



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Premessa

I recenti indirizzi europei (Direttiva 2011/24/EU del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011), volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione e l'eterogeneità dei modelli di accreditamento regionali, hanno fatto nascere in Italia l'esigenza di rivedere la normativa in materia di accreditamento al fine di definire un quadro comune di riferimento e ridisegnare uno strumento in armonia con i mutati scenari nazionali e internazionali.

In particolare, per dare attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012, è stato attivato un Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo ha predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un *"Disciplinare tecnico"* che individua, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento e identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali. Più in dettaglio, il disciplinare predisposto dal Tavolo e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con specifica Intesa in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), individua 8 Criteri e 28 requisiti essenziali per l'accreditamento *"istituzionale"*.

Il modello di accreditamento proposto da Agenas tiene conto delle indicazioni derivanti dalla predetta Intesa e da ulteriori provvedimenti adottati da Stato e Regioni, come l'Intesa del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 che adotta il Regolamento recante *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*.

Conseguentemente, il Tavolo tecnico regionale per la revisione degli atti regolamentari e l'adeguamento dei requisiti di cui all'Allegato A della DGR n.2087/2015, ha ritenuto di dover assumere come riferimento per i suoi lavori, il medesimo modello, adeguandolo alla realtà regionale, nel rispetto dell'impostazione concettuale originaria.

L'obiettivo del presente manuale è quello di creare e incentivare il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni un percorso di sviluppo progressivo ed una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti, consentendo attraverso la misurazione e l'analisi di innescare processi di miglioramento continuo.

Con l'accreditamento istituzionale si intende raggiungere l'obiettivo di consentire ai cittadini di usufruire di prestazioni sanitarie che siano realmente di qualità.

Perché ciò sia possibile, è necessario che le strutture sanitarie si dotino di modelli organizzativi e gestionali, di riconosciuta validità.

Introduzione

Le direttrici di fondo per l'elaborazione del modello di accreditamento sono state le seguenti.

RISORSE E PROCESSI: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

- a) in **AUTORIZZAZIONE** devono essere inclusi i requisiti riferiti alle **RISORSE (STRUTTURALI, TECNOLOGICHE, UMANE, ORGANIZZATIVE)** necessarie all'esercizio efficace e sicuro delle attività delle specifiche strutture sanitarie, sociosanitarie (anche in assenza di una possibile richiesta di accreditamento istituzionale);
- b) in **ACCREDITAMENTO** sono inclusi i requisiti che attengono ai **PROCESSI (ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI, ASSISTENZIALI)** che favoriscono un utilizzo di qualità (efficacia, sicurezza, efficienza, appropriatezza, umanizzazione, ecc.) del mix delle risorse individuate nella procedura di autorizzazione.

STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Il manuale di accreditamento si fonda sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e specificamente sui contenuti dell'Allegato A) *“Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento”*. Nell'allegato A) al capitolo 1 (Premessa) si precisa che viene definito *“un uniforme sistema di requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private; ciò significa da un lato mantenere l'attenzione sulla dimensione strutturale e dall'altro valorizzare i determinanti che consentono un adeguato sistema di governo delle funzioni assistenziali”*.

Il Disciplinare fornisce il quadro concettuale di riferimento in base al quale dovranno essere sviluppate tutte le normative regionali in materia di accreditamento istituzionale e **si articola in 8 criteri, 28 requisiti e 123 evidenze**. Il *modus operandi* adottato è stato quello di redigere tutti i manuali sulla base degli 8 criteri comuni, e determinarne successivamente l'articolazione in requisiti ed evidenze, in ragione del grado di complessità dei servizi da accreditare; tanto ha determinato che il manuale riferito alle strutture ospedaliere si sia sviluppato su di un numero di evidenze maggiore rispetto a quello riferito al sistema delle residenzialità, o degli ambulatori.

I requisiti per l'accreditamento sono ulteriori — e quindi diversi — rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio e prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che, di norma, pur non richiedendo significativi investimenti, possono determinare importanti, e spesso immediate, ricadute sulla qualità assistenziale. In particolare, si tratta di elementi qualificanti e innovativi che affrontano tematiche di assoluta rilevanza e attualità — governo clinico, rischio in ambito sanitario, principi a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, diritti delle persone — che costituiscono la base per un concreto miglioramento della qualità nell'ambito dei sistemi sanitari regionali.

