale delle Marche, il 18 settembre 2023, ha deliberato di modificare la DGR 1194/2020 e la DGR 1047/2022 fissando il termine ultimo per la presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, sociosanitarie, sociali e cure domiciliari al 30 settembre 2024. Inoltre, viene stabilito che la domanda per il percorso dell'accREDITamento di base deve essere necessariamente presentata entro 6 mesi dalla conclusione del percorso autorizzativo.

Il progetto si articola in due fasi principali: nella prima fase è stata condotta una revisione della letteratura internazionale attraverso le banche dati scientifiche, al fine di comprendere l'impatto clinico, organizzativo e la percezione dell'accREDITamento in altre realtà internazionali. Questo ha permesso di identificare i principali benefici e criticità dell'accREDITamento in diversi contesti sanitari. Successivamente, si è proceduto con l'analisi della normativa relativa all'autorizzazione e all'accREDITamento sanitario, concentrandosi in particolare sulla legislazione della Regione Marche dell'ambito ospedaliero e territoriale. Da tale analisi sono state costruite ad hoc delle griglie di monitoraggio, sulla base dei requisiti organizzativi contenuti nei manuali di autorizzazione e accREDITamento. Questi strumenti sono stati poi utilizzati per la verifica della conformità richiesta dalla normativa. È stata valutata la conformità ai requisiti di

autorizzazione per le strutture sanitarie ospedaliere e per le cure domiciliari. Mentre per la parte relativa all'accreditamento, poiché il settore delle cure domiciliari è il primo a dover completare il processo di adeguamento e accreditamento, l'analisi si è concentrata inizialmente su questo ambito. Per l'ambito ospedaliero sono state sviluppate griglie di monitoraggio che saranno utilizzate in una futura valutazione.

### **3 PERCEZIONE E IMPATTO DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO**

---

Per la redazione di questo progetto è stata inizialmente svolta un'indagine in letteratura internazionale del seguente quesito: qual è la percezione e l'impatto dell'accreditamento per le strutture sanitarie sul miglioramento in termini clinici e organizzativi. È emerso che, poiché in letteratura sono presenti pochi e contrastanti studi in materia del concreto miglioramento in seguito all'applicazione del processo di accreditamento in ambito sanitario; sono necessari ulteriori studi per poter definire con esattezza l'impatto che possiede il processo di autorizzazione e accreditamento nelle strutture sanitarie e territoriali. Nonostante ciò, sebbene ad oggi non vi siano forti evidenze scientifiche sulla questione che l'accreditamento migliori le prestazioni e neppure prove che le organizzazioni accreditate forniscano davvero prestazioni di migliore qualità, tuttavia i risultati degli studi analizzati dimostrano che vi sono numerose testimonianze e forti convinzioni generali da parte delle autorità sanitarie, dipendenti manageriali e dell'operatore sanitario degli sul fatto che introdurre un modello come l'accreditamento per la gestione della qualità nel suo complesso rappresenta un insieme standardizzato e selezionato di requisiti di governo (di sistema) considerati utili per garantire prestazioni conformi alle caratteristiche desiderate e stabilite.

#### **3.1 Revisione di letteratura**

Nella prima fase dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura per indagare la percezione e l'impatto dell'accreditamento sulla qualità in ambito sanitario internazionale, tramite la consultazione delle banche dati, Pubmed e Cochrane. Il quesito di ricerca è stato formulato con il metodo PICO, indagando sulle strutture sanitarie ospedaliere e organizzazioni di cure domiciliari, in che modo il processo di accreditamento modifichi l'outcome degli esiti assistenziali clinici e organizzativi. Sono stati inclusi tutti gli studi pertinenti all'argomento preso in esame disponibili con testo completo pubblicati negli ultimi dieci anni. Esclusi tutti gli articoli non pertinenti al tema della qualità in ambito sanitario. Per la selezione degli studi pertinenti ai fini dell'obiettivo dell'indagine è stato utilizzato il metodo PRISMA: in totale sono stati reperiti 80 articoli mediante ricerca nelle banche dati scientifiche (Tabella I). Di questi, dopo eliminazione

dei record doppi sono stati ritenuti eleggibili 46 articoli, tra questi, in seguito a successiva scrematura sono stati selezionati 5 lavori e inclusi in quanto rispettavano i criteri di inclusione ed esclusione. Gli articoli pertinenti con il quesito sono riportati nella tabella riassuntiva di estrazione dei dati relativi agli articoli (tabella II) in cui verrà evidenziato l'obiettivo e risultati di ciò che è emerso.

Tabella I. Tabella di sintesi dei risultati di ricerca.

<b>Database</b>	<b>Stringa di ricerca</b>	<b>Limiti</b>	<b>Articoli trovati</b>	<b>Articoli pertinenti</b>
PubMed	"Accreditation process" AND "quality of care" (Mesh terms)	Full text, published in the last 10 years	23	2
PubMed	"Accreditation process" OR "healthcare accreditation" AND "quality of care" (Mesh terms)	Full text, published in the last 10 years	25	2
PubMed	"Accreditation standards" AND "Italy" (Mesh terms)	Free full text, published in the last 10 years	16	0
PubMed	"Accreditation process" AND "healthcare accreditation" (Mesh terms)	Full text, published in the last 10 years	5	1
PubMed	"accreditation standards" AND "accreditation	Full text, published in the last 10 years	5	0

	process" AND "international" (Mesh terms)			
Cochrane library	"Accreditation process" AND "quality of care"	In the last 10 years	6	0

Tabella II. Tabella riassuntiva di estrazione dei dati relativi agli articoli.

Autore e titolo	Anno pubblicazione e rivista	Disegno di studio	Obiettivo	Risultati
<p><b>Ali Al Mansour et al.</b>  <b>Hospital accreditation processes in Saudi Arabia: a thematic analysis of hospital staff experiences</b></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8724809/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8724809/</a></p>	<p>2022, BMJ Open Qual.</p>	<p>Qualitative study</p>	<p>Esplorare la percezione dei dipendenti manageriali sul processo di accreditamento della Joint Commission International (JCI) e il suo impatto sulla qualità dell'assistenza ai pazienti negli ospedali accreditati JCI dell'Arabia Saudita.</p>	<p>I partecipanti hanno espresso pareri positivi sul fatto che l'accREDITAMENTO possieda dei fattori trainanti del cambiamento, e che comporti una migliore gestione dei budget ospedalieri, della documentazione sanitaria, delle infrastrutture e della sicurezza e soddisfazione dei pazienti.</p>
<p><b>Astolfo León Franco Herrera et al.</b>  <b>Perception of the healthcare</b></p>	<p>2021  Colomb Med (Cali)</p>	<p>Descriptive cross-sectional study</p>	<p>L'obiettivo dello studio è quello di indagare in che modo influisce l'accREDITAMENTO nelle istituzioni sanitarie in</p>	<p>Il processo di accREDITAMENTO Icontec in Colombia genera per gli operatori sanitari che lavorano in questi processi carichi di lavoro aggiuntivi, nonostante ciò, la percezione del personale è che il processo di accREDITAMENTO</p>

<p><b>accreditation system in Colombia</b></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8973306/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8973306/</a></p>			<p>Colombia secondo il punto di vista dell'operatore sanitario</p>	<p>dia un valore aggiunto alla qualità dell'assistenza in tutti gli assi tematici. Per gli intervistati interrogati sul tema, gli elementi con la migliore percezione sono stati l'umanizzazione dell'assistenza (86,4%) seguita dalla sicurezza del paziente e dal lavoro di squadra (81,8%). Dopo l'accreditamento, la qualità dei processi è migliorata (77,4%), la prevenzione e il controllo delle infezioni (68,1%) e l'impegno del medico (63,6%). Il 54,6% ha ritenuto che i valutatori utilizzino metodi di valutazione diversi.</p>
<p><b>Bo Yeon Lee et al. Comparison of Major Clinical Outcomes between Accredited and Nonaccredited Hospitals for Inpatient Care of</b></p>	<p>2021, Int J Environ Res Public Health.</p>	<p>Studio quantitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di confrontare i livelli degli indicatori principali di esito clinico dopo aver ricevuto cure da ospedali accreditati e non accreditati in pazienti con</p>	<p>Il numero totale dei pazienti ricoverati negli ospedali generali in Corea per IMA tra il 2010 e il 2017, è stato di 80.262. Di questi, 67.939 pazienti sono stati ricoverati in ospedali accreditati, mentre 12.323 pazienti sono stati ricoverati in ospedali non accreditati. Il tasso di mortalità (OR 0,845 CI 0,777–0,929) a 30 giorni dei pazienti ricoverati negli ospedali</p>

<p><b>Acute Myocardial Infarction</b></p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33804153/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33804153/</a></p>			<p>infarto miocardico acuto (IMA)</p>	<p>accreditati era circa la metà di quello di quelli ricoverati in ospedali non accreditati (1,51% contro 3,29%). Tuttavia, per la riammissione (OR 1,08 CI 0,973–1,200) agli ospedali e la durata del ricovero dopo 30 giorni, l’accreditamento non sembra avere un impatto significativo. Circa il 10% dei pazienti con IMA ricoverati negli ospedali accreditati sono stati riammessi entro 30 giorni dalla dimissione, mentre meno del 5% di quelli ricoverati in ospedali non accreditati.</p>
<p><b>Søren Bie Bogh et al.</b></p> <p><b>Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study</b></p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26239473/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26239473/</a></p>	<p>2015, Int J Qual Health Care</p>	<p>A historical follow-up study</p>	<p>L’obiettivo dello studio è quello di esaminare se le misure di prestazione migliorano la qualità di cura negli ospedali accreditati danesi rispetto agli ospedali non accreditati</p>	<p>Sono stati inclusi un totale di 27.273 pazienti ricoverati in 33 ospedali, di cui sei accreditati e 27 non accreditati. Lo studio si è concentrato sul misurare il miglioramento degli esiti clinici in quattro aree patologiche, processi relativi all’ictus, all’insufficienza cardiaca, ulcera sanguinante, ulcera perforata. Nel corso degli anni in cui sono stati osservati miglioramenti sostanziali nelle misure delle</p>

				prestazioni dei processi indipendentemente dalla partecipazione a un programma di accreditamento. Non sono state riscontrate differenze degli esiti clinici significative a livello di ricovero in ospedali accreditati, associati ad un miglioramento delle prestazioni per ictus acuto, insufficienza cardiaca ed ulcera perforata.
<b>Khamis Al-alawy et al.</b> <b>A Mixed-Methods Study to Explore the Impact of Hospital Accreditation</b>  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525936/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525936/</a>	2021, Inquiry	Retrospective summative study	Lo studio è volto ad esplorare l'impatto dell'accreditamento ospedaliero negli ospedali del settore privato	L'accreditamento migliora la qualità (n = 23), implementa pratiche basate sull'evidenza (n = 17). Inoltre, i miglioramenti riportati includono la qualità delle cure (27), la cura del paziente (26), i processi organizzativi (21) e la soddisfazione del paziente (19). Il tasso medio di soddisfazione delle parti interessate era del 74%. Come aspetti negativi i partecipanti hanno ritenuto che le ore e i livelli di stress del personale fossero elevati durante il processo di accreditamento, e alcuni standard erano utili mentre altri erano considerati non essenziali. I

				risultati dello studio suggeriscono che l'accreditamento abbia un impatto sulla struttura e sulle misure di processo, ma i guadagni in aree chiave sono stati di breve durata. È necessario rafforzare la governance e sviluppare misure di performance per evidenziare il miglioramento dei risultati, assicurare l'allineamento con la regolamentazione e gli obiettivi del sistema sanitario.
--	--	--	--	--

Dalla sintesi dei risultati degli studi presi in esame è emerso che, in letteratura ancora non è possibile definire con certezza l'impatto sui risultati organizzativi e clinici derivati dall'applicazione di azioni intraprese per accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei processi a vantaggio dell'organizzazione e dei suoi clienti, poiché gli studi attualmente presenti in letteratura sono pochi e mostrano dei risultati contrastanti. Pertanto, per una visione globale dell'effetto del processo di accreditamento sono necessari ulteriori studi con lo scopo di indagare al meglio il fenomeno.

## 4 CONCETTO DI QUALITÀ IN SANITÀ

---

In questo capitolo si procede con un'analisi del concetto di qualità nelle organizzazioni, e delle metodologie utilizzate per la gestione e la valutazione della qualità. Inoltre, l'attenzione si focalizzerà sulla normativa nazionale e regionale di riferimento della regione Marche in merito al tema di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale per quanto concerne le strutture ospedaliere e le organizzazioni di cure domiciliari. L'Istituto Superiore di Sanità indica che nel nostro paese l'attenzione per la qualità dei servizi sanitari è al centro del processo di miglioramento continuo dell'assistenza in tutte le aziende sanitarie pubbliche, poiché ogni paziente e comunità ha il diritto di ricevere un'assistenza sanitaria di alta qualità. Infatti, i Piani Sanitari Nazionali (PSN), elaborati a partire dall'emanazione del Decreto Legislativo (D.Lgs) n. 502/92 e successive modificazioni, hanno portato all'introduzione dei concetti di autorizzazione e accreditamento, insieme al concetto di qualità in sanità come elemento essenziale e indispensabile del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i sistemi di regolamentazione sanitaria sono indispensabili per proteggere la salute pubblica e garantire la qualità delle cure. Sempre la stessa OMS ritiene che vi siano numerose ragioni a favore di una politica sanitaria che promuova lo sviluppo della qualità: dal punto di vista etico e sociale cresce il bisogno di empowerment del paziente che garantisca il proprio diritto di essere informati e intervenire attivamente sull'assistenza di cura fornita, allo stesso tempo, le autorità sanitarie si aspettano maggiore affidabilità delle organizzazioni e delle professioni sanitarie.

Analizzando il concetto di qualità in sanità, si trovano importanti autori di lavori pionieristici inerenti alla misura della qualità in ambito delle prestazioni sanitarie. Avedis Donabedian (1919-2000), medico e fondatore dello studio della qualità nell'assistenza sanitaria e della ricerca sugli esiti medici, è stato fra i primi a occuparsi dell'argomento. Egli definisce la qualità in sanità come: "rapporto tra i miglioramenti ottenuti nelle condizioni di salute e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato attuale delle conoscenze, delle tecnologie disponibili e delle circostanze dei pazienti". Secondo Donabedian i metodi di valutazione e miglioramento della qualità tendono a svilupparsi secondo diverse dimensioni. La classica tripartizione individuata dall'autore stabilisce che gli assi della qualità sono indirizzati alla *struttura* intesa come qualità organizzativa.

Con il termine struttura l'autore intende le caratteristiche, relativamente stabili, degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici e organizzativi in cui operano. Il concetto di struttura include le risorse umane, fisiche e finanziarie necessarie all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il secondo asse è rivolto al *processo* inteso come qualità professionale. Il processo comprende tutti gli aspetti delle attività di assistenza. Infine, il terzo asse è orientato all'*esito* che sottende la qualità percepita. Quando si parla di esito, l'autore fa riferimento al risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun assistito, in termini di variazioni dello stato di salute attribuibile al processo assistenziale e che, dunque, deve essere valutato come conseguenza dell'attività sanitaria. Il lavoro di Donabedian è ancora utilizzato nell'attività dei gruppi di Verifica e Revisione della Qualità (VRQ).

Esistono in letteratura anche altre possibili classificazioni sulle dimensioni per la misura della qualità. Quella proposta da Liva e Di Stanislao fa riferimento alle seguenti variabili: qualità manageriale: direzione, strutture, attrezzature, informazione, formazione, valutazione e miglioramento; qualità tecnica: procedure tecniche per discipline cliniche e procedure di supporto quali la gestione dei farmaci, gli "aspetti alberghieri", la pulizia, l'igiene, etc.; qualità percepita: sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione dei clienti.

La teoria, invece, proposta da Focarile individua più analiticamente come contenuti della qualità dell'assistenza i seguenti:

- accessibilità: capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno bisogno;
- appropriatezza: grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico e alle conoscenze disponibili;
- competenza: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- continuità: grado di integrazione nel tempo tra i diversi operatori e le strutture sanitarie che hanno cura dello stesso soggetto o di un gruppo di soggetti;
- efficacia attesa: capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti ai quali è rivolto;
- efficacia pratica: risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento;

- efficienza: capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile;
- sicurezza: grado in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio
- tempestività: grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità;
- umanizzazione: livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio.

Sulla base dell'analisi delle varie dimensioni della qualità presenti in letteratura, si può concludere che definire il concetto di qualità in sanità in maniera univoca comporta notevoli difficoltà in virtù del fatto che, il concetto di sanità comprende al suo interno diverse categorie di attori coinvolti nel processo di salute. Come sostenuto da Peter Drucker, uno dei più influenti studiosi di management del XX secolo “Se non si misura non si può controllare. Se non si può controllare non si può gestire. Se non si può gestire non si può migliorare.” (Drucker, 1974, p. 74).

L'evoluzione dell'approccio alla qualità nel nostro Paese, si sta sviluppando sempre più, infatti stanno aumentando le indicazioni normative negli ultimi anni in relazione a questo specifico argomento.

Le scuole di pensiero e i metodi di approccio alla qualità sono molteplici differenti per obiettivi e parametri, alcuni tra i più utilizzati dalle organizzazioni per la gestione e la valutazione della qualità in sanità sono:

- Accreditemento professionale volontario “peer-review”: es. accreditemento americano con Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), accreditemento canadese con Canadian Council for Hospital Accreditation (CCHFA)
- European Foundation for Quality Management (EFQM)
- VRQ
- Certificazione ISO 9000-VISION 2000
- Accreditemento istituzionale (obbligatorio)

## 5 AUTORIZZAZIONE SANITARIA

---

### 5.1 Normativa nazionale e della regione Marche

Il D.Lgs. 229/99, noto come “riforma sanitaria ter” o “decreto Bindi” modifica ed integra l’art. 8 del D.lgs.502/92. Tra gli elementi chiave della riforma, vengono definiti in maniera univoca i concetti di autorizzazione all’esercizio, accreditamento istituzionale, accordo contrattuale e venne introdotta l’autorizzazione alla realizzazione e/o trasformazione: il sistema delle “quattro A” del D.Lgs. 229/99 (figura 1) La realizzazione di strutture sanitarie e l’esercizio di attività per conto del SSN sono subordinate al rilascio di:

- autorizzazione;
- accreditamento;
- accordi contrattuali.



*Figura 1.* Il sistema delle quattro “A” nel D.Lgs. 229/99: “Tratta da M. Donata Bellentani, et al. Il quadro di riferimento sulla normativa dell’accreditamento istituzionale in Italia”

L’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di attività sanitarie per conto o a carico del Servizio Sanitario Nazionale, si applicano, la prima, nei casi di costruzione di nuove strutture, e la seconda nei casi di adattamento, trasferimento, trasformazione e ampliamento di strutture già esistenti. L’autorizzazione alla realizzazione presuppone il benessere della Regione da acquisirsi da parte del Comune di competenza, mentre l’autorizzazione all’esercizio presuppone il possesso di requisiti minimi di natura strutturale, tecnologica e organizzativa.

Per quanto concerne le cure domiciliari, il riferimento normativo principale per il sistema di autorizzazione e di accreditamento è costituito dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 406. Il quale ha esteso la disciplina descritta nel D.lgs.502/92 in materia di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari. (8-ter e 8-quarter). È un passaggio importante, in quanto si riconosce che le cure domiciliari richiedono un'organizzazione che risponda a precisi requisiti di sicurezza e qualità a garanzia della tutela della salute dei cittadini. Al fine di dare esecuzione a tale modifica, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni (CSR) ha prodotto con l'Intesa 151/CSR del 4 agosto 2021 un documento recante "Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari" Questo atto prevede, che la governance dei percorsi di cure domiciliari sia in mano alla Regione, la quale rilascia i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento e stipula, direttamente o tramite le aziende sanitarie, gli accordi contrattuali. Infine, si prevede che le organizzazioni che intendono erogare prestazioni di CD debbano garantire la disponibilità di supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, che consentano l'erogazione di prestazioni in Telemedicina.

## **5.2 Iter procedurale autorizzativo nelle Marche**

Ai sensi della Legge Regionale delle Marche n.21/2016, l'iter procedurale del rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio, prevede che l'ente deputato al rilascio di quest'ultime è il Comune, a cui è subentrato lo Sportello Unico per le Attività Produttive (SUAP). Una struttura sanitaria, sociosanitaria o organizzazione di cure domiciliari pubblica o privata, una volta ottenuta l'autorizzazione alla realizzazione, per poter esercitare l'attività sanitarie deve presentare al Comune/ SUAP territorialmente competente una domanda, compilando un'apposta modulistica per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio. Il Comune/SUAP accerta la regolarità della domanda, richiede la verifica del rispetto dei requisiti minimi avvalendosi degli enti individuati dalla LR 21/2016 art. 8 c.2 e art.9 c.2 ovvero:

- *Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)* per verificare il possesso degli standard minimi specificati dal manuale di riferimento approvato con il DGR n.1669/19, nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, ed in altre tipologie di strutture ambulatoriali pubbliche o ospedaliere private, strutture sociali che erogano prestazioni in regime di residenzialità e semi residenzialità, sociosanitarie di lungo-assistenza.
- *Dipartimento di prevenzione dell'AST* competente per territorio

L'autorizzazione all'esercizio rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è possibile esercitare un'attività sanitaria, sociosanitaria e sociale. La validità dell'autorizzazione è legata alla permanenza dei requisiti previsti dalla normativa, accertata attraverso verifiche periodiche.

## 6 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

---

### 6.1 Panoramica accreditamento

L'accREDITAMENTO in sanità ha origine negli Stati Uniti nella seconda metà del '900 con la presentazione del programma "Minimum Standards for Hospital", da parte dell'American College of Surgeons. L'obiettivo principale di questo programma era di standardizzare la struttura e il funzionamento degli ospedali, affinché le istituzioni con standard elevati di medicina potessero ottenere il giusto riconoscimento professionale per la comunità, mentre quelle con standard inferiori venissero incentivate a migliorare. Negli USA, dove il sistema è nato, come anche in Canada, Australia e negli altri paesi dove si è poi diffuso, seppur assumendo tipicità nazionali, si è comunque mantenuta una caratteristica comune: la volontarietà del sistema di accreditamento. Le strutture sanitarie, quindi, scelgono liberamente se accreditarsi per dimostrare la loro qualità, senza un'imposizione obbligatoria da parte delle autorità. Al contrario, in Italia l'accREDITAMENTO è un'attività obbligatoria e istituzionale, rappresentando un passaggio fondamentale per le strutture che desiderano erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le autorizzazioni come già citato in precedenza costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie e sottendono la presenza di standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni. La normativa italiana indica che l'accREDITAMENTO rappresenta una fase successiva all'autorizzazione; perciò, richiede la verifica di requisiti ulteriori di qualità. Per il sistema sanitario italiano, l'atto istituzionale dell'accREDITAMENTO possiede una duplice funzione: da un lato una funzione regolatoria: mira a verificare che le strutture aderiscano ai criteri stabiliti dalle leggi o dai regolamenti, e dall'altro ha una funzione di garanzia al fine di promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate. Negli ultimi anni, sia a livello nazionale che europeo, si è osservato un interesse crescente verso l'accREDITAMENTO come strumento di valutazione istituzionale. Questo processo non solo promuove il miglioramento continuo in termini di assistenza (sicurezza, appropriatezza, qualità), ma viene utilizzato anche per valutare aspetti meno legati direttamente alla qualità dei servizi, come l'innovazione e la ricerca.

## **6.2 Iter procedurale dell'accREDITAMENTO nelle Marche**

La regione Marche con DGR n. 942/2015 in materia di "adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie", ha stabilito tempi e modalità per l'accREDITAMENTO al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Per le strutture ospedaliere, il manuale di riferimento è il DGR n. 1572/2019, che integra le richieste del contesto nazionale nel sistema marchigiano, stabilendo criteri, requisiti ed evidenze per l'accREDITAMENTO.

Analogamente, per le organizzazioni di cure domiciliari, il documento di riferimento è il DGR n. 6 del 16/01/2023, che fornisce una guida per l'autorizzazione e accREDITAMENTO delle organizzazioni pubbliche e private eroganti cure domiciliari.

Entrambi i manuali sono strutturati in modo simile e comprendono:

- criteri (attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie, prestazioni e servizi, aspetti strutturali, competenze del personale, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza, processi di miglioramento e innovazione, umanizzazione)
- requisiti
- evidenze (items)

Le evidenze sono distinte in quattro tipi:

- I e II: requisiti essenziali per il rilascio e il mantenimento dell'accREDITAMENTO (livello Base al tempo di verifica T.0)
- III: requisiti essenziali per il mantenimento e il rilascio dell'accREDITAMENTO (livello Avanzato al tempo di verifica T.1)
- IV: requisiti essenziali per il mantenimento e il rilascio dell'accREDITAMENTO (livello di eccellenza al tempo di verifica T.2)

La principale differenza tra il manuale di accREDITAMENTO per strutture ospedaliere e quello per cure domiciliari è la classificazione delle evidenze. Per le cure domiciliari, le evidenze sono suddivise in tre tipologie: I tipo per l'accREDITAMENTO di livello base al T0, evidenze di II tipo per l'accREDITAMENTO di livello avanzato al T1, evidenze di III tipo per l'accREDITAMENTO di eccellenza al T2. Le strutture che presentano domanda di accREDITAMENTO devono fornire: Autodichiarazione del possesso delle evidenze di I tipo e II tipo, ed inoltre un cronoprogramma per il raggiungimento delle evidenze di III tipo e IV tipo (per le strutture ospedaliere). Dopo la presentazione dell'istanza di

accreditamento, segue la visita di verifica organizzata dal Comitato Tecnico Operativo (C.T.O.) dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.), che si avvale del Gruppo di Autorizzazione e Accreditazione Regionale (G.A.A.R.). Durante questa visita, il comitato verifica che la struttura rispetti i requisiti previsti dal manuale di accreditamento e che le evidenze autodichiarate siano effettivamente presenti.

## 7 OBIETTIVO

---

Lo scopo del presente lavoro consiste nella verifica del possesso dei requisiti di autorizzazione e accreditamento organizzativo-gestionali e relativi alle attività assistenziali dei contesti sanitari ospedalieri e territoriali (cure domiciliari), grazie all'utilizzo delle griglie di monitoraggio predisposte durante la prima fase del progetto.

## 8 METODI E MATERIALI

---

### 8.1 Metodologia e strategia di ricerca

Il progetto è stato sviluppato presso U.O.C Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Tecniche e della Riabilitazione (IOTR) dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro Urbino nella quale si è svolto il tirocinio formativo. Lo studio è iniziato con una ricerca bibliografica attraverso PubMed, MeSH, Cochrane, (descritta nel capitolo 2) per individuare l'analisi del contesto nell'ambito della percezione e l'impatto dell'accreditamento in termini di esiti clinici e assistenziali per le strutture sanitarie. Successivamente, è stata effettuata una revisione della legislazione nazionale e regionale riguardante l'autorizzazione e l'accreditamento (capitoli 3 e 4), seguita da uno studio approfondito dei manuali di riferimento per le strutture ospedaliere e le cure domiciliari. Le principali normative analizzate includono:

- D.G.R. n. 1468 del 16/10/2023 LR n. 21/2016 - Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle Strutture Ospedaliere approvato con DGR 1669/2019.
- DGR n. 1572 del 16/12/2019 “L.R. n. 21/2016 - *Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie*”
- D.G.R. N. 6 del 16/01/2023 - Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari

Sulla base di queste normative e l'accurata selezione dei requisiti di pertinenza organizzativa e assistenziale, sono stati sviluppati strumenti di monitoraggio della qualità organizzativa:

- 3 Griglie di monitoraggio con i requisiti autorizzativi generali, organizzativi e relativi all'assistenza infermieristica (1 per ospedale, 1 per cure domiciliari, 1 per telemedicina)
- 2 Griglie di monitoraggio con i requisiti di accreditamento di tipo organizzativo e assistenziale

All'interno di tutte le griglie create non sono stati inseriti i requisiti di pertinenza strutturale, tecnologica ed impiantistica.

In seguito, si è provveduto ad effettuare un campionamento di convenienza selezionando sei unità operative specifiche e per i requisiti generali l'unità operativa complessa Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Tecniche e della Riabilitazione (IOTR) la quale opera in staff alla Direzione Generale, collabora con la Direzione medica, sanitaria ed amministrativa del presidio ospedaliero San Salvatore di Pesaro:

- Pronto Soccorso di Pesaro
- Medicina d'Urgenza di Pesaro
- Unità di Terapia Intensiva Coronarica
- Ostetricia/Blocco Nascita/Punto Parto
- Day Hospital/Day Surgery
- Medicina
- Chirurgia

Queste unità operative complesse (UOC) sono rappresentative di varie aree: emergenza urgenza, area pediatrica/ostetrica, area chirurgica generale, area di ricovero diurno, area medica e infine intensiva.

Mentre per l'ambito territoriale sono state selezionate le organizzazioni di Cure Domiciliari di Pesaro, Fano e Urbino.

Nella fase finale del lavoro, è stata condotta una verifica approfondita sull'aderenza ai requisiti autorizzativi selezionati. I dati necessari sono stati estrapolati dalle schede di audit interno raccolte dall'UOC Qualità, Accreditamento e Formazione dell'AST PU (Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino), situata presso la sede distaccata del Presidio Ospedaliero di Muraglia. Queste schede di audit interno sono state raccolte in

preparazione alle visite ispettive che saranno eseguite dai membri del GAAR (Gruppo Autorizzazione e Accredimento Regionale), incaricato di valutare la conformità delle strutture sanitarie ai requisiti normativi.

Per quanto riguarda i requisiti di accreditamento, il processo formale non è ancora stato avviato, poiché è subordinato al completamento della fase di autorizzazione. Tuttavia, per garantire un'analisi preliminare del possesso dei requisiti di accreditamento, è stata condotta un'intervista con la coordinatrice dell'ADI di Pesaro, la quale ha rappresentato anche le altre organizzazioni domiciliari presenti nella provincia di Pesaro Urbino. In particolare, le quattro organizzazioni di cure domiciliari di Pesaro, Fano, Cagli e Urbino collaborano attivamente condividendo esperienze e soluzioni per completare il percorso di adeguamento ai requisiti, considerata la similitudine tra i diversi setting operativi. Il fatto che queste strutture condividano caratteristiche operative simili ha facilitato un approccio collaborativo per ottimizzare il percorso di adeguamento. L'intervista alla coordinatrice ha rivelato che le quattro organizzazioni di cure domiciliari avevano già intrapreso una serie di colloqui interni, precedenti a tale analisi, per confrontarsi sui requisiti e verificare il grado di conformità agli standard autorizzativi e accreditativi. Attraverso il monitoraggio delle schede di audit interno e l'intervista, è stato possibile identificare una serie di aree di non conformità rispetto ai requisiti previsti dai manuali di autorizzazione e accreditamento per poi poter sviluppare piani di azione correttiva per colmare le lacune identificate.

## **8.2 Setting temporale**

La parte del lavoro che ha previsto la verifica del possesso dei requisiti autorizzativi e di accreditamento è stata svolta da aprile 2024 a settembre 2024.