Ciclo PDCA

La filosofia di fondo del sistema di accreditamento è quello di orientare le strutture sanitarie al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogata. Il modello di riferimento nelle organizzazioni per promuovere i processi di miglioramento continuo è quello comunemente conosciuto come ciclo di Deming (Ciclo PDCA: Plan-Do-Check-Act), modello già implementato all'interno dei sistemi di accreditamento a livello internazionale, nonché in diverse regioni italiane.

In considerazione della proposta già elaborate da Agenas, di individuare nel sistema PDCA il modello di riferimento logico, ciascun requisito è stato declinato nelle quattro fasi del ciclo di Deming, secondo la seguente logica:

P - Plan. Pianificazione: l'organizzazione deve aver predisposto la documentazione necessaria a descrivere le modalità di raggiungimento dell'obiettivo per la qualità definito dal requisito per l'accREDITAMENTO;

D - Do. Implementazione: l'organizzazione deve garantire l'implementazione di quanto definito in fase di progettazione e pianificazione;

C - Check. Controllo, studio e raccolta dei risultati: l'organizzazione deve monitorare in maniera continua la qualità delle strutture, dei processi e degli esiti derivanti dall'erogazione del servizio;

A - Act. Azione per migliorare o standardizzare aspetti legati a struttura, processo o esito: l'organizzazione deve analizzare e valutare i risultati del monitoraggio, effettuare un'analisi delle priorità e definire e mettere in campo iniziative per migliorare la qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

Criterio 1

ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

Requisito 1.1: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	1.1.1	(P) 1.1.1. Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di	
	1.1.2	(P) 1.1.2. Presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto	
	1.1.3	(P) 1.1.3 Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali	
DO		(D) 1.1.4 Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	
CHECK		(C) 1.1.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base Belle analisi effettuate, la Direzione:</i>	
		(A) 1.1.6. individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 1.1.7. implementa le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 1.1.8. monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato- Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN		<p>(P) 1.2.1 L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di pianificazione per lo sviluppo delle seguenti reti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.) b) reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale c) reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" d) programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali 	
DO	1.2.1	(D) 1.2.2. Realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	
	1.2.2	(D) 1.2.3. Realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio sanitarie	
	1.2.3	(D) 1.2.4. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	
	1.2.4	(D) 1.2.5. Partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali	
	DM 70 6.4 - 10	(D) 1.2.6 Utilizzo degli strumenti ICT disponibili (consulenze on line, teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità) (DM 70 - 6.4. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali; 10. Continuità ospedale-territorio) finalizzati a consentire l'integrazione socio sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità	
CHECK		(C) 1.2.7. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste nei documenti di pianificazione delle Reti	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>	
		(A) 1.2.8. individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 1.2.9. implementa le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 1.2.10. monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	1.3.1	<p>(P) 1.3.1. Presenza nella struttura sanitaria di documenti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. descrivono i processi; b. individuano le relative responsabilità clinico-organizzative; c. indicano i criteri per la valutazione dei dirigenti; d. definiscono le modalità di eventuale e/o periodica rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità; e. rendono nota all'intera organizzazione la struttura di governo. 	
DO		(D) 1.3.2. Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	
CHECK	1.3.2	(C) 1.3.3. Presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 1.3.4. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 1.3.5. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 1.3.6. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 1.4: Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	DM 70 5.3	<p>(P) 1.4.1. La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, che dovrebbero:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. consentire la tracciatura dei dati sanitarie <i>la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>; b. supportare le attività di pianificazione e controllo; c. consentire di onorare il debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); d. garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati; e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa; f. informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie 	
	1.4.4	(P) 1.4.2. 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	
DO	1.4.1 DM 70 5.3	(D) 1.4.3. Presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi <i>integrati</i> (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	
	1.4.2	(D) 1.4.4. Presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa	
	1.4.3	(D) 1.4.5. Presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie	
CHECK	1.4.4	(C) 1.4.6. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di tutte le azioni previste in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto di attività di 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	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 1.4.7. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 1.4.8. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 1.4.9. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1).	

Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	1.5.1 DM 70 5.3	<i>(P) 1.5.1. Presenza di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione degli esiti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include:</i> a. la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo; b. relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinica, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita (DM 70 Allegato 1 - 5.3. standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	1.5.2	<i>(P) 1.5.2. Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi</i>	
	DM 70 5.3	<i>(P) 1.5.3. Definizione 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) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)</i>	
		<i>(P) 1.5.4 Definizione delle modalità di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione</i>	
DO	1.5.1 1.5.3 1.5.6	<i>(D) 1.5.5. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a :</i> a. Messa in atto del programma relativo alla valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative; b. Impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, partecipazione a verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review; c. Partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione.	
CHECK	1.5.4	<i>(C) 1.5.6. Esistenza di documentazione delle attività di valutazione di quanto pianificato e messo in atto</i>	
	1.5.5	<i>(C) 1.5.7. Esistenza di 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)</i>	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A) 1.5.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello standard (di prodotto/percorso organizzativo) fissato in fase di pianificazione;</i>	
	1.5.7	<i>(A) 1.5.9. utilizzano i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance</i>	
		<i>(A) 1.5.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1).</i>	

Requisito 1.6: Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni	EVIDENZE	
PLAN		<i>L'organizzazione ha definito:</i>	
	1.6.1	<i>(P) 1.6.1. Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento</i>	
	1.6.4	<i>(P) 1.6.2. Procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini</i>	
		<i>(P) 1.6.3. Modalità 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)</i>	
DO	1.6.5	<i>(D) 1.6.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla implementazione delle 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)</i>	
CHECK		<i>(C) 1.6.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione</i>	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti provvedono:</i>	
	1.6.2	<i>(A) 1.6.6. all'utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della quality dei processi sulla base delle criticità riscontrate</i>	
		<i>(A) 1.6.7. all'implementazione delle azioni di miglioramento individuate</i>	
	1.6.3	<i>(A) 1.6.8. al monitoraggio delle azioni di miglioramento</i>	

Criterio 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

Requisito 2.1: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN		(P) 2.1.1 L'organizzazione ha definito la Carta dei servizi e le modalità	
DO	2.1.1	(D) 2.1.2 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.	
CHECK	2.1.2	(C) 2.1.3. Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione:</i>	
		(A) 2.1.4. individua, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 2.1.5. implementa le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 2.1.6. monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	2.2.1	(P) 2.2.1. Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti	
	2.2.2	(P) 2.2.2. Presenza 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 particolare riguardo a: a. valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici, b. lo stato nutrizionale e funzionale, c. la valutazione del dolore, d le modalità e gli strumenti per la promozione della salute.	
	2.2.3	(P) 2.2.3. Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti	
		(P) 2.2.4. Definizione delle modalità di tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione	
		(P) 2.2.5. Definizione delle modalità di gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	
DO	2.2.4 2.2.5	(D) 2.2.6. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione b. gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura	
CHECK	2.2.6	(C) 2.2.7. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, ivi compresa la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 2.2.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
	2.2.6	(A) 2.2.9. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 2.2.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 2.3: Continuità assistenziale

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	2.3.2	<i>(P)</i> 2.3.1. Formalizzazione di 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)	
	2.3.1	<i>(P)</i> 2.3.2. Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza	
	2.3.4	<i>(P)</i> 2.3.3. Definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza	
		<i>(P)</i> 2.3.4. Definizione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti ed i processi di dimissione	
		<i>(P)</i> 2.3.5. Definizione 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. La procedura definisce le modalità di diffusione della stessa a tutti gli operatori coinvolti nel percorso del paziente	
	DM 70 10.	<i>(P)</i> 2.3.6. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: a. programmi di dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (DM 70 Allegato 1 - 10. Continuità ospedale-territorio) b. protocolli e procedure per il trasporto sicuro del paziente (DM 70 Allegato 1 - 10. Continuità ospedale-territorio).	
DO		<i>(D)</i> 2.3.7. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	
	2.3.3	a. Adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure	
	2.3.2	b. Messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up)	
	2.3.5	c. Adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	
	2.3.6	d. 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	
CHECK		<i>(C)</i> 2.3.8. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A)</i> 2.3.9. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	
		<i>(A)</i> 2.3.10. implementano le azioni di miglioramento individuate	
	<i>(A)</i> 2.3.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)		