## **8.3 Strumento di indagine**

In base ai manuali di autorizzazione e accreditamento istituzionale sono state prodotte cinque griglie di monitoraggio. Questi strumenti sono disponibili per la consultazione nella sezione degli allegati di questo progetto suddivisi in tale maniera:

- “*Griglia autorizzazione ospedaliera*” (allegato 1),
- “*Griglia accreditamento ospedaliero*” (allegato 2),
- “*Griglia autorizzazione cure domiciliari*” (allegato 3),

- “*Griglia accreditamento cure domiciliari*” (allegato 4),
- “*Griglia autorizzazione requisiti di telemedicina per organizzazioni di cure domiciliari*” (allegato 5),

La metodologia di sviluppo delle griglie si è basata sulla selezione dei requisiti minimi organizzativi e pertinenti alla professione infermieristica dall’interno dei manuali di riferimento. Sono stati esclusi i requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici. I requisiti scelti e riportati fedelmente nelle griglie di monitoraggio mantengono la numerazione originale dei manuali, anche se non sempre progressiva.

Nella griglia *autorizzazione ospedaliera* (allegato 1) i requisiti minimi sono stati reperiti dal DGR n.1669 del 30/12/2019 “LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (parte A)” aggiornato poi con il D.G.R. n. 1468 DEL 16/10/2023. Nella prima parte sono presenti i requisiti minimi organizzativi generali con elencati 35 requisiti. In seguito, sono elencati i requisiti minimi specifici richiesti per le 6 U.O.C. stabilite:

- 9 requisiti per pronto soccorso ospedaliero– (PSO)
- 5 requisiti per Osservazione breve intensiva– (OBI)
- 9 requisiti per Medicina d’urgenza – (MURGE)
- 3 requisiti per Unità di terapia intensiva coronarica (UTIC)
- 3 requisiti per Area di degenza generale – (ADEG)
- 14 requisiti per Punto nascita – blocco parto – (PNBP)
- 8 requisiti per Day-hospital – (DH)
- 14 requisiti per Day-surgery – (DS)

La griglia *accreditamento ospedaliera* (allegato 2) rispetta la struttura del manuale di accreditamento (DGR n. 1572 del 16/12/2019 “L.R. n. 21/2016, - Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all’articolo 7, comma 1, lettere a), b), e), d) e comma 2”) con qualche piccola variazione, si articola quindi in:

- 7 criteri (attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie, prestazioni e servizi, competenze del personale, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza, processi di miglioramento e innovazione, umanizzazione)

- 26 requisiti
- evidenze (items)

La griglia di monitoraggio *autorizzazione cure domiciliari* (allegato 3) contiene i requisiti minimi autorizzativi esplicitati nel D.G.R. N. 6 del 16/01/2023. Suddivisa in 21 requisiti autorizzativi raggruppati in 2 sezioni:

- Sezione 1: Responsabilità e Personale
- Sezione 2: Prestazioni e gestione dell'attività

La griglia di *accreditamento cure domiciliari* (allegato 4), comprende i requisiti relativi all'accreditamento delle cure domiciliari secondo il D.G.R. N. 6 del 16/01/2023 "Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari". Questo strumento prevede tre livelli di accreditamento ed è organizzata in 25 requisiti, distribuiti secondo i 7 criteri presenti anche nel manuale di accreditamento delle strutture ospedaliere. Allo stesso modo, le evidenze sono state distribuite all'interno di 25 requisiti e classificate in 3 tipi (I, II, III).

L'ultima griglia *autorizzazione requisiti di telemedicina per organizzazioni di cure domiciliari* (allegato 5) è inerente ai requisiti autorizzativi per le attività di telemedicina. La griglia contiene gli item relativi alla teleassistenza da professioni sanitarie che consiste in un atto professionale di pertinenza delle professioni sanitarie e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata. Sono compresi 11 requisiti.

## 9 RISULTATI

---

### 9.1 Risultati di ricerca

Di seguito sono stati raccolti i dati, relativi all'indagine di verifica sul possesso dei requisiti autorizzativi minimi e di accreditamento.

### 9.2 Autorizzazione sanitaria

#### 9.2.1 Ambito ospedaliero

Tabella III – *check list riassuntiva del concetto chiave dei requisiti autorizzativi strutture ospedaliere secondo DGR n. 1468/23*

GRIGLIA AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA		
N.	Requisiti minimi organizzativi generali IOTR	Risposta
30	Organigramma	Sì
31	Flussi informativi	Sì
35	Dotazione organica	Sì
36	Titoli Personale	Sì
37	Continuità assistenziale	Sì
39	PDTA	Sì
40	BLSD degli operatori	Sì
41	Prevenzione ldp, rischio cadute e infezioni	Sì
42	Formazione ECM	Sì
44	Documentazione sanitaria	Sì
45	Personale in formazione	Sì
46	Guida dei servizi	Sì
47	Consenso informato	Sì
48	Procedura donazione di organi	Sì
49	Gestione del rischio clinico	Sì
50	Gestione igienico sanitaria situazioni ad alto rischio	Sì
51	Bed Management	Sì

52	Emergenze: PEIMAF	Sì
	<i>Procedure:</i>	
56	prelievo, conservazione, trasporto di materiali biologici	Sì
57	gestione del servizio di pulizia e sanificazione	Sì
58	lavaggio delle mani anche con prodotti idonei al lavaggio senza acqua	Sì
59	disinfezione, sterilizzazione	Sì
60	disinfestazione	Sì
63	trasporti sanitari	Sì
64	gestione dei rifiuti	Sì
65	gestione rifiuti radioattivi	Sì
66	Privacy e protezione dei dati	Sì
<b>Presidio ospedaliero nel suo complesso</b>		
<b>Requisiti minimi organizzativi IOTR</b>		<b>Risposta</b>
11	Dirigente delle professioni sanitarie	Sì
13	Diversificazione dei ricoveri programmati vs ricoveri urgenti	Sì
14	Responsabilità	Sì
15	Coordinatore in ogni unità operativa	Sì
17	Turnazione in funzione della complessità dell'attività svolta	Sì
18	Certificazione della formazione specifica per gli operatori nelle unità operative dove è richiesta	Sì
21	Radiodiagnostica	Sì
23	Cartella Informatizzata	Sì
<b>Pronto soccorso ospedaliero Pesaro PSO</b>		<b>Risposta</b>
63	Continuità assistenziale nelle 24 h	Sì
65	Coordinatore Infermieristico	Sì
66	Personale in relazione al volume di attività	Sì
	<i>Procedure:</i>	
67	Ricoveri	Sì
68	Gestione dei pazienti potenzialmente contagiosi	Sì
69	Privacy	Sì
75	Trasporti secondari urgenti e programmati	Sì
76	Sistema informativo	Sì
77	See and Treat e Fast-Track	Sì

<b>Osservazione breve intensiva OBI</b>		<b>Risposta</b>
29	Continuità assistenziale nelle 24 h	Sì
30	Protocolli operativi per: patologie oggetto di OBI, modalità di assistenza, modalità di dimissione, PDTA	Sì
31	Servizi diagnostici e consulenze specialistiche con canali preferenziali del PS	Sì
32	Scheda Informatizzata	Sì
33	Documentazione informatizzata	Sì
<b>Requisiti Area di Degenza Generale (ADEG) per Medicina d'Urgenza (MURG)</b>		<b>Risposta</b>
48	Cartella Clinica	Sì
49	Conformità della cartella clinica	Sì
50	Conservazione della cartella clinica	Sì
16	Continuità assistenziale nelle 24 h	Sì
	<i>Protocolli</i>	
18	Accesso Diagnostica	Sì
19	Trasferimenti tra UU.OO.	Sì
20	Gestione Patologie	Sì
21	Revisione e discussione casi clinici complessi	Sì
22	Percorsi Post-dimissione	Sì
<b>Requisiti Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC)</b>		<b>Risposta</b>
42	Continuità assistenziale nelle 24 h	Sì
44	Coordinatore Infermieristico	Sì
45	Personale in relazione al volume di attività	Sì
<b>Requisiti ADEG MEDICINA</b>		<b>Risposta</b>
48	Cartella Clinica	Sì
49	Conformità della cartella clinica	Sì
50	Conservazione della cartella clinica	Sì
<b>Requisiti ADEG CHIRURGIA</b>		<b>Risposta</b>
48	Cartella Clinica	Sì
49	Conformità della cartella clinica	Sì
50	Conservazione della cartella clinica	Sì
<b>Requisiti DAY-HOSPITAL</b>		<b>Risposta</b>
39	Personale in relazione al volume di attività	Sì
40	Coordinatore Infermieristico	Sì

	<i>Procedure</i>	
41	Consenso informato e decorso dell'attività diagnostica terapeutica	Sì
42	Sorveglianza e Monitoraggio	Sì
43	Gestione Complicanze	Sì
44	Cartella Clinica	Sì
45	Conservazione della cartella clinica	Sì
46	Lettera di Dimissione	Sì
<b>Requisiti DAY-SURGERY</b>		<b>Risposta</b>
37	Personale in relazione al volume di attività	Sì
39	Coordinatore Infermieristico	Sì
40	Visita Chirurgica prima dell'intervento	Sì
41	Visita Anestesiologica	Sì
	<i>Procedure:</i>	
42	Consenso informato e immediato post-operatorio	Sì
43	Consigli comportamentali	
44	Sorveglianza e Monitoraggio	Sì
45	Gestione Complicanze	Sì
46	Trasferimento Assistito	Sì
47	Tracciabilità Trasferimenti per complicanze	Sì
48	Cartella Clinica	Sì
49	Conformità cartella clinica	Sì
50	Conservazione Cartella	Sì
51	Lettera di Dimissione	Sì
<b>Requisiti ADEG OSTETRICIA</b>		<b>Risposta</b>
48	Cartella Clinica	Sì
49	Conformità della cartella clinica	Sì
50	Conservazione della cartella clinica	Sì
<b>Requisiti PUNTO NASCITA – BLOCCO PARTO</b>		<b>Risposta</b>
78	Documentazione Clinica Neonatale	Sì
79	Cartella Ostetrica Integrata	Sì
80	Identificazione Neonato e coppia madre figlio	Sì
81	Raccolta sangue cordone ombelicale (SCO)	Sì

82	Competenze per il personale che effettua Raccolta SCO	Si
83	Lettera/Libretto Dimissione	Si
84	Materiale Isola Neonatale	Si
85	Assistenza Neonato	Si
86	Rianimazione Neonatale	Si
87	Servizio STEN/STAM	Si
88	Personale in relazione al volume di attività	Si

### 9.2.2 Ambito territoriale e telemedicina

Di seguito sono elencati i requisiti autorizzativi organizzativi minimi per le organizzazioni di Cure domiciliari di Pesaro (grafico 1), Fano (grafico 2), Urbino (grafico 3) e Cagli (grafico 4). I requisiti posseduti a settembre 2024 sono stati identificati con una risposta positiva, mentre per i requisiti al momento del censimento non posseduti ma da raggiungere nei tempi concordati con la Direzione la risposta identificata è positiva attraverso il piano di rientro. (tabella 4)

**Tabella IV – check list riassuntiva del concetto chiave dei requisiti autorizzativi cure domiciliari secondo DGR 6/2023**

MANUALE DI AUTORIZZAZIONE												
	ADI PESARO			ADI FANO			ADI URBINO			ADI CAGLI		
	Si	No	Si con pdr	Si	No	Si con pdr	Si	No	Si con pdr	Si	No	Si con pdr
3.1.1 AU Responsabilità dell'Organizzazione	√			√			√			√		
3.1.2 AU Dotazione di personale	√			√					√			√
3.1.3 AU Requisiti per il personale (titoli e formazione)	√			√			√			√		

<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI</b>	<b>3.1.4 AU</b> Elenco degli operatori e fascicolo personale	√			√			√			√		
	<b>3.1.5 AU</b> Regolarità del rapporto di lavoro	√			√			√			√		
	<b>3.1.6 AU</b> Identificabilità degli operatori	√			√			√			√		
	<b>3.2.1 AU</b> Tipologia di prestazioni e servizi erogati			√			√			√			√
	<b>3.2.2 AU</b> Garanzie attività	√			√			√			√		
	<b>3.2.3 AU</b> Regolamento interno	√			√			√			√		
	<b>3.2.4 AU</b> Gestione del Rischio Clinico (RC)	√			√			√			√		
	<b>3.2.5 AU</b> Procedure scritte sul percorso di cura	√			√			√			√		
	<b>3.2.6 AU</b> Documentazione sanitaria	√			√			√			√		
	<b>3.2.7 AU</b> Modalità di trattamento dei dati e privacy	√			√			√			√		
	<b>3.2.8 AU</b> Gestione di farmaci/presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali	√			√			√			√		
	<b>3.2.9 AU</b> Procedure specifiche			√			√			√			√
	<b>3.2.10 AU</b> Integrazione professionale	√			√			√			√		

	3.2.11 AU Valorizzazione e sostegno alla famiglia	√			√			√			√		
	3.2.12 AU Valorizzazione della partecipazione della persona assistita	√			√			√			√		
	3.2.13 AU Materiale informativo	√			√			√			√		
	3.2.14 AU Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	√			√			√			√		
	3.2.15 AU Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	√			√			√			√		
		<b>ADI PESARO</b>			<b>ADI FANO</b>			<b>ADI URBINO</b>			<b>ADI CAGLI</b>		
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si con pdr</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si con pdr</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si con pdr</b>	<b>Si</b>

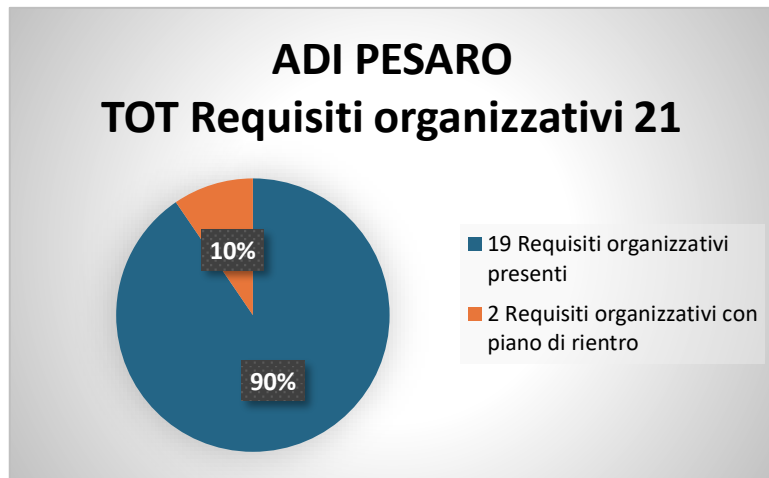


Grafico 1: requisiti minimi autorizzativi sede di Pesaro



Grafico 2: requisiti minimi autorizzativi sede di Fano



Grafico 3: requisiti minimi autorizzativi sede di Urbino

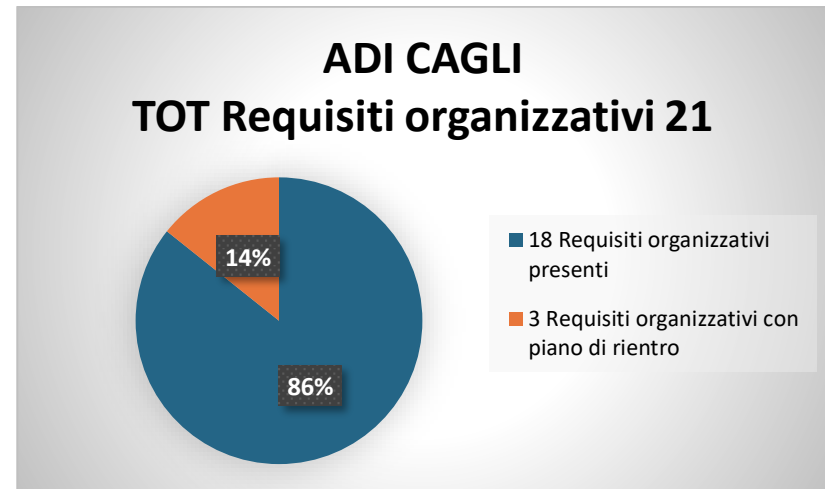


Grafico 4: requisiti minimi autorizzativi sede di Cagli

Relativamente ai requisiti per l'esercizio della Telemedicina, quest'ultimi al momento non sono posseduti da nessuna delle organizzazioni di cure domiciliari. Sono stati concordati i tempi con la Direzione generale attraverso il piano di rientro a cura delle UU.OO.CC. Ingegneria Clinica e Sistemi Informativi Aziendali. A tal fine si richiamano di seguito gli atti di programmazione regionale di riferimento:

- Acquisizioni di devices a livello Regionale per un importo complessivo pari a 1.450.742.80 €
- Servizi di telemedicina: D.G.R. n. 911 del 14/06/2024 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute Componente 1 Investimento 1.2.3 - "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" e prevista l'acquisizione di servizi di telemedicina e l'implementazione della Piattaforma Regionale di Telemedicina.

## 9.3 Accredитamento Istituzionale

### 9.3.1 Ambito territoriale

Tabella V – *check list riassuntiva del concetto chiave dei requisiti di accredитamento cure domiciliari secondo DGR 6/2023*

MANUALE DI ACCREDITAMENTO		
Critерio	Requisito	Livello di evidenza massima
		Cure Domiciliari PU
<u>1° criterio</u>	<i>1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</i>	Non presente
	<i>1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</i>	T0
	<i>1.3 AC: Definizione delle responsabilità</i>	T0
	<i>1.4 AC: Presa in carico</i>	T0
	<i>1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</i>	T0
	<i>1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</i>	T0
<u>2° criterio</u>	<i>2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i>	T1
	<i>2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico degli assistiti</i>	T0
	<i>2.3 AC: Continuità assistenziale</i>	T1
	<i>2.4 AC: Monitoraggio e valutazione</i>	T0
	<i>2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria</i>	T0
<u>4° criterio</u>	<i>4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</i>	T1
	<i>4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale</i>	T0
	<i>4.3 AC: Valutazione del personale</i>	T1
	<i>5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori</i>	T1

<b><u>5° criterio</u></b>	<i>5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione</i>	Non presente indagini di valutazione periodiche del clima organizzativo
	<i>5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver</i>	Non presente procedura per tecniche comunicative
	<i>5.4 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i>	T1
	<i>5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite</i>	T0
<b><u>6° criterio</u></b>	<i>6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</i>	T0
	<i>6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure</i>	T1
	<i>6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico</i>	T0
<b><u>7° criterio</u></b>	<i>7.1 AC: Progetti di miglioramento</i>	T0
	<i>7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione</i>	Non presente
<b><u>8° criterio</u></b>	<i>8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure</i>	T0

**Tabella VI- Accredimento delle Cure Domiciliari**

<b>CURE DOMICILIARI AST PU (PESARO, FANO, CAGLI, URBINO)</b>							
<b>AMBITO</b>	<b>1° CRITERIO Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</b>	<b>2° CRITERIO Prestazioni e servizi</b>	<b>4° CRITERIO Competenze del personale</b>	<b>5° CRITERIO Comunicazione</b>	<b>6° CRITERIO Appropriatezza clinica e sicurezza</b>	<b>7° CRITERIO Processi di miglioramento e innovazione</b>	<b>8° CRITERIO Umanizzazione</b>
<b>% media</b>	48%	67%	64%	58%	61%	17%	60%

## 10 DISCUSSIONE

---

Dall'analisi dei risultati ottenuti nell'adempimento dei requisiti autorizzativi e organizzativi minimi per le strutture sanitarie ospedaliere e cure domiciliari territoriali. Si evidenzia un quadro caratterizzato da risultati diversi tra le varie tipologie di servizi offerti: le unità operative ospedaliere campionate (pronto soccorso, UTIC, medicina d'urgenza, degenza generale, day-hospital, etc.) hanno raggiunto una conformità del 100% ai requisiti minimi autorizzativi. Ciò significa che tutte le responsabilità organizzative, la gestione del personale e le prestazioni sono state pienamente implementate in conformità con le normative regionali.

Per le organizzazioni di cure domiciliari, i risultati indicano una situazione di parziale conformità, tra l'86% - 90% dei requisiti è attualmente soddisfatto, mentre il restante è oggetto di piani di rientro concordati con la Direzione. Questo scenario suggerisce che le organizzazioni di cure domiciliari dell'AST PU sono già ben avviate nell'implementazione degli standard richiesti, dimostrando un impegno verso la qualità e la sicurezza delle cure fornite a domicilio. Analizzando i requisiti soggetti a cronoprogramma si può notare che: l'ADI di Urbino e Cagli evidenziano alla direzione la mancanza della figura del dietista. Tutte le assistenze domiciliari presenti nella provincia rispetto a quanto richiesto dai manuali per la tipologia di prestazioni e servizi erogati a domicilio mostrano l'attivazione della formazione di due infermieri addestrati all'utilizzo della spirometria a domicilio (in corso). Alcune procedure specifiche sono in stesura ovvero: l'utilizzo dello strumentario monouso e la sanificazione degli automezzi da parte di enti esterni. Il pieno adempimento dei requisiti richiesti richiede un monitoraggio continuo, un supporto della direzione adeguato e un impegno da parte delle strutture stesse per raggiungere la conformità completa. Rispetto quanto richiesto dalla normativa, le organizzazioni di cure domiciliari si devono avvalere altresì dei servizi di telemedicina (teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie...) nell'erogazione di attività sanitarie. Il settore della telemedicina in AST PU, presenta una situazione più complicata, in quanto non risulta alcun requisito autorizzativo soddisfatto. Nonostante vi sia un quadro normativo definito, che stabilisce i requisiti minimi necessari per l'autorizzazione per le organizzazioni di cure domiciliari, vi è una carenza di infrastrutture tecnologiche adeguate e di risorse specializzate necessarie per implementare servizi di telemedicina che siano conformi agli standard richiesti. Tuttavia,

sono stati stabiliti tempi di rientro attraverso un piano concordato con la Direzione Generale entro il 31/12/2024. Le aziende possono richiedere contestualmente l'autorizzazione all'esercizio e la certificazione di accreditamento. Se la richiesta di accreditamento segue quella di autorizzazione, deve essere presentata entro 6 mesi dal rilascio dell'autorizzazione da parte del Comune di competenza. Le strutture sanitarie e le organizzazioni di cure domiciliari attualmente in linea con le tempistiche previste dalla normativa stanno completando il processo di autorizzazione e, successivamente, presenteranno la richiesta di accreditamento. Rispetto alla conformità delle cure domiciliari, è stata svolta un'intervista con la coordinatrice dell'assistenza domiciliare di Pesaro, mirata a valutare la conformità ai requisiti di accreditamento previsti dalla normativa. Le 4 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) della provincia di Pesaro-Urbino hanno collaborato per il pieno adempimento dei requisiti autorizzativi, e la valutazione dell'accREDITAMENTO è stata realizzata attraverso un'intervista unica che rappresenta l'intera area provinciale. Le non conformità emerse riguardano diversi aspetti gestionali e operativi delle strutture, come la mancanza di documentazione standardizzata per alcune procedure, la necessità di implementare un sistema di gestione della qualità più efficiente e la formazione del personale in ambiti specifici della normativa accreditativa. Mentre le prestazioni e i servizi sono ben implementati, ci sono appunto aree come la gestione delle strutture (1° criterio) e i processi di innovazione (7° criterio) che richiedono particolare attenzione. L'innovazione tecnologica, in particolare, rappresenta un'opportunità di miglioramento significativo per le cure domiciliari. Un maggiore impegno in queste aree è essenziale per raggiungere la piena conformità e garantire un servizio ottimale ai pazienti.

## 11 CONCLUSIONI

---

La verifica del possesso dei requisiti autorizzativi è fondamentale per garantire che le strutture sanitarie, siano esse ospedaliere o domiciliari, rispettino gli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa. Questo processo tutela la salute dei pazienti e assicura la conformità legale delle strutture. L'analisi della conformità organizzativa delle unità operative complesse (UOC) ospedaliere e delle organizzazioni di cure domiciliari di Pesaro, Fano, Urbino e Cagli, condotta in questo progetto di tesi, offre una panoramica sulla qualità organizzativa di tali reparti. Le strutture ospedaliere selezionate hanno raggiunto una piena conformità ai requisiti autorizzativi. Tuttavia, le organizzazioni di cure domiciliari devono completare i piani di rientro per garantire la conformità totale. È prevista un'azione rapida, già in programma con la direzione generale, per soddisfare i requisiti relativi alla telemedicina, essenziale per migliorare il servizio ai pazienti cronici o impossibilitati a recarsi in ospedale. La revisione della letteratura ha evidenziato pochi di studi che dimostrino un concreto miglioramento delle organizzazioni in seguito al processo di accreditamento, sia in termini di risultati organizzativi che clinici. Tuttavia, numerose evidenze sostengono l'efficacia di un modello di accreditamento nella gestione della qualità all'interno delle strutture sanitarie, poiché esso rappresenta un sistema standardizzato e accuratamente selezionato di requisiti di governance. L'accreditamento non solo assicura la conformità alle normative vigenti, ma costituisce anche uno strumento chiave per il miglioramento continuo delle attività sanitarie, poiché consente di monitorare e ottimizzare i processi, le competenze del personale e la gestione delle risorse. Il presente lavoro ha portato alla luce lo stato attuale del processo di autorizzazione e accreditamento all'interno di AST Pesaro Urbino, evidenziando un quadro chiaro e dettagliato della conformità ai requisiti organizzativi e gestionali relativi all'assistenza infermieristica di ambedue i processi, rappresentando una base strategica per lo sviluppo di azioni correttive e di miglioramento. Per ottenere risultati ottimali, le organizzazioni sanitarie dovrebbero dotarsi di un sistema di qualità complessivo, in grado di integrare le esigenze delle persone assistite con quelle della gestione interna, inclusi processi operativi, budget e volumi di attività, oltre alla sicurezza strutturale. Questo approccio integrato deve essere orientato al rispetto delle linee guida cliniche, alle migliori pratiche basate sull'evidenza e al raggiungimento di risultati sanitari misurabili e sostenibili.

## **12 RIFERIMENTI NORMATIVI**

---

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*; pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 305 del 30 dicembre 1992

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997; pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*; pubblicato sul supplemento ordinario n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 165 del 16 luglio 1999

D.M. n. 70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecno- logici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

L.R. n. 21 del 30 settembre 2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati"

Accordo Stato Regioni n. 151/CSR, del 4 agosto 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178."

Delibera di Giunta Regionale 03 agosto 2020 n.1994 recante: Disciplina del termine di presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art.7 commi 1 e 2 della L.R.21/2016 e disposizioni relative all'adeguamento ai nuovi requisiti di autorizzazione; integrazione delle DDGR n. 1571/2019, n. 1573/19, n. 1669/2019, n. 937/2020 e n. 938/2020;

## 13 BIBLIOGRAFIA

---

- Al Mansour, A., Merry, A. F., Jowsey, T., & Weller, J. M. (2022). Hospital accreditation processes in Saudi Arabia: A thematic analysis of hospital staff experiences. *BMJ Open Quality*.
- Al-Alawy, K., Moonesar, I. A., Obaid, H. M. A., Gaafar, R., & Al-Abed Bawadi, E. I. (2021). A mixed-methods study to explore the impact of hospital accreditation. *Inquiry*, 58.
- American College of Surgeons. (1918). Statement on hospital standardization. In *Proceedings of the Third Congress of North American Surgeons*. American College of Surgeons.
- Donabedian, A. (1990). *La qualità dell'assistenza sanitaria: Primo volume*. NIS.
- Di Stanislao, F., & Liva, C. (1998). *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*. Centro Scientifico Editore.
- Drucker, P. F. (1974). *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*. Harper & Row.
- Erlicher, A. (2002). Accreditemento professionale e qualità in sanità. *Prospettive sociali e sanitarie*, (7), 1.
- Focarile, F. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Centro Scientifico Editore.
- Franco Herrera, A. L., Fernández Osorio, A. D., De La Torre, A., Cañón Muñoz, M., Ordoñez Hernandez, C. A., & Gonzalez, C. (2021). Perception of the healthcare accreditation system in Colombia. *Colombian Journal of Medicine (Cali)*
- Istituto Superiore di Sanità. (n.d.). Clinical governance, SNLG and HTA. Iss.it. Consultato il 7 maggio 2024, da <https://www.iss.it/qualità-e-sicurezza-delle-cure>
- Lee, B. Y., Chun, Y. J., & Lee, Y. H. (2021). Comparison of major clinical outcomes between accredited and nonaccredited hospitals for inpatient care of acute myocardial infarction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Ministero della Salute. (n.d.). *La qualità del Servizio Sanitario Nazionale*. Salute.gov.it. Consultato il 28 aprile 2023, da [https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_4\\_2.jsp?id=576&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?id=576&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali)

Ministero della Salute. (n.d.). M. Donata Bellentani et al. Il quadro di riferimento sulla normativa dell'accREDITamento istituzionale in Italia. Salute.gov.it. Consultato il 15 maggio 2023, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_newsAree\\_848\\_listaFile\\_itemName\\_3\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_848_listaFile_itemName_3_file.pdf)

Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio della Regione Europea. (1996). La Carta di Lubiana sulla riforma dei sistemi sanitari. Conferenza sulle riforme sanitarie in Europa, Lubiana, 17-20 giugno 1996.

Regione Marche. (n.d.). Autorizzazione e accREDITamento delle strutture sanitarie. Regione.marche.it. Consultato il 5 aprile 2023, da <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Autorizzazione-e-AccREDITamento-delle-strutture-sanitarie>

Regione Marche. (2024, January 23). Decreto del Dirigente del Settore Autorizzazioni e AccREDITamenti n. 15 del 23 gennaio 2024 "L.R. 21/2016 - DGR 1468/2023 – Approvazione del manuale autorizzativo operativo delle strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private." Giunta Regionale delle Marche.

Regione Marche. (2019, December 16). DGR n. 1572 del 16/12/2019 "L.R. n. 21/2016, e ss.mm.ii., Capo III, Art. 16 - Manuale di AccREDITamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), e), d) e comma 2". Giunta Regionale delle Marche.

Regione Marche. (2023, January 16). D.G.R. N. 6 del 16/01/2023 "Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accREDITamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari". Giunta Regionale delle Marche.

Søren Bie Bogh, S., et al. (2015). Accreditation and improvement in process quality of care: A nationwide study. International Journal for Quality in Health Care.