Requisito 2.4: Il monitoraggio e la valutazione

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	DM 70 5.3	(P) 2.4.1 L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione delle <i>performance</i> cliniche (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) in tutte le fasi del percorso assistenziale, dichiarando l'evidenza a supporto di ogni singolo indicatore (cfr. anche 1.5.1 e (D) 1.5.1)	
		(P) 2.4.2 L'organizzazione ha pianificato le modalità e la periodicità per l'esecuzione degli <i>audit clinici</i>	
	2.4.6	(P) 2.4.3. Esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	
DO	2.4.2	(D) 2.4.4. Valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite <i>audit clinici</i> con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	
	2.4.1	(D) 2.4.5. Valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida	
	2.4.3 DM 70 5.3	(D) 2.4.6. Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari e/o di valutazioni della qualità percepita dei percorsi da parte delle organizzazioni di cittadini, dei pazienti e dei familiari (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	2.4.4	(D) 2.4.7. Evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura	
	2.4.6	(D) 2.4.8 Messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia	
CHECK		(C) 2.4.9. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	
	2.4.5	(C) 2.4.10. Presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso	
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:	
	2.4.7	(A) 2.4.11. identificano gli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate	
		(A) 2.4.12. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 2.4.13. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 2.5: La modalità di gestione della documentazione sanitaria

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni	EVIDENZE	
PLAN	2.5.1	(P) 2.5.1. Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitaria, che definisce:	
		a. i requisiti e le modalità di:	
		- redazione	
		- aggiornamento	
		- conservazione	
		- verifica della documentazione sanitaria e modalità di controllo	
	2.5.6	b. i tempi di accesso alla documentazione sanitaria	
2.5.3	c. una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia		
2.5.4	d. 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		
2.5.2	(P) 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	
	(P) 2.5.3. Definizione di modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale		
DO	2.5.1 2.5.3 2.5.4	(D) 2.5.4. Vi è evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. Messa in atto del protocollo che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; b. Messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; c. 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.	
CHECK	2.5.5	(C) 2.5.5. Evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria	
ACT		Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti provvedono:	
		(A) 2.5.6. all'individuazione, in seguito a valutazione delle priorità, di specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	
	2.5.5	(A) 2.5.7. all'implementazione di azioni correttive se necessario	
		(A) 2.5.8. al monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese (vedi anche requisito 7.1)	

Criterio 3

ASPETTI STRUTTURALI

Requisito 3.1: L' idoneità all' uso delle strutture

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	3.1.1	<i>(P)</i> 3.1.1. Evidenza della pianificazione e dell' inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l' idoneità all' uso, la sicurezza e l' efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all' organizzazione	
	3.1.2	<i>(P)</i> 3.1.2. Presenza e formalizzazione di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	
	3.1.3	<i>(P)</i> 3.1.3. Presenza e formalizzazione di un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi	
		<i>(P)</i> 3.1.4. Presenza di piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell' ambiente di lavoro	
	DM 70 6 6.3	<i>(P)</i> 3.1.5. Predisposizione di programmi e azioni per una graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici (<i>DM 70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3</i>)	
DO	3.1.1 3.1.2	<i>(D)</i> 3.1.6. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. Potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l' idoneità all' uso, la sicurezza e l' efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all' organizzazione; b. Messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture	
	3.1.5	<i>(D)</i> 3.1.7. Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell' ambiente di lavoro	
CHECK	3.1.3	<i>(C)</i> 3.1.8. Messa in atto di un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
	3.1.4	<i>(A)</i> 3.1.9. definiscono piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e	
		<i>(A)</i> 3.1.10. utilizzano i dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale	
		<i>(A)</i> 3.1.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	3.2.3 DM 70 6.3	<i>(P)</i> 3.2.1. L'organizzazione ha formalizzato un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali (DM 70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3) che include: a. le modalità di comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi;	
	3.2.1	b. un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;	
	3.2.2	c. un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la	
	3.2.5	d. programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	
DO	3.2.3	<i>(D)</i> 3.2.2. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto del piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi	
	3.2.4	<i>(D)</i> 3.2.3. Presenza di documentazioni delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione	
	3.2.5	<i>(D)</i> 3.2.4. Verifica periodica delle conoscenze da parte del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	
CHECK		<i>(C)</i> 3.2.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A)</i> 3.2.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	
		<i>(A)</i> 3.2.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		<i>(A)</i> 3.2.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Criterio 4 COMPETENZE DEL PERSONALE

Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	4.1.2	(P) 4.1.1. Esistenza di un Piano di Formazione che prevede:	
	4.1.1	a. individuazione di un responsabile per la formazione;	
	4.1.2 DM 70 5.3	b. definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione e la valutazione sistematica dei fabbisogni formativi (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), la programmazione delle attività formative	
		c. l'impostazione per ciascun operatore di un dossier formativo che contenga una valutazione delle credenziali, un resoconto aggiornato delle attività formative sostenute e un programma di mantenimento delle competenze	
	4.1.4	d. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;	
	DM 70 5.3	e. formazione su tematiche che riguardano innovazioni tecnologiche ed organizzative e l'inserimento di nuovo personale (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale (patto per la salute 2014-2016 - Indicazioni OMS)	
		f. modalità di condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	
	4.1.6	g. verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider	
DO	4.1.5	(D) 4.1.3. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione , con particolare riferimento alla condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura	
CHECK	4.1.3 DM 70 5.3	(C) 4.1.4. Valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della soddisfazione da parte del personale	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 4.1.5. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
	4.1.3	(A) 4.1.6. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 4.1.7. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 4.2: Inserimento e addestramento di nuovo personale

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN		(P) 4.2.1. Pianificazione e programmazione per il nuovo personale (neo assunto/trasferito), compreso quello volontario, di attività di: a. accoglienza; b. affiancamento/addestramento	
	4.2.2	c. valutazione dell'idoneità al ruolo	
	4.2.3	d. formazione sul rischio clinico ed occupazionale entro il 1° anno	
DO	4.2.1 4.2.2 4.2.3	(D) 4.2.2. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario b. messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti c. messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno	
CHECK	4.2.4	(C) 4.2.3. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 4.2.4. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;	
	4.2.4	(A) 4.2.5. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 4.2.6. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Criterio 5 COMUNICAZIONE

Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	5.1.1	<i>(P)</i> 5.1.1. Definizione e formalizzazione 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	
	5.1.2	<i>(P)</i> 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	
	5.1.3	<i>(P)</i> 5.1.3. Presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	
DO	5.1.1 5.1.3	<i>(D)</i> 5.1.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. 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; b. messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento	
CHECK	5.1.4	<i>(C)</i> 5.1.5. Valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A)</i> 5.1.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento dello di quanto definito in fase di pianificazione	
	5.1.4	<i>(A)</i> 5.1.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		<i>(A)</i> 5.1.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

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

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	5.2.3	<i>(P) 5.2.1. Identificazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità</i>	
		<i>(P) 5.2.2. Identificazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale</i>	
		<i>(P) 5.2.3. E' programmato lo svolgimento di indagini sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale (almeno triennale)</i>	
DO	5.2.1	<i>(D) 5.2.4. Effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale</i>	
	5.2.2	<i>(D) 5.2.5. Implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale</i>	
	5.2.3	<i>(D) 5.2.6. Implementazione/facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità</i>	
CHECK		<i>(C) 5.2.7 L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione</i>	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A) 5.2.8. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione</i>	
		<i>(A) 5.2.9. implementano le azioni di miglioramento individuate</i>	
		<i>(A) 5.2.10. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)</i>	

Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver			
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	5.3.3	(P) 5.3.1. La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver per la definizione dei contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	
	5.3.4	(P) 5.3.2. La Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti	
	5.3.5	a. sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	
	5.3.6	b. sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche	
DO	5.3.1	(D) 5.3.3. 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	
	5.3.2	(D) 5.3.4. Predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini	
	5.3.4 5.3.5	(D) 5.3.5. Evidenza della messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. attuazione di modalità strutturate per la appropriata comunicazione con parenti e caregiver b. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti c. Informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	
CHECK		(C) 5.3.6. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 5.3.7. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 5.3.8. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 5.3.9. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 5.4: Coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	5.4.1	(P) 5.4.1. Presenza e formalizzazione 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	
	5.4.2	(P) 5.4.2. Presenza e formalizzazione di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato ed un elenco di prestazioni, trattamenti e procedure invasive e ad alto rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesi e interventi chirurgici maggiori, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.)	
		(P) 5.4.3. Presenza di programmi di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, caregiver e personale	
DO	5.4.1 5.4.2 5.4.3	(D) 5.4.4. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. 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 b. messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e l'acquisizione del consenso informato c. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento	
CHECK	5.4.4	(C) 5.4.5. Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 5.4.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
	5.4.4	(A) 5.4.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 5.4.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 5.5: Modalità di ascolto dei pazienti			
Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	5.5.1	(P) 5.5.1. Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la presentazione e gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti	
	5.5.2	(P) 5.5.2. Presenza e formalizzazione di modalità e strumenti per: a. l'ascolto attivo dei pazienti	
	5.5.3	b. la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)	
		(P) 5.5.3. L'organizzazione ha definito piani di formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti	
DO	5.5.1 5.5.2 5.5.3 5.5.6	(D) 5.5.4. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento a: a. Messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti b. Messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti c. Messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction) d. Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturata di gestione dei conflitti	
CHECK		(C) 5.5.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione delle procedure stabilite in fase di pianificazione, (con particolare riguardo ai tempi di risposta ai reclami in confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi e all'efficacia delle modalità di ascolto dei pazienti)	
	5.5.5	(C) 5.5.6. L'organizzazione condivide i dati derivanti dalle analisi dei reclami e della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti, in particolare si impegna nella: a. Diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale; b. Pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami; c. Discussione, con le organizzazioni per i diritti dei pazienti, dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dalle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti.	
ACT		La Direzione e i singoli dirigenti:	
	5.5.4	(A) 5.5.7. Utilizzano i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi, ed individuano, sulla base delle criticità riscontrate, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 5.5.8. Implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 5.5.9. Monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Critério 6
APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	6.1.1 DM 70 5.3	<i>(P) 6.1.1. Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello - Medicina basata sulle evidenze)</i>	
		<i>(P) 6.1.2. Le strutture recepiscono e adattano alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale e internazionale per le patologie di cui si fanno carico</i>	
DO	6.1.1	<i>(D) 6.1.3. Messa in atto di tutto quanto stabilito in fase di pianificazione, con particolare riferimento alla messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine</i>	
	6.1.2	<i>(D) 6.1.4. Accessibility al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida</i>	
	6.1.4	<i>(D) 6.1.5. 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</i>	
		<i>(D) 6.1.6 Evidenza della messa in atto di buone pratiche e raccomandazioni di pertinenza</i>	
CHECK		<i>(C) 6.1.7. Verifica del grado di applicazione delle azioni previste dal PDTA e analisi degli scostamenti</i>	
	6.1.3	<i>(C) 6.1.8 Aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili</i>	
	6.1.5	<i>(C) 6.1.9. Valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni</i>	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti si impegnano nelle seguenti azioni:</i>	
		<i>(A) 6.1.10. individuazione, in seguito a valutazione delle priorità, di specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione;</i>	
	6.1.5	<i>(A) 6.1.11. attivazione di programmi di miglioramento se necessario</i>	
		<i>(A) 6.1.12. monitoraggio dei risultati ottenuti in seguito all'implementazione dei programmi di miglioramento (vedi anche requisito 7.1)</i>	

Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	6.2.1 DM 70 5.3.	(P) 6.2.1. Formalizzazione e diffusione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che definisca ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. In particolare sono previsti piani per la messa in sicurezza dei processi relativi a: a. prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, b. procedure invasive, c. uso di sangue ed emoderivati, d. somministrazione dell'anestesia e della sedazione, e. corretta identificazione del paziente (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e del sito chirurgico f. gestione dei risultati critici di laboratorio g. somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	DM 70 5.3	(P) 6.2.2 Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	DM 70 5.3	(P) 6.2.3 Definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	DM 70 5.3	(P) 6.2.4 Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	DM 70 5.3	(P) 6.2.5 Formalizzazione e diffusione di protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
DD		(D) 6.2.6. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione	
CHECK		(C) 6.2.7. L'organizzazione monitora e verifica annualmente l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, l'adeguatezza e l'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate, del piano aziendale per la gestione del rischio, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati	
		(C) 6.2.8. Evidenza della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree di rischio dell'organizzazione, incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 6.2.9. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 6.2.10. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 6.2.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	6.3.6 DM 70 5.3	(P) 6.3.1. Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello), la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi	
	6.3.7	(P) 6.3.2. Presenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi	
DO	6.3.2	(D) 6.3.3. Partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale	
	6.3.1 DM 70 5.3	(D) 6.3.4. Presenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella (DM 70, Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	6.3.3	(D) 6.3.5. Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (RCA, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround)	
	6.3.5 DM 70 5.3	(D) 6.3.6. Applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza (ad. es.: Check-list operatoria e scheda unica di terapia) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
	6.3.8 DM 70 5.3	(D) 6.3.7. Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect Analysis per anno) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
		(D) 6.3.8. Attuazione di interventi di formazione del personale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi	
CHECK	6.3.4	(C) 6.3.9. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste in fase di pianificazione, attraverso piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio	
	6.3.5	(C) 6.3.10. Evidenza del monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza	
		(C) 6.3.11. L'organizzazione condivide almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 6.3.12. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 6.3.13. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 6.3.14. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	6.4.1	(P) 6.4.1. Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività	
	6.4.3	(P) 6.4.2. Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali	
	6.4.4	(P) 6.4.3. Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	
DO		(D) 6.4.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	
	6.4.2	a. Produzione e diffusione di buone pratiche	
	6.4.4	b. Messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico	
CHECK		(C) 6.4.5. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti :</i>	
		(A) 6.4.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 6.4.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 6.4.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Criterio 7

PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

Requisito 7.1: Progetti di miglioramento

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	7.1.1	<i>(P)</i> 7.1.1. Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità , integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica, che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare)	
DO		<i>(D)</i> 7.1.2. Evidenza della messa in atto di quanto previsto in fase di pianificazione	
CHECK		<i>(C)</i> 7.1.3. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia delle azioni previste dal programma aziendale per il miglioramento della qualità	
		<i>(C)</i> 7.1.4. L'organizzazione condivide i dati derivanti dal monitoraggio degli indicatori di qualità, comunicandoli al personale e ai cittadini e mettendoli a disposizione degli utenti	
ACT		<i>Sulla base del programma aziendale e delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A)</i> 7.1.5. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		<i>(A)</i> 7.1.6. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		<i>(A)</i> 7.1.7. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	

Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	7.2.1	(P) 7.2.1. Presenza e formalizzazione di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	
DO	7.2.1	(D) 7.2.3. Evidenza della messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione	
	DM 70 - 5.3.	(D) 7.2.3. L'organizzazione partecipa alla realizzazione di reti di HTA facenti capo alla rete nazionale HTA (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)	
CHECK		(C) 7.2.4. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 7.2.5. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 7.2.6. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 7.2.7. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	7.3.1	<i>(P)</i> 7.3.1. Presenza e formalizzazione di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	
		<i>(P)</i> 7.3.2. E' previsto il coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	
		<i>(P)</i> 7.3.3. Sono definite le modalità di sviluppo di integrazione assistenza-didattica-ricerca	
DO		<i>(D)</i> 7.3.4. Evidenza della messa in atto di tutto quanto previsto in fase di pianificazione, con particolare riferimento a:	
	7.3.1	a. Messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative	
	7.3.2	b. Evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative	
	7.3.4	c. Sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.	
CHECK	7.3.3	<i>(C)</i> 7.3.5. Monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		<i>(A)</i> 7.3.6. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		<i>(A)</i> 7.3.7. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		<i>(A)</i> 7.3.8. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	

Criterio 8 UMANIZZAZIONE

Requisito 8.1: Programmi per l'umanizzazione delle cure

Fase Ciclo PDCA	Riferimento Intesa Stato-Regioni e DM 70	EVIDENZE	
PLAN	8.1.1	<p><i>(P) 8.1.1. Pianificazione delle attività assistenziali-organizzative in un'ottica di 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</i></p> <p><i>(es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale, pazienti in coma, pazienti con patologie infettive ed immunodepressi, pazienti in chemioterapia, pazienti fragili e a rischio suicidio, dialisi; contenzione, percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)</i></p>	
	8.1.2	<p><i>(P) 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></p>	
		<p><i>(P) 8.1.3. Definizione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e di modalità di partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione</i></p>	
	8.1.4	<p><i>(P) 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</i></p>	
		<p><i>(P) 8.1.5. La Direzione ha definito e formalizzato specifici requisiti riguardanti il comfort delle aree di degenza, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori</i></p>	
		<p><i>(P) 8.1.6. 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</i></p>	

DO		(D) 8.1.7. Evidenza della messa in atto di quanto pianificato, con particolare riferimento a:	
	8.1.1	a. Messa in atto di attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)	
	8.1.3	b. Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione	
CHECK		(C) 8.1.8 L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione e l'efficacia di quanto stabilito in fase di pianificazione	
ACT		<i>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione e i singoli dirigenti:</i>	
		(A) 8.1.9. individuano, in seguito a valutazione delle priorità, specifiche azioni per favorire il raggiungimento di quanto definito in fase di pianificazione	
		(A) 8.1.10. implementano le azioni di miglioramento individuate	
		(A) 8.1.11. monitorano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi anche requisito 7.1)	