## 14 ALLEGATI

### Allegato 1. Griglia di autorizzazione ospedaliera

<b>GRIGLIA AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA</b>		
<b>Requisiti minimi organizzativi generali IOTR</b>		<b>Risposta</b>
30	Documentazione sull'articolazione organizzativa della struttura con la definizione delle responsabilità (organigramma e funzionigramma)	
31	Documentazione sulle responsabilità e modalità di gestione dei flussi informativi per rispondere agli adempimenti regionali e nazionali	
35	La <b>dotazione quali-quantitativa di personale sanitario</b> , per le varie articolazioni in cui si configura il servizio, <b>fa riferimento, quando previsti, a standard regionali/ nazionali</b> e deve essere comunque garantito lo standard minimo, se indicato nelle sezioni specifiche di questo manuale	
36	<b>I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente</b>	
37	La struttura ha definito <b>le modalità organizzative per garantire la continuità dell'assistenza</b> alla persona assistita durante l'intero orario di apertura della struttura	
39	Esiste <b>documentazione dell'adozione alla realtà aziendale dei PDTA</b> (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) nazionali/regionali relativi alle persone assistite nella struttura	
40	È <b>documentata la frequenza del personale sanitario ai corsi accreditati di Basic Life Support Defibrillation (BLSD)</b> con cadenza programmata secondo gli standard definiti dalle indicazioni tecniche di settore	
41	Esistono e vengono applicate <b>procedure (che includono anche il monitoraggio annuale) che garantiscono:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione</li> <li>• La prevenzione del rischio cadute</li> <li>• La prevenzione delle infezioni associate all'attività assistenziali</li> </ul>	
42	È presente il Piano annuale di formazione/aggiornamento del personale secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in tema di accreditamento ECM	
44	Sono definite le <b>modalità di compilazione, consegna, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria</b> secondo normativa vigente anche in materia di amministrazione digitale	
45	Sono definite <b>modalità codificate per l'identificazione dell'operatore</b> che consentano <b>anche l'individuazione del personale in formazione</b>	

46	È presente una <b>procedura per l'informazione alla persona assistita e ai suoi familiari</b> sui diritti e le responsabilità, per il coinvolgimento dei pazienti nel processo di cura (Guida dei servizi)	
47	È presente una procedura per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (con specifica del processo: fase informativa e fase di acquisizione del consenso informato)	
48	Vengono fornite informazioni rispetto al percorso donazione organi e tessuti ed assicurati i necessari collegamenti con la rete regionale donazione e trapianti (ove previsto)	
49	È presente un piano aziendale per la gestione dei rischi che contempli ruoli, responsabilità, monitoraggio delle azioni di miglioramento e formazione del personale e che documenti le modalità per la gestione del sistema di "incident reporting" (segnalazione degli eventi sentinella/avversi/near miss)	
50	Sono presenti specifiche procedure riguardanti la gestione igienico-sanitaria nei reparti ad alto rischio	
51	Sono presenti procedure operative per l'attivazione di funzioni di BED Management (centralizzazione nella gestione dei posti letto)	
52	Sono presenti procedure operative per gestire eventi imprevisi: PEIMAF: (Piano di emergenza interna per la gestione dei maxi-afflussi di feriti), comprendente una sezione inerente ad eventi epidemiologici/pandemici di natura infettiva; PEVAC: Piano di Evacuazione.	
	Sono presenti <b>procedure</b> codificate per:	
56	<b>prelievo, conservazione, trasporto di materiali biologici</b>	
57	<b>gestione del servizio di pulizia e sanificazione</b>	
58	<b>lavaggio delle mani</b> anche con prodotti idonei al lavaggio senza acqua	
59	disinfezione, sterilizzazione	
60	<b>disinfestazione</b>	
63	<b>trasporti sanitari</b>	
64	<b>gestione dei rifiuti</b>	
65	gestione rifiuti radioattivi	
66	<b>La struttura</b> assolve agli obblighi di legge in termini di <b>rispetto della privacy e di protezione dei dati personali e sensibili sia per gli aspetti sanitari che amministrativi</b>	
<b>Presidio ospedaliero nel suo complesso</b>		
<b>Requisiti minimi organizzativi IOTR</b>		<b>Risposta</b>
11	In ogni AST, Azienda Ospedaliera, IRCCS è presente un Dirigente delle Professioni Sanitarie	
13	È presente la diversificazione organizzativa delle attività di accettazione dei ricoveri programmati da quelli in emergenza/urgenza che avvengono mediante attività di Pronto Soccorso Nota: per gli stabilimenti con presenza di Pronto Soccorso	

14	Sono definite le articolazioni organizzative, funzionali e professionali che operano nello stabilimento e sono individuati i relativi livelli di responsabilità																												
15	È presente almeno un coordinatore area infermieristico-ostetrica/tecnica/riabilitazione per ogni Unità Operativa/servizio																												
17	<p>È assicurata per ogni unità operativa la presenza continuativa di personale infermieristico-ostetrico, tecnico e personale di supporto all'assistenza attraverso apposita turnazione (H24 e 7 giorni su 7) in funzione della complessità dell'attività svolta* secondo le specifiche normative vigenti</p> <p>Nota: per gli stabilimenti con attività di ricovero a ciclo continuo</p> <p>* Le unità di personale, di assistenza infermieristica, ostetrica e OSS, sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per posto letto calcolato sul tasso di occupazione del 90%. I minuti di assistenza di seguito riportati vanno considerati quali tempi minimi sotto i quali non sono autorizzabili le strutture del pubblico e privato.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia</th> <th>Minuti di assistenza minima per posto letto/die</th> <th>Percentuale minima unità infermieristica e/o ostetrica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) specialità di base</td> <td>Almeno 180</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>B) specialità di media assistenza</td> <td>Almeno 200</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>C) specialità di elevata assistenza</td> <td>Almeno 300</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>D) sub-intensiva</td> <td>Almeno 360</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>E) Neuroriabilitazione cod. 75 (riabilitazione post acuta ospedaliera)</td> <td>Almeno 280</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>F) intensiva</td> <td>Almeno 600</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>G) riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56</td> <td>Almeno 160</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>H) lungodegenza</td> <td>Almeno 160</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia	Minuti di assistenza minima per posto letto/die	Percentuale minima unità infermieristica e/o ostetrica	A) specialità di base	Almeno 180	60%	B) specialità di media assistenza	Almeno 200	60%	C) specialità di elevata assistenza	Almeno 300	65%	D) sub-intensiva	Almeno 360	80%	E) Neuroriabilitazione cod. 75 (riabilitazione post acuta ospedaliera)	Almeno 280	60%	F) intensiva	Almeno 600	80%	G) riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56	Almeno 160	50%	H) lungodegenza	Almeno 160	50%	
Tipologia	Minuti di assistenza minima per posto letto/die	Percentuale minima unità infermieristica e/o ostetrica																											
A) specialità di base	Almeno 180	60%																											
B) specialità di media assistenza	Almeno 200	60%																											
C) specialità di elevata assistenza	Almeno 300	65%																											
D) sub-intensiva	Almeno 360	80%																											
E) Neuroriabilitazione cod. 75 (riabilitazione post acuta ospedaliera)	Almeno 280	60%																											
F) intensiva	Almeno 600	80%																											
G) riabilitazione intensiva ospedaliera cod. 56	Almeno 160	50%																											
H) lungodegenza	Almeno 160	50%																											
18	Gli operatori assegnati alle unità operative in cui è richiesta, per norma, o individuata da Linee Guida nazionali, specifica competenza, possiedono certificazione della formazione effettuata (es. US, PS, ect.)																												
21	È presente un Servizio di radiodiagnostica in funzione della tipologia dell'attività svolta Nota: per gli stabilimenti con attività di ricovero in area medica e chirurgica e se è presente attività di Pronto Soccorso la disponibilità deve essere garantita nell'arco delle 24 ore. In tal caso è prevista l'attività di specialista in fisica medica ed esperto di radioprotezione																												
23	È presente una cartella clinica assistenziale informatizzata Nota: entro 36 mesi le aziende devono avere un piano approvato e finanziato di avvio dell'informatizzazione del documento																												
<b>Requisiti organizzativi pronto soccorso ospedaliero Pesaro PSO</b>		<b>Risposta</b>																											
63	Il servizio di Pronto Soccorso è assicurato nell'arco delle 24 ore																												
65	È presente un <b>coordinatore infermieristico in comune con aree OBI e MURGE</b>																												
66	Il personale di assistenza è dimensionato in base ai volumi di attività																												
	Sono presenti <b>procedure/regolamenti</b> per:																												

67	il governo dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso comprese le situazioni di iperafflusso	
68	la gestione assistiti potenzialmente contagiosi con percorsi distinti in caso di presenza di pazienti affetti da malattia infettiva contagiosa	
69	garanzia della dignità e la privacy della persona assistita morente	
75	Sono presenti procedure definite per i trasporti secondari urgenti e programmati	
76	Sono presenti sistemi informativi per la gestione dei dati di attività	
77	Presenza di percorsi veloci a gestione infermieristica see and treat # e fast-track* # l'infermiere dedicato tratta specifici problemi clinici di urgenza minore; * l'infermiere di triage, in EVIDENZA ad urgenze minori di pertinenza monospecialistica, invia il paziente direttamente allo specialista e/o alla diagnostica	
<b>Requisiti organizzativi osservazione breve intensiva OBI</b>		<b>Risposta</b>
29	È garantita la <b>continuità assistenziale</b> medica e <b>infermieristica</b> per le ore di attività	
30	<b>L'attività svolta per l'OBI</b> è regolamentata da <b>protocolli operativi formalizzati e procedure</b> , condivise con gli operatori, sia interne che concordate tra le UU.OO. di riferimento con particolare riguardo a: • <b>modalità di accesso delle patologie oggetto di OBI</b> • <b>modalità di assistenza oggetto di OBI</b> • <b>modalità di dimissione</b> • <b>percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici</b>	
31	L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per la persona assistita in OBI segue gli stessi canali preferenziali previsti per gli assistiti in Pronto Soccorso	
32	È presente una specifica scheda informatizzata contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, integrata nella documentazione sanitaria di Pronto Soccorso	
33	La documentazione, informatizzata integrata a quella di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli esiti attesi ed al monitoraggio dell'assistito e durante la permanenza in OBI, secondo modalità definite a livello aziendale	
<b>Requisiti Area di Degenza Generale (ADEG) per Medicina d'Urgenza (MURG)</b>		<b>Risposta</b>
48	In ogni struttura di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti è compilata, per ogni ricoverato, la cartella clinica-assistenziale	

49	La cartella clinica-assistenziale deve essere conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
50	La conservazione della cartella clinica-assistenziale deve essere attuata in modo conforme alle normative vigenti	
<b>Requisiti organizzativi MURG Pesaro</b>		<b>Risposta</b>
16	È <b>garantita la continuità assistenziale medica e infermieristica</b> per le ore di attività, modulata in base alla diversa complessità assistenziale, con personale dedicato o in comune con OBI, in base alla complessità organizzativa	
	Oltre ai protocolli di ammissione e di dimissione sono definiti:	
18	protocolli condivisi con servizi ed altre UU. OO. per un rapido accesso alla diagnostica strumentale ed alle consulenze specialistiche	
19	protocolli condivisi con le altre UU.OO. per il trasferimento delle persone assistite con patologie complesse o di pertinenza specialistica o con necessità di definizione diagnostica approfondita e/o valutazione prolungata o necessità di intervento chirurgico	
20	procedure di gestione delle principali patologie e procedure eseguite (monitoraggio, assistenza respiratoria etc.)	
21	<b>procedure per la revisione/discussione dei casi clinici complessi</b> Nota: nella MURGE semintensiva	
22	Sono previsti <b>percorsi post-dimissione</b>	
<b>Requisiti organizzativi UTIC</b>		<b>Risposta</b>
42	È garantita la <b>continuità dell'assistenza medica e infermieristica</b> con servizio attivo H24 modulata in base alla complessità assistenziale ed alla numerosità dei posti letto	
44	È presente un <i>coordinatore infermieristico</i> (anche con funzioni non esclusive)	
45	Il <b>personale di assistenza</b> è dimensionato in base ai volumi di attività	
<b>Requisiti organizzativi ADEG MEDICINA</b>		<b>Risposta</b>
48	In ogni struttura di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti è compilata, per ogni ricoverato, la cartella clinica-assistenziale	
49	La cartella clinica-assistenziale deve essere conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
50	La conservazione della cartella clinica-assistenziale deve essere attuata in modo conforme alle normative vigenti	
<b>Requisiti organizzativi ADEG CHIRURGIA</b>		<b>Risposta</b>
48	In ogni struttura di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti è compilata, per ogni ricoverato, la cartella clinica-assistenziale	
49	La cartella clinica-assistenziale deve essere conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
50	La conservazione della cartella clinica-assistenziale deve essere attuata in modo conforme alle normative vigenti	

<b>Requisiti organizzativi DAY-HOSPITAL</b>		<b>Risposta</b>
39	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	
40	È presente un coordinatore infermieristico in relazione ai volumi di attività ed all'organizzazione definita	
Sono presenti procedure per:		
41	l'informazione sulle modalità ed il decorso dell'attività diagnostico-terapeutica prevista ed il consenso informato	
42	la sorveglianza continua della persona assistita ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui questa viene sottoposta e per tutta la durata della prestazione	
43	la gestione delle possibili complicanze cliniche degli assistiti	
44	In ogni struttura di ricovero a ciclo diurno è compilata la cartella clinica-assistenziale che deve essere conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
45	La conservazione della cartella clinica-assistenziale deve essere attuata in modo conforme alle normative vigenti	
46	La lettera di dimissione garantisce la continuità assistenziale con il MMG o PLS evidenziando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il nominativo del responsabile clinico</li> <li>• la procedura eseguita</li> <li>• l'ora dell'inizio e della fine della procedura</li> <li>• le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata</li> <li>• i consigli terapeutici proposti</li> </ul> Contiene inoltre le indicazioni per la reperibilità medica ed i contatti con struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore	
<b>Requisiti DAY-SURGERY</b>		<b>Risposta</b>
37	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate	
39	È presente un coordinatore infermieristico in relazione ai volumi di attività ed all'organizzazione definita	
40	Tutti gli assistiti prima dell'intervento chirurgico vengono sottoposti preventivamente a visita ambulatoriale chirurgica	
41	Tutti gli assistiti vengono sottoposti a visita anestesiológica con la prescrizione degli esami preoperatori necessari	
Sono presenti procedure per:		
42	l'informazione sulle modalità ed il decorso dell'intervento, il consenso informato e l'immediato postoperatorio	
43	l'informazione su consigli comportamentali da eseguire a domicilio contenente una descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, compatibili con un normale decorso postoperatorio	
44	la sorveglianza continua della persona assistita ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui questa viene sottoposta per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria	
45	la gestione delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie) degli assistiti	

46	Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento dell'assistito al proprio domicilio, la struttura garantisce il trasporto dell'assistito ad una struttura ospedaliera di riferimento con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. A tal fine è stato adottato dalla struttura un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento	
47	I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere tracciabili ed indicanti il motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto	
48	Per ogni persona assistita è redatta una cartella clinica-assistenziale che comprende l'intero ciclo assistenziale dal momento del primo accesso fino all'ultimo controllo post-operatorio con il quale viene chiusa la cartella stessa e nella quale viene inserito il verbale operatorio	
49	La cartella clinica-assistenziale è conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
50	La conservazione della cartella clinica-assistenziale è attuata in modo conforme alle normative vigenti	
51	La lettera di dimissione garantisce la continuità assistenziale con il MMG o PLS evidenziando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i nominativi degli operatori</li> <li>• la procedura eseguita</li> <li>• l'ora dell'inizio e della fine della procedura</li> <li>• le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata</li> <li>• i consigli terapeutici proposti</li> </ul> Contiene inoltre le indicazioni per la reperibilità medica ed i contatti con struttura organizzativa di riferimento nelle successive 24 ore	
<b>Requisiti ADEG OSTETRICA</b>		<b>Risposta</b>
48	In ogni struttura di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti è compilata, per ogni ricoverato, la cartella clinica-assistenziale	
49	La cartella clinica-assistenziale deve essere conforme alle normative vigenti in ambito nazionale e regionale	
50	La conservazione della cartella clinica-assistenziale deve essere attuata in modo conforme alle normative vigenti	
<b>Requisiti PUNTO NASCITA – BLOCCO PARTO</b>		<b>Risposta</b>
78	È presente documentazione clinica assistenziale relativa al neonato che registri la valutazione e il punteggio di Apgar assegnato alla nascita, i dati anagrafici, anamnestici, clinici e di laboratorio e tutte le procedure eseguite relativi al periodo di degenza, ivi inclusa la visita neonatologica/pediatria. Ogni annotazione sulla cartella clinica assistenziale riporta data, ora e firma	
79	È presente una cartella ostetrica integrata contenente informazioni relative alla pianificazione degli interventi ostetrici, il partogramma e la scheda monitoraggio benessere materno fetale	
80	È presente una procedura/sistema per l'identificazione del neonato e della coppia madre-figlio	

81	È presente una procedura/sistema per la raccolta /conservazione di sangue da cordone ombelicale (SCO)garantita senza interruzioni orarie e giornaliere e senza alcuna interferenza con l'assistenza al parto con indicazione del referente responsabile (CSR n. 75/2011)	
82	Il personale sanitario addetto alla raccolta del SCO (sangue da cordone ombelicale) possiede specifiche competenze certificate e monitorizzate secondo specifiche procedure definite di concerto con la Banca di sangue da cordone ombelicale di riferimento	
83	È consegnata ai genitori una lettera o un libretto di dimissione per ogni neonato	
84	È presente l'elenco del materiale in dotazione all'isola neonatale. Il materiale viene controllato per quanto attiene la disponibilità, il funzionamento e la corretta conservazione con documentazione delle avvenute verifiche	
85	Sono definite le modalità di assistenza al neonato in sala parto e nel periodo peripartum preventivamente concordate e formalizzate tra ostetriche, ginecologi, pediatri/neonatologi, anestesisti/rianimatori	
86	Sono definite delle modalità di rianimazione neonatale ed alla partoriente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• è assicurata la possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, tramite la presenza di professionisti adeguatamente formati;</li> <li>• il materiale per la rianimazione è predisposto secondo le procedure aziendali, prima della nascita e verificato il suo corretto funzionamento</li> </ul>	
87	Sono garantiti collegamenti funzionali per l'intervento del servizio trasporto di emergenza neonatale (STEN) o del servizio trasporto materno assistito (STAM) per assicurare assistenza immediata d'urgenza ai nati, ai neonati ed alle partorienti	
88	l'articolazione dei turni del personale medico, ostetrico e infermieristico, sull'arco delle 24 ore, tiene conto del volume di attività ginecologica e garantisce l'assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico. Nel punto nascita con 500/1000 parti anno è garantito il numero minimo di personale ostetrico pari a 2 per turno. Si raccomanda la presenza di almeno 3 ostetriche per turno fino a 1500 parti/anno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 unità ostetrica ogni 750 parti in più (accordo Stato Regioni 2010)	

## Allegato 2. Griglia accreditamento ospedaliero

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

N.	Requisiti generali IOTR	Indicatori	Risposta
----	-------------------------	------------	----------

1	È presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”)	<b>Livello base</b>	Evidenza della richiesta delle credenziali	
		<b>Livello avanzato</b>	Alimentazione del flusso e reportistica	
		<b>Livello eccellente</b>	Implementazione delle azioni di miglioramento	
2	Applicazione e diffusione della conoscenza delle raccomandazioni in materia di rischio clinico come previsto dal “Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento” di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), per l'ambito assistenziale di riferimento	<b>Livello base</b>	Evidenza formale della implementazione delle buone pratiche finalizzata al contenimento del rischio clinico (almeno per le raccomandazioni Ministeriali implementabili nella struttura e checklist di sala operatoria per le aziende sanitarie). Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: in assenza la struttura non è accreditabile)	
		<b>Livello avanzato</b>	Evidenza dell'adozione di un piano sistematico annuale di valutazione dei dati del monitoraggio	
		<b>Livello eccellente</b>	Evidenza formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento	
3	Presenza del Risk Manager per la prevenzione e gestione del rischio sanitario, e, per l'ambito ospedaliero, anche del comitato per la valutazione dei sinistri, di cui il Risk Manager è componente stabile ed effettivo	<b>Livello base</b>	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.	
		<b>Livello avanzato</b>	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.	
		<b>Livello eccellente</b>	Evidenza del documento di attribuzione della responsabilità di Risk Manager.	
4	Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico; Piano annuale delle emergenze sanitarie;	<b>Livello base</b>	Evidenza di un piano di gestione del rischio in ambiti sanitario e non sanitario.	

	Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)		Presenza nel piano di un programma finalizzato alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).	
		<b>Livello avanzato</b>	Evidenza formale del monitoraggio relativo.	
		<b>Livello eccellente</b>	Evidenza dell'adozione di azioni di miglioramento.	
5	Presenza di valida ed idonea copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, parametrata al volume di attività complessivamente svolta dalla struttura (pubblicazione sul sito internet della struttura)	<b>Livello base</b>	Presenza della copertura assicurativa o autotutela	
		<b>Livello avanzato</b>		
		<b>Livello eccellente</b>		
7	Esiti dei controlli disposti dalla normativa vigente sulle cartelle cliniche, ambulatoriali e altra documentazione clinica redatta all'interno della struttura, in regime di ricovero o in altro regime di erogazione	<b>Livello base</b>	Adozione formale dell'atto per la gestione del rischio clinico comprendente la gestione degli eventi avversi. Adozione di un piano di controllo della documentazione clinica (checklist). Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: in assenza la struttura non è accreditabile)	
		<b>Livello avanzato</b>	Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per la gestione del rischio clinico. Report del monitoraggio delle azioni previste nell'atto per il controllo della documentazione clinica.	
		<b>Livello eccellente</b>	Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento.	

			Report formale dell'implementazione delle azioni di miglioramento.	
8	Volumi ed esiti delle prestazioni di struttura già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio1	<b>Livello base</b> <b>Livello avanzato</b>  <b>Livello eccellente</b>	-Per le strutture già convenzionate in fase di rinnovo dell'accreditamento i volumi minimi e gli esiti di riferimento sono quelli indicati nel DMS 70/2015 e negli eventuali accordi/atti di programmazione Regionale (Dati forniti dal Settore dell'ARS competente in materia di flussi informativi); - Per le strutture che presentano l'istanza di nuovo accreditamento, si fa riferimento all'autovalutazione/autodichiarazione nonché alla relazione sull'attività eventualmente già svolta in regime di autorizzazione all'esercizio, ai sensi del DMS 19/12/2022, art. 2, comma 4.	
9	Organizzazione sistematica e regolare della documentazione sanitaria, in coerenza con il requisito 2.5 del "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e rispetto dei termini di legge per il rilascio agli aventi diritto	<b>Livello base</b>	Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento c. conservazione d. verifica e modalità di controllo.  Requisito NOP (Non rilasciabile con prescrizioni: la struttura non è accreditabile)	

		<b>Livello avanzato</b>	Report del monitoraggio e valutazione della qualità della documentazione sanitaria.	
		<b>Livello eccellente</b>	Report dell'implementazione delle azioni di miglioramento.	
12	Organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza	<b>Livello base</b>	Documento costitutivo dell'organismo interno di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza e criteri di verifica dell'organismo stesso.	
		<b>Livello avanzato</b>	Report delle attività di controllo.	
		<b>Livello eccellente</b>	Report delle eventuali azioni intraprese.	

<b>GRIGLIA ACCREDITAMENTO OSPEDALIERO</b>			
<i>1° criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</i>			
<u><i>1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</i></u>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>UNITÀ OPERATIVA:</b>	
		<i>Stato attuale</i>	<i>Azioni correttive necessarie</i>
1.1.1. presenza del <b>Piano Strategico</b> , che contiene obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.1.2. presenza del <b>piano annuale</b> delle <b>attività</b> (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per <b>ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto</b> ;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.1.3. presenza di <b>procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali</b> ;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.1.4 <b>l'organizzazione individua</b> , in seguito a valutazione delle priorità, <b>specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato</b> in fase di pianificazione	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

1.1.5. <b>l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento</b> individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.1.6. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><i>1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</i></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b><i>Stato attuale</i></b>	<b><i>Azioni correttive necessarie</i></b>
1.2.1. <b>l'organizzazione partecipa a protocolli integrati interaziendali delle reti assistenziali</b> per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.2.2. <b>l'organizzazione partecipa a protocolli per l'integrazione tra ospedale e territorio</b> (residenzialità, semi residenzialità, Hospice, rete del dolore, domiciliarità) e <b>promozione di modelli di continuità</b> garantendo costante e reciproca comunicazione e <b>sviluppando specifici percorsi assistenziali</b> in grado di garantire la continuità assistenziale <b>per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;</b>	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.2.3. <b>l'organizzazione garantisce per il paziente adulto e pediatrico</b> che vengano rispettate le norme in attuazione della <b>legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"</b> (registrazione del dolore, terapia e monitoraggio presso tutte le UO presenti nell'azienda);	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.2.4. l'organizzazione partecipa a <b>programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.</b>	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.2.5. <b>l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento</b> individuate necessarie alla partecipazione alle reti per la continuità assistenziale e per l'emergenza nonché per il rispetto della Legge 38/2010;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.2.6. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><i>1.3: Definizione delle responsabilità</i></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b><i>Stato attuale</i></b>	<b><i>Azioni correttive necessarie</i></b>

1.3.1. <b>presenza nella struttura sanitaria di documenti</b> che: a. descrivano i <b>processi</b> ; b. individuino le relative <b>responsabilità clinico-organizzative</b> ; c. indichino i <b>criteri per la valutazione dei dirigenti</b>	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.3.2. presenza documentabile di una attività di rivalutazione da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione dell'erogazione dei servizi della struttura: a. dell'organizzazione; b. delle responsabilità; c. del sistema di delega;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.3.3. l'organizzazione, in seguito a rivalutazione periodica, individua le priorità e mette in atto specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard fissato in fase di pianificazione;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.3.4. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle rivalutazioni	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.3.5. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>1.4: Modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
1.4.1. presenza nella struttura sanitaria di sistemi informativi che consentano: a. tracciatura dei dati sanitari; b. supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. rispetto del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.4.2. presenza di un sistema implementato, anche con l'apporto delle rappresentanze delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), che garantisca: a. la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

b. sistemi per il recupero delle prestazioni per i cittadini che vanno incontro ad interruzioni accidentali dei servizi			
1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.4.4. formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate; con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini (solo per il pubblico in coerenza con art. 24 L.R. 13/03 e R.R. 6/15), dei malati e del volontariato condivide le evidenze di cui al punto 1.4.2	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>1.5 Modalità e strumenti di valutazioni della qualità dei servizi</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
1.5.1. presenza di un programma e di procedure per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi che definisca: a. strumenti; b. modalità; c. tempi; d. definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; e. indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.2. assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.3. impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.4. esiste una documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

1.5.5. esistono procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza)	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.6. <b>partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;</b>	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.7. l'organizzazione utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.8. <b>l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento</b> individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.5.9. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>1.6: Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
1.6.1. l'organizzazione ha definito procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.2. l'organizzazione effettua attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente); con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.3. l'organizzazione effettua il monitoraggio delle azioni di miglioramento;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.4. sono definite procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.5. l'organizzazione effettua l'analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.6. <b>l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento</b> individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
1.6.7. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati.</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>

2.1.1. presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa: a. le tipologie di prestazioni di servizio; b. i volumi di prestazioni; c. le modalità erogative; d. gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini; e. la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.1.2. l'organizzazione ha definito le modalità di diffusione della Carta dei Servizi;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<del>2.1.3. periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi;</del>	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.1.4. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>2.2: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b><i>Stato attuale</i></b>	<b><i>Azioni correttive necessarie</i></b>
2.2.1. formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.2. presenza/adesione di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) con: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici; b. lo stato nutrizionale e funzionale; c. valutazione del dolore; d. modalità e strumenti per la promozione della salute;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.3. definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.4. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione farmacologica;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.5. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.6. verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

2.2.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento dei progetti;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>2.3: Continuità assistenziale</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
2.3.1. l'organizzazione definisce le responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.2. l'organizzazione formalizza e mette in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.3. adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.2.4. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.5 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.6. adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti:	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.7. l'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori dello stato di avanzamento delle procedure	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.3.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>2.4: Il monitoraggio e la valutazione</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
2.4.1. valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

2.4.2. valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.3. valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.4. evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestatisi durante l'episodio di cura;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.5. presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.6. esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.7. identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.8. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.4.9. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>2.5: Modalità di gestione della documentazione sanitaria</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
2.5.1. formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria che definisca, in linea con le disposizioni vigenti, i requisiti e le modalità di: a. redazione; b. aggiornamento; c. conservazione; d. verifica e modalità di controllo;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.3. formalizzazione di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

2.5.4. formalizzazione e messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.5. predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.6. evidenza di risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e implementazione di azioni correttive se necessario	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><i>4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</i></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b><i>Stato attuale</i></b>	<b><i>Azioni correttive necessarie</i></b>
4.1.1. individuazione di un <b>responsabile per la formazione</b>	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.2. presenza di un <b>piano di formazione</b> che preveda la <b>definizione degli standard di competenza</b> per posizione, <b>criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative;</b>	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.3 <b>valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua,</b> aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale ed eventuale miglioramento degli stessi se necessario;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.4. <b>coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;</b>	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.5. <b>condivisione delle conoscenze acquisite all' esterno della struttura;</b>	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.6. <b>verifica dell'utilizzo di enti formativi</b> con i requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.1.8. <b>l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</b>	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

<b>4.2: L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale</b>	<i>Tipo Tempo</i>	<i>Stato attuale</i>	
4.2.1. <b>l'organizzazione pianifica e programma</b> , per il nuovo personale (neoassunto/trasferito), compreso quello volontario, <b>le attività di:</b> <b>a. accoglienza;</b> <b>b. affiancamento/addestramento;</b>	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.2.2. <b>formalizzazione e messa in atto di un processo per valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;</b>	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.2.3. <b>adozione e messa in atto di un piano di formazione sul rischio clinico ed occupazionale</b> , per i neoassunti, entro il 1° anno	II → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.2.4. <b>valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti;</b>	III → T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4.2.6. <b>l'organizzazione monitora</b> che le <b>azioni intraprese</b> abbiano <b>raggiunto i risultati desiderati.</b>	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori</b>	<i>Tipo Tempo</i>	<i>Stato attuale</i>	<i>Azioni correttive necessarie</i>
5.1.1. definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale;	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.1.2. definizione di flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.1.3. presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;	II → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario	III → T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito di valutazione;	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

5.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>5.2: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.2.2. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.2.3. identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.2.4. identificazione delle criticità e definizione delle priorità di intervento	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'analisi;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.2.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti, ai caregiver, ai fiduciari</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</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;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.2. predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.3. formalizzazione di una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.4. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: donazione di organi e tessuti;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.5. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su: precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.6. la Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari su:	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

5.3.7. La Direzione individua criticità nelle modalità di comunicazione con pazienti e suoi familiari	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.8 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.3.9 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>5.4: Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</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;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e personale;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti, <i>caregiver</i> , fiduciari e miglioramento degli stessi se necessario;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>5.5: Modalità di ascolto dei pazienti</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
5.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e di strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.4. formazione del personale a contatto con il pubblico su comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione del conflitto	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

5.5.5. utilizzo dei dati derivanti dall' analisi dei reclami e dei risultati della valutazione della soddisfazione e della esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.6. diffusione delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.7. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito delle valutazioni;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5.5.8. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della medicina basata sulle evidenze (Evidence based medicine);	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.2. accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle I linee guida;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.3. aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.4. coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni e attivazione di programmi di miglioramento se necessario	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1 .6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito della valutazione;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente,	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

6.2.2. esistenza di un piano aziendale che esplicita prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.2.3. esistenza di un piano aziendale con definizione di ruoli, responsabilità, risorse impiegate, piano di monitoraggio, verifiche e formazione	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.2.4 sono state individuate nel piano aziendale le priorità di intervento. Il piano è condiviso con gli operatori	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.2.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nei piani di monitoraggio;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: Mancato infortunio (near miss), eventi avversi ed eventi sentinella;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.2. partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (es. <i>Root cause analysis</i> , Audit clinico, <i>Significant I event audit</i> ) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (es. <i>Safety walkround</i> );	I →T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.4. presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.5. applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check-list</i> ed altri strumenti per la Sicurezza;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.6 definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, La comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.7. presenza di un Piano di formazione;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.8 adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi attraverso l'analisi <i>dei modi e degli effetti delle</i> insufficienze (FMEA, <i>Failure Mode and Effect. Analysis</i> ) almeno 1 FMEA per anno);	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

6.3.9. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.3.10. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
6.4.1. sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.4.2. produzione e diffusione di buone pratiche;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.4.3. garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.4.4. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.4.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.4.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>7.1: Progetti di miglioramento</b>	<i>Tipo Tempo</i>	<b>Stato attuale</b>	<b>Azioni correttive necessarie</b>
7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.1.2. valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori;	I→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.1.3. comunicazione periodica delle informazioni,	II→T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.1.4. formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare;	III→T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.1.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso della valutazione;	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.1.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV→T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

<b><u>7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<i>Stato attuale</i>	<i>Azioni correttive necessarie</i>
7.2.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.2.2 vi è evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	II → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.2.3 diffusione delle procedure per la valutazione delle tecnologie	III → T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.2.4 l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nelle procedure di valutazione	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.2.5 l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<i>Stato attuale</i>	<i>Azioni correttive necessarie</i>
7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3.3. sviluppo di modalità di integrazione assistenza- didattica-ricerca;	II → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3.4 monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione- valutazione- adozione;	III → T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3.5. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate nel corso del monitoraggio;	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3.6. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b><u>8.1: Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure</u></b>	<i>Tipo Tempo</i>	<i>Stato attuale</i>	<i>Azioni correttive necessarie</i>
8.1.1. pianificazione delle attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche;(es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona			
8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'equipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;	I → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.1.4. presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti;	II → T0	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.1.5. <del>La Direzione ha definito e formalizzato protocolli, linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.</del>	III → T1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.1.6. l'organizzazione implementa le azioni di miglioramento individuate;	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.1.7. l'organizzazione monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.	IV → T2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

### Allegato 3. Griglia autorizzazione cure domiciliari

#### SEZIONE 1. RESPONSABILITÀ e PERSONALE

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		MANUALE OPERATIVO	ADI in data
3.1.1 AU: Responsabilità dell'Organizzazione		EVIDENZA DOCUMENTALE	Piano di rientro:
L'Organizzazione garantisce:	Risposta	CURRICULUM	

<p>a) che la <b>responsabilità complessiva</b> dell'Organizzazione stessa, della <b>gestione del rischio clinico</b>, della <b>definizione delle modalità di comunicazione</b> e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento sia affidata a un direttore sanitario o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda Sanitaria. La responsabilità del mantenimento dei requisiti sanitari previsti e della verifica di qualità degli interventi svolti, della <b>corretta gestione</b> (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) <b>di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature</b>, della <b>sorveglianza sulla valutazione del personale</b> e sulla documentazione sanitaria da essi redatta è in capo al coordinatore.</p> <p>b) che per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di <b>coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa</b>;</p> <p>c) che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita la <b>continuità della presa in carico</b> per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>	<p>VERIFICA OGGETTIVA</p>	
<p><b>3.1.2 AU: Dotazione di personale</b></p>		<p>EVIDENZA</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>	<p>DOCUMENTALE</p>	

<p>-che la <b>dotazione di personale</b>, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, <b>sia proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare</b> integrando fra di loro le diverse figure professionali, almeno <b>secondo i seguenti standard minimi</b>:</p> <table border="1" data-bbox="277 395 1061 740"> <tr> <td data-bbox="277 395 468 480">CD di livello base - prestazionale CIA &lt; 0,14</td> <td data-bbox="468 395 983 480">Infermiere (15') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico di Medicina Generale (30')</td> <td data-bbox="983 395 1061 480">5 giorni su 7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="277 480 468 564">CD integrate (ADI) di I° livello 0,14 ≤ CIA ≤ 0,30</td> <td data-bbox="468 480 983 564">Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico di Medicina Generale (30') Operatore Socio-sanitario (60')</td> <td data-bbox="983 480 1061 564">5 giorni su 7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="277 564 468 649">CD integrate (ADI) di II° livello 0,31 ≤ CIA ≤ 0,50</td> <td data-bbox="468 564 983 649">Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico di Medicina Generale (45') Operatore Socio-sanitario (60')</td> <td data-bbox="983 564 1061 649">7 giorni su 7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="277 649 468 740">CD integrate (ADI) di III° livello CIA &gt; 0,50</td> <td data-bbox="468 649 983 740">Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico di Medicina Generale (60') Operatore Socio-sanitario (60')</td> <td data-bbox="983 649 1061 740">7 giorni su 7</td> </tr> </table>	CD di livello base - prestazionale CIA < 0,14	Infermiere (15') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico di Medicina Generale (30')	5 giorni su 7	CD integrate (ADI) di I° livello 0,14 ≤ CIA ≤ 0,30	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico di Medicina Generale (30') Operatore Socio-sanitario (60')	5 giorni su 7	CD integrate (ADI) di II° livello 0,31 ≤ CIA ≤ 0,50	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico di Medicina Generale (45') Operatore Socio-sanitario (60')	7 giorni su 7	CD integrate (ADI) di III° livello CIA > 0,50	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico di Medicina Generale (60') Operatore Socio-sanitario (60')	7 giorni su 7		TURNI DI SERVIZIO IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI UTENZA	
CD di livello base - prestazionale CIA < 0,14	Infermiere (15') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico di Medicina Generale (30')	5 giorni su 7													
CD integrate (ADI) di I° livello 0,14 ≤ CIA ≤ 0,30	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico di Medicina Generale (30') Operatore Socio-sanitario (60')	5 giorni su 7													
CD integrate (ADI) di II° livello 0,31 ≤ CIA ≤ 0,50	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico di Medicina Generale (45') Operatore Socio-sanitario (60')	7 giorni su 7													
CD integrate (ADI) di III° livello CIA > 0,50	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico di Medicina Generale (60') Operatore Socio-sanitario (60')	7 giorni su 7													
<p><b>3.1.3 AU: Requisiti per il personale (titoli e formazione)</b></p>		EVIDENZA DOCUMENTALE													
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>	REPORT SU PERSONALE													
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. che tutte le figure professionali siano in <b>possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione</b> corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad <b>Albi ed Ordini</b> professionali);</li> <li>2. che sia effettuata la verifica dei titoli (<b>curriculum</b>) in possesso degli operatori;</li> <li>3. che siano rispettati gli <b>obblighi normativi di formazione continua</b> per tutti i professionisti sanitari;</li> <li>4. che vi sia formazione anche in merito a: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>procedure interne organizzative</b>,</li> <li>b) procedure operative adottate (in funzione del profilo),</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> </ol>														

<p>c) <b>umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni</b>,  d) certificazione <b>BLS</b>D (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata,  e) <b>sicurezza sul lavoro</b>,  f) <b>gestione del rischio clinico</b>;</p> <p>5. che esista <b>evidenza della formazione</b>;</p> <p>6. l'effettuazione di <b>programmi di formazione per il nuovo personale</b>;</p>	<p>a)  b)  c)  d)  e)  f)  5  6.</p>		
<p><b>3.1.4 AU: Elenco degli operatori e fascicolo personale</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE  Turni di servizio  Elenco del personale con fascicolo individuale  REPORT DEI CREDITI ECM ACQUISITI DAL PERSONALE</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>1. che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un <b>elenco del personale impiegato</b>, che riporti:</p> <p>a) la <b>tipologia e il numero delle figure professionali</b>, il possesso dei relativi requisiti professionali,  b) la <b>tipologia del rapporto di lavoro</b>;</p> <p>2. che sia <b>data evidenza della turnazione</b> (turni di servizio datati e firmati) del personale;</p> <p>3. che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, <b>un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti</b>, contenente i dati degli accessi a domicilio;</p> <p>4. che sia costituito <b>un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività</b>, composto da:</p>	<p>1.  a)  b)  2.  3.  4.</p>		

<p>a) <b>curriculum formativo</b> aggiornato e la relativa documentazione,  b) <b>attestazioni della formazione continua obbligatoria</b>,  c) <b>attestato di idoneità psico-fisica al lavoro</b>, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente,  d) attestazione della formazione obbligatoria in materia di <b>sicurezza sul lavoro</b>,  e) attestazione dell'aggiornamento continuo del <b>BLSD</b>,  f) attestazione della formazione sulle <b>procedure interne all'Organizzazione</b>,  g) <b>possesso della patente di guida</b> adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata;  5. che il <b>fascicolo personale</b> degli operatori sia conservato nel <b>rispetto</b> della normativa sul <b>trattamento dei dati personali</b>;</p>	<p>a)  b)  c)  d)  e)  f)  g)  5.</p>		
<p><b>3.1.5 AU: Regolarità del rapporto di lavoro</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE  Assicurazione verso infortuni sul lavoro e assicurazione responsabilità civile verso terzi</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>1. nei confronti del proprio personale:  a) <b>l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento</b>  b) l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle <b>assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche</b>, previdenziali ed assistenziali;  c) l'applicazione della normativa in merito alla <b>responsabilità civile in ambito sanitario</b>.</p>	<p>a)  b)  c)</p>		
<p><b>3.1.6 AU: Identificabilità degli operatori</b></p>		<p>VERIFICA OGGETTIVA</p>	

L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
-l'utilizzo degli <b>strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy</b> (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, foto, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).			

## SEZIONE 2. PRESTAZIONI E GESTIONE DELL'ATTIVITÀ

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		MANUALE OPERATIVO	ADI
<b>3.2.1 AU: Tipologia di prestazioni e servizi erogati</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA	<b>Piano di rientro:</b>
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
1. che siano definiti:	1.		
a) il <b>catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati</b> , con specifica <b>indicazione</b> di quali siano <b>erogabili avvalendosi della telemedicina</b> ,	a)		
b) le <b>modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari</b> , con valutazione multidimensionale (DGR 791/2014 e DGR 111/2015),	b)		
c) le <b>modalità di erogazione di prestazioni/servizi</b> attraverso documenti formali dove siano definite chiaramente le responsabilità,	c)		
d) le <b>modalità di gestione delle eventuali urgenze</b> ;	d)		
2. che sia garantita la <b>presenza delle risorse umane e strumentali</b> necessarie <b>per l'esecuzione dei seguenti esami diagnostici</b> :	2.		
a) ECG,	a)		
b) Holter pressorio e holter cardiaco,	b)		
c) Holter color doppler,	c)		
	d)		
	e)		

<ul style="list-style-type: none"> <li>d) Spirometria,</li> <li>e) Polisonnografia,</li> <li>f) Ecografia,</li> <li>g) Prelievo di materiale biologico,</li> <li>h) Emo Gas Analisi</li> <li>i) Audiometria;</li> </ul> <p>3. L'esecuzione di RX a domicilio è consentita qualora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) avvenga eseguita da un tecnico radiologo,</li> <li>b) l'elaborazione e la refertazione dell'esame avvengano presso una struttura di diagnostica per immagini autorizzata ai sensi della DGR 1571 del 2019</li> </ul> <p>4. che venga elaborato un protocollo che descriva la procedura relativa all'intero percorso diagnostico per l'esecuzione dell'RX e per ogni eventuale ulteriore esame diagnostico a domicilio;</p> <p>5. che sia redatta la <b>Carta dei Servizi</b> (si veda punto 3.2.13);</p> <p>6. che siano indicate le <b>modalità di erogazione dei servizi sanitari</b> erogati a distanza;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>f)</li> <li>g)</li> <li>h)</li> <li>i)</li> </ul> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>		
<b>3.2.2 AU: Garanzie attività</b>			
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
-che, a parziale modifica della DGR 791 del 30/06/2014, <b>attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello;</b>			
<b>3.2.3 AU: Regolamento interno</b>			
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>	EDIVENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA/	

<p>1. che venga predisposto un <b>Regolamento interno</b> in cui siano definite:</p> <p>a) le <b>funzioni e le responsabilità</b> di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta,</p> <p>b) le <b>modalità di espletamento del servizio</b>,</p> <p>c) l'<b>equipaggiamento del personale di assistenza</b>, compreso l'abito professionale,</p> <p>d) i <b>sistemi di comunicazione</b>;</p> <p>2. che venga definito un <b>organigramma/funzionigramma</b>;</p>	<p>1. a) b) c) d) 2.</p>	<p>FUNZIONIGRAMMA</p>	
<p><b>3.2.4 AU: Gestione del Rischio Clinico (RC)</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>- che sia elaborato un <b>piano per la gestione del rischio clinico</b>, orientato alla sicurezza delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata</p>			
<p><b>3.2.5 AU: Procedure scritte sul percorso di cura</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>1. che, in funzione delle <b>tipologie di cure domiciliari</b>, siano definite procedure scritte in base alla normativa regionale vigente in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>modalità e strumenti di gestione della valutazione</b> del bisogno attraverso strumenti validati,</li> <li>• <b>definizione del piano individuale</b> (semplificato per le cure domiciliari di base),</li> <li>• <b>criteri e modalità di erogazione delle</b></li> </ul>	<p>1. a) b) c) d) e)</p>		

<p><b>prestazioni e di comunicazione interna,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>modalità e strumenti del passaggio di consegne,</b></li> <li>• <b>criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;</b></li> </ul>			
<p><b>3.2.6 AU: Documentazione sanitaria</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>	<p>VERIFICA OGGETTIVA</p>	
<p>1. che, in conformità con la normativa regionale, <b>per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare</b>, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e contestualmente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività, tra cui almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) i dati anagrafici,</li> <li>b) il caregiver,</li> <li>c) la data di inizio delle cure domiciliari,</li> <li>d) gli altri operatori di riferimento,</li> <li>e) la diagnosi,</li> <li>f) gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),</li> <li>g) la procedura per l'eventuale presa in carico secondo i principi dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD)</li> <li>h) il consenso informato e la conoscenza della L. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento),</li> <li>i) gli strumenti di valutazione utilizzati,</li> <li>j) il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti,</li> </ul>	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a)</li> <li>b)</li> <li>c)</li> <li>d)</li> <li>e)</li> <li>f)</li> <li>g)</li> <li>h)</li> <li>i)</li> <li>j)</li> <li>k)</li> </ul>		

<p>k) le prestazioni erogate,  l) l'eventuale coinvolgimento dei servizi sociali,  m) l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,  n) le verifiche,  o) i risultati raggiunti,  p) la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale;</p> <p>2. che, per tutte le <b>tipologie assistenziali</b>, presso il domicilio della persona assistita, <b>sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:</b></p> <p>a) data e ora,  b) operatore/i  c) prestazioni svolte,  d) firma dell'operatore.</p> <p>Il PAI deve essere firmato dall'assistito e/o dal caregiver e/o amministratore di sostegno;</p>	<p>l)  m)  n)  o)  p)</p> <p>2.</p> <p>a)  b)  c)  d)</p>		
<p><b>3.2.7 AU: Modalità di trattamento dei dati e privacy</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE  VERIFICA OGGETTIVA</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p> <p>1. che tutti i <b>documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa</b> sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati;</p> <p>2. che il <b>sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati</b> da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;</p>	<p><i>Risposta</i></p> <p>1.  2.</p>		
<p><b>3.2.8 AU: Gestione di farmaci/presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. che vengano <b>definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali</b>, ai sensi della normativa vigente;</li> <li>2. che la <b>documentazione relativa</b> alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;</li> <li>3. che i <b>presidi e i dispositivi</b> soddisfino le <b>caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità</b> e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> </ol>		
<b>3.2.9 AU: Procedure specifiche</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA	
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. che siano disposte procedure: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) per <b>garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici</b>,</li> <li>b) per la <b>sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto</b> (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro),</li> <li>c) per la <b>prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</b>,</li> <li>d) per la <b>somministrazione a domicilio di farmaci</b>,</li> <li>e) per l'<b>eventuale applicazione dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD)</b></li> <li>f) per il <b>coinvolgimento e l'accordo con i servizi sociali</b> ove necessario</li> <li>g) per la <b>somministrazione della terapia trasfusionale</b> secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto,</li> <li>h) per la <b>gestione delle emergenze-urgenze</b>,</li> <li>i) per la <b>gestione degli accessi vascolari</b>,</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>a)</li> <li>b)</li> <li>c)</li> <li>d)</li> <li>e)</li> <li>f)</li> <li>g)</li> <li>h)</li> <li>i)</li> </ol>		

<p>j) per il <b>corretto smaltimento dei rifiuti</b>, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente,</p> <p>k) <b>altre procedure specifiche relative all'attività svolta</b> (ad es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.);</p> <p>2. che le <b>procedure siano aggiornate con una periodicità</b> almeno triennale e ogniqualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;</p> <p>3. che le <b>procedure siano diffuse agli operatori</b></p>	<p>j)</p> <p>k)</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p><b>3.2.10 AU: Integrazione professionale</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>1. che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il <b>trasferimento reciproco delle informazioni</b>, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del piano individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6;</p> <p>2. che siano <b>definiti ed applicati strumenti per il passaggio</b> delle consegne;</p>	<p>1.</p> <p>2.</p>		
<p><b>3.2.11 AU: Valorizzazione e sostegno alla famiglia</b></p>		<p>EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA</p>	
<p>L'Organizzazione garantisce:</p>	<p><i>Risposta</i></p>		
<p>- che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla <b>valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento</b>, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, <b>formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver)</b>;</p>			

<b>3.2.12 AU: Valorizzazione della partecipazione della persona assistita</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA	
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
- che venga garantita la <b>partecipazione della persona assistita e/o caregiver nel processo di cura</b> (Empowerment) attraverso momenti <b>formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale</b> ;			
<b>3.2.13 AU: Materiale informativo</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi	
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
1. che venga redatta e periodicamente aggiornata una <b>Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente</b> , contenente informazioni relative almeno a:	1.		
<b>a) prestazioni erogate,</b>	a)		
<b>b) modalità di accesso</b> e di attivazione delle cure domiciliari,	b)		
<b>c) target di popolazione assistita,</b>	c)		
<b>d) orari,</b>	d)		
<b>e) tariffe praticate,</b>	e)		
<b>f) contatti,</b>	f)		
<b>g) modalità di presentare eventuali reclami;</b>	g)		
2. che la <b>Carta dei Servizi</b> sia facilmente accessibile per l'utenza;	2.		
3. che la <b>Carta dei Servizi</b> venga <b>aggiornata con cadenza biennale</b> ;	3.		
<b>3.2.14 AU: Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE	
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		
- che vengano definiti <b>strumenti per la raccolta dei reclami</b> , la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento			
<b>3.2.15 AU: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>		EVIDENZA DOCUMENTALE VERIFICA OGGETTIVA	
L'Organizzazione garantisce:	<i>Risposta</i>		

<p>1. che venga definito un <b>documento con criteri, indicatori e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati</b> e che garantisca:</p> <p>a) che vengano adottate <b>modalità di valutazione della soddisfazione</b> da parte dell'<b>utente</b>;</p> <p>b) che venga favorita la <b>partecipazione del personale</b> allo svolgimento di attività di valutazione clinica (<b>audit</b>);</p> <p>2. Le organizzazioni pubbliche adottano gli indicatori relativi agli obiettivi declinati a livello regionale nel periodo di esercizio.</p>	<p>1. a) b) 2.</p>		
---	--------------------------------	--	--

#### Allegato 4. Griglia accreditamento cure domiciliari

##### CRITERIO 1. ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

Griglia accreditamento cure domiciliari			
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
<p>1.1.1 Definisce in un <b>piano triennale generale</b> in cui vengono <b>definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari</b> che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell'articolo 22 "Cure domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l'Azienda Sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;</p>	I → T0	<input type="checkbox"/>	
<p>1.1.2 <b>Documento di definizione del livello assistenziale garantito.</b> Sistema di <b>monitoraggio e report</b> raggiungimento obiettivi. Report sull'attività di cure domiciliari relativamente alla pianificazione e programmazione;</p>	II → T1	<input type="checkbox"/>	
<p>1.1.3 <b>Implementazione di azioni di miglioramento</b> individuate.</p>	III → T2	<input type="checkbox"/>	

<b>1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</b>			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
1.2.1 Svolge le proprie <b>attività</b> coordinandosi con le <b>reti assistenziali</b> previste dalla normativa regionale e, ove necessario, con i <b>servizi sociali</b> , secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento, tra cui la rete delle <b>cure palliative</b> , la <b>rete della terapia del dolore</b> , la rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.2.2 Documento di riferimento e <b>report sulle attività svolte</b> in coordinamento con le reti di cui sopra;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.2.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>1.3 AC: Definizione delle responsabilità</b>			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
1.3.1 Definisce il proprio <b>organigramma/funzionigramma</b> , che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.3.2 Dispone di un <b>documento in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio</b> , la tipologia di <b>rapporto di lavoro</b> , la <b>qualifica</b> e le <b>competenze specifiche</b> secondo quanto previsto dal modello regionale;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.3.3 Elabora e adotta un <b>regolamento del personale</b> ;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.3.4 Definisce le <b>modalità di rivalutazione periodica</b> del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.3.5 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>1.4 AC: Presa in carico</b>			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
1.4.1 Adotta <b>strumenti validati e standardizzati</b> di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.4.2 Garantisce che la <b>presa in carico sia congrua con il piano individuale</b> redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017;	I → T0	<input type="checkbox"/>	

1.4.3 Garantisce che il <b>piano individuale sia puntualmente aggiornato</b> in relazione alla modifica dei bisogni;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.4.4 Garantisce che il <b>piano individuale contenga</b> :  a) la <b>valutazione</b> multidimensionale dei <b>bisogni</b> assistenziali; b) l'identificazione degli obiettivi di salute; c) la pianificazione delle attività; d) la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare; e) le figure professionali coinvolte e il referente f) del caso; g) il caregiver della persona assistita; h) gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.4.5 Verifica che le attività previste vengano effettuate analizza le criticità rilevate;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.4.6 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
1.5.1 Adotta, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6 A.U.:  a) il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4; b) le conclusioni del colloquio di presa in carico; c) elementi di rischio specifici dell'assistito; d) le attività e le prestazioni erogate; e) le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti; f) la data e le motivazioni della chiusura del PAI; g) il documento di dimissione;	I → T0	<input type="checkbox"/>	

1.5.2 Garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>diario assistenziale</i> che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 A.U., la parte della valutazione della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.5.3 Assicura la corretta compilazione del fascicolo sanitario domiciliare e del diario assistenziale che devono contenere tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.5.4 Assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.5.5 Attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.5.6 Garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.5.7 Monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.5.8 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
1.6.1 Elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.6.2 Definizione degli obiettivi di miglioramento e relativi indicatori;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
1.6.3 Monitoraggio dei relativi indicatori e report sul raggiungimento degli obiettivi di miglioramento;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.6.4 Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.6.5 Relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.	II → T1	<input type="checkbox"/>	
1.6.6 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	

## CRITERIO 2. PRESTAZIONI E SERVIZI

<b>2.1 AC: Tipologia di prestazioni e servizi erogati</b>			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
2.1.1 Erogare le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I, di II, di III livello);	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.1.2 Definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una <b>Carta dei servizi</b> (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1) che <b>assicuri</b> la piena informazione circa l' <b>assetto organizzativo</b> , i <b>servizi erogati</b> in rapporto ai livelli assistenziali, il <b>target/tipologia degli assistiti</b> , le <b>modalità erogative</b> , le <b>modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari e la gestione delle urgenze</b> . La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.1.3 <b>Aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente</b> e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
2.1.4 <b>Implementazione di azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico degli assistiti</b>			
L'organizzazione:	Tipo tempo	Risposta	Note/ tempi di adeguamento
2.2.1 Assicura la presa in carico degli assistiti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PAI e della valutazione multidimensionale dei bisogni. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017; va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.2.2 Garantisce la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionali e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.2.3 Adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.2.4 Adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
2.2.5 Implementa un sistema di monitoraggio delle attività sopra riportate	II → T1	<input type="checkbox"/>	

2.2.6 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>2.3 AC: Continuità assistenziale</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
2.3.1 Assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.3.2 Garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di primo livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di secondo e terzo livello in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti autorizzativi;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.3.3 Individua un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'equipe assistenziale, riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.3.4 Garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che: a) vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale; b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.3.5 Monitoraggio sulla continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.3.6 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>2.4 AC: Monitoraggio e valutazione</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
2.4.1 Mette in atto un sistema di monitoraggio per la registrazione degli eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.4.2 Programma attività di audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.4.3 Si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;	I →T0	<input type="checkbox"/>	

2.4.4 Mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.4.5 Adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità dell'assistito, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.4.5 Adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.4.6 Effettua la valutazione degli eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura.	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.4.7 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
2.5.1 Adotta <b>procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria</b> nonché le modalità di controllo;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.5.2 Formalizza e <b>attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso</b> e nella tenuta della documentazione sanitaria.	I →T0	<input type="checkbox"/>	
2.5.3 Analizza <b>i risultati della valutazione e della verifica di qualità</b> della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
2.5.4 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	

#### **CRITERIO 4. COMPETENZE DEL PERSONALE**

<b>4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
4.1.1 Garantisce l'individuazione di un <b>responsabile della formazione</b> ;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
4.1.2 Garantisce la definizione di un <b>piano annuale di formazione</b> che preveda la <b>rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, monitoraggio dell'efficacia e della soddisfazione da parte del personale</b> ;	I →T0	<input type="checkbox"/>	

4.1.3 Cura la <b>formazione negli ambiti specifici</b> richiamati ai punti 4.2 ( <b>nuovo personale</b> ), 6.2 ( <b>procedure</b> ), 8.1 ( <b>umanizzazione</b> );	I → T0	<input type="checkbox"/>	
4.1.4 Garantisce la presenza di un <b>report sulle attività di formazione</b> di cui sopra;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
4.1.5 Esegue la <b>valutazione delle ricadute organizzative delle attività formative</b> e della soddisfazione del personale;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
4.1.6 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
4.2.1 Mette in atto un <b>piano di inserimento e affiancamento/addestramento</b> per il <b>nuovo personale</b> ;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
4.2.2 Formalizza e mette in atto un <b>processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti</b> ;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
4.2.3 Adotta e mette in atto un <b>piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale</b> per il nuovo personale entro il 1° anno;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
4.2.4 Prevede una <b>valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale</b> e il loro eventuale miglioramento;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
4.2.5 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>4.3 AC: Valutazione del personale</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
4.3.1 Elabora un <b>piano di valutazione periodico (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione</b> e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.	I → T0	<input type="checkbox"/>	
4.3.2 Garantisce la presenza di evidenze delle attività di valutazione	II → T1	<input type="checkbox"/>	
4.3.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	

## CRITERIO 5. COMUNICAZIONE

**5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori**

L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
5.1.1 Mette in atto <b>meccanismi operativi</b> che <b>favoriscano la comunicazione tra gli operatori</b> del servizio;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
5.1.2 Svolge la valutazione della comunicazione interna anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di equipe;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
5.1.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
5.2.1 Effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
5.2.2 Facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità e garantisce la presenza di relativi verbali;	II → T1	<input type="checkbox"/>	
5.3.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
5.3.1 Attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con assistiti e familiari/caregiver anche mediante strumenti di comunicazione specifica in caso di disabilità intellettiva;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
5.3.2 Definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, ecc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;	I → T0	<input type="checkbox"/>	
5.3.3 Mette in atto attività di monitoraggio per le attività di cui sopra	II → T1	<input type="checkbox"/>	
5.3.4 Programma momenti di incontro dell'equipe per la valutazione dei risultati dei sistemi di monitoraggio (verbali)	II → T1	<input type="checkbox"/>	
5.3.5 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	
<b>5.4 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>

5.4.1 Adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.4.2 Garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.4.3 Garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano individuale, condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.4.4Mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.4.5 Svolge attività di monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
5.4.6 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
5.5.1 Prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.5.2 Si informa sul fatto che l'assistito sia a conoscenza della legge 219/2017 e che abbia o meno depositato le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), o che abbia una sua idea a proposito.	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.5.3 Prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.	I →T0	<input type="checkbox"/>	
5.5.4 Svolge monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
5.5.5 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	

## **CRITERIO 6. APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA**

<b>6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>

6.1.1 <b>Applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative</b> presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della Evidence based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
6.1.2 Garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
6.1.3 <b>Monitoraggio degli indicatori di cui sopra report</b> e momenti di incontro dell'equipe verbalizzati	II→T1	<input type="checkbox"/>	
6.1.4 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
6.2.1 Applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, elabora almeno i seguenti protocolli: a) prevenzione e gestione delle lesioni da pressione, b) prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione, c) prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio), d) somministrazione delle terapie farmacologiche, e) somministrazione della terapia trasfusionale, f) valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale, g) gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi, h) valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
6.2.2 Adotta una metodologia di analisi in base ai dati disponibili in letteratura e mette in atto azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:  a) <b>prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,</b> b) <b>prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,</b> c) <b>prevenzione delle cadute</b> (inclusa la valutazione del rischio), d) somministrazione delle <b>terapie farmacologiche,</b> e) somministrazione della <b>terapia trasfusionale,</b>	II→T1	<input type="checkbox"/>	

f) valutazione della condizione nutrizionale e <b>gestione dei presidi per la nutrizione artificiale</b> , g) <b>gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi</b> , h) <b>valutazione e gestione del dolore</b> , anche mediante l' integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;			
6.2.3 <b>Garantisce il periodico aggiornamento</b> delle procedure (almeno triennale), e ogni qualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
6.2.4 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	
<b>6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
6.3.1 Elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.4), il <b>piano per la gestione del rischio clinico</b> ;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
6.3.2 Definisce le <b>modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale</b> ai processi di gestione del rischio clinico;	I →T0	<input type="checkbox"/>	
6.3.3 Rivalutazione del documento del rischio clinico, report sul raggiungimento degli obiettivi e monitoraggio degli indicatori;	II→T1	<input type="checkbox"/>	
6.3.4 Elabora un report sulla partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.	II→T1	<input type="checkbox"/>	
6.3.5 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	

## CRITERIO 7. PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

<b>7.1 AC: Progetti di miglioramento</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
7.1.1 Definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori: • Indicatore n. 1:	I →T0	<input type="checkbox"/>	

<p>Formazione del personale sulla sicurezza delle cure. Valore atteso: 100% del personale formato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore n. 2: Formazione del personale sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. Valore atteso: 100% del personale formato</li> <li>• Indicatore n. 3: Formazione del personale su specifici argomenti. Valore atteso: 80% di formazione del target del personale individuato.</li> </ul>			
7.1.2 Verbali relativi alle attività di cui sopra (con particolare riferimento al sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi)	II→T1	<input type="checkbox"/>	No
7.1.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	No
<b>7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
7.2.1 Predisporre strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'equipe curante.	I →T0	<input type="checkbox"/>	No
7.2.2 Presenza di un report sulle attività di innovazione tecnologica ed organizzativa con particolare riferimento alla telemedicina.	II→T1	<input type="checkbox"/>	No
7.2.3 <b>Implementazione delle azioni di miglioramento</b> individuate.	III→T2	<input type="checkbox"/>	

## **CRITERIO 8. UMANIZZAZIONE**

<b>8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure</b>			
L'organizzazione:	<i>Tipo tempo</i>	<i>Risposta</i>	<i>Note/ tempi di adeguamento</i>
8.1.1 Garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, assistiti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di counseling (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");	I →T0	<input type="checkbox"/>	Si
8.2.2 Attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;	I →T0	<input type="checkbox"/>	Si

8.3.3 Vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.	I → T0	<input type="checkbox"/>	Si
8.4.4 Evidenza delle attività di cui sopra monitoraggio e reportistica	II → T1	<input type="checkbox"/>	
8.5.5 Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	III → T2	<input type="checkbox"/>	

## Allegato 5. Griglia autorizzazione requisiti di telemedicina per organizzazioni di cure domiciliari

### TELEASSISTENZA DA PROFESSIONI SANITARIE

Griglia autorizzazione requisiti organizzativi di telemedicina per organizzazioni di cure domiciliari	
Requisito	Risposta
-Può essere garantita la presenza di un caregiver durante l'atto di visita	
-Deve essere garantito il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente, se il paziente è presente al teleconsulto	
-Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
-Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>• come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente,</li> <li>• quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>• quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità,</li> <li>• quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personale e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>• quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>• quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
-Presenza della Carta dei Servizi	
-Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	

-Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
-Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
-Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
-Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
-Presenza di un piano di valutazione dei rischi	