

## Allegato

### Requisiti Generali di Accreditemento

Requisiti RER	Elementi di valutazione
<b>1° Criterio Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</b>	
1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.	1.1.1 La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione di quanto programmato.
	1.1.2 La documentazione relativa alla pianificazione è diffusa ai diversi livelli organizzativi.
	1.1.3 Gli obiettivi sono declinati in relazione alle responsabilità e ai temi.
	1.1.4 La pianificazione è coerente con la Mission e Vision della struttura.
1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.	1.2.1 Per le reti clinico-assistenziali sono definiti le finalità, i nodi che le compongono e i rispettivi ruoli, i livelli di responsabilità, le modalità di coordinamento e di funzionamento nel rispetto delle direttive regionali.
	1.2.2 Sono esplicitati i criteri di valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali.
1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi)	1.3.1 Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità
	1.3.2 È formalizzato un sistema di valutazione periodica delle performance relativo alle responsabilità assegnate e al sistema delle deleghe.
	1.3.3 È adottato un codice di comportamento e/o etico
1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).	1.4.1 I sistemi informativi garantiscono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sicurezza nell'accesso, integrità e tracciatura dei dati sanitari</li> <li>- supporto alle attività di pianificazione e controllo, gestione e miglioramento delle attività e dei servizi,</li> <li>- diritti dei cittadini ad una informazione trasparente, in particolare: liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie</li> <li>- continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.</li> </ul>
	1.4.2 È presente attività di valutazione della qualità dei dati contenuti nei flussi provenienti da fonti esterne
	1.4.3 È presente attività di valutazione della qualità delle informazioni in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dei dati provenienti da fonti interne

Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.</p>	1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino
	1.5.2 Sono definite le responsabilità per la valutazione
	1.5.3 Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne)
	1.5.4 È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione
	1.5.5 Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica
	1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).
<b>2° Criterio Prestazioni e Servizi</b>	
<p>2.1 La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on-line).</p>	2.1.1 Le prestazioni e i servizi sono comunicati mediante strumenti informativi (carta dei servizi ed altri strumenti).
	2.1.2 Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.
	2.1.3 Le prestazioni ed i servizi dichiarati sono coerenti con quanto erogato/autorizzato.
	2.1.4 La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.
<p>2.2 La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali</p>	2.2.1. I percorsi definiti e le relative modalità di presa in carico prevedono la valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona.
	2.2.2 Sono definiti i criteri per l'eleggibilità dei pazienti
	2.2.3 Sono esplicitate le responsabilità per la presa in carico, la cura e la continuità dell'assistenza.
<p>2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza</p>	2.3.1. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per il passaggio in cura nei diversi setting assistenziali
	2.3.2. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per dimissioni protette
	2.3.3. Sono definite modalità per garantire i collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e socio sanitarie coinvolte nell'assistenza
	2.3.4. Sono definite modalità per effettuare il trasporto sicuro del paziente (intra – inter – extraospedaliero)
	2.3.5. Sono presenti documenti che definiscano

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	<p>l'appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche</p> <p>2.3.6. Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all'interno della documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite.</p>
<p>2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.</p>	<p>2.4.1. È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante Indicatori e Audit</p> <p>2.4.2. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate</p> <p>2.4.3. È garantito il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit, di altri metodi di valutazione e di percorsi di miglioramento a tutti gli operatori coinvolti</p> <p>2.4.4. Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all'organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.</p>
<p>2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.</p>	<p>2.5.1. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione</p> <p>2.5.2. Sono definite le modalità di aggiornamento, compilazione e tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti) della documentazione sanitaria, anche nei trasferimenti di setting assistenziali, ai fini della sicurezza dei pazienti, in linea con il livello di informatizzazione posseduto</p> <p>2.5.3. Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti</p> <p>2.5.4. Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni</p> <p>2.5.5. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici</p> <p>2.5.6. Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria</p> <p>2.5.7. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.</p>
<p><b>3° Criterio Aspetti Strutturali</b></p>	

Requisiti RER	Elementi di valutazione
3.1 La direzione garantisce l' idoneità all'uso delle strutture.	3.1.1 È documentata la pianificazione degli interventi necessari a garantire l' idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura.
	3.1.2 È formalizzato e messo in atto un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca anche dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.
	3.1.3 È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.
3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.	3.2.1. È presente l' inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l' identificazione delle stesse
	3.2.2. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione
	3.2.3. Il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi
	3.2.4. È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione
	3.2.5. Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
	3.2.6. I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell' utilizzo, nella manutenzione e dismissione.
<b>4° Criterio Competenze del Personale</b>	
4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.	4.1.1. Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.
	4.1.2. Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze
	4.1.3. Il sistema tiene conto dei bisogni formativi
	4.1.4. Il sistema tiene conto dei bisogni dell'organizzazione che comprendono anche i temi del rischio clinico e della sicurezza.
4.2 L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale	4.2.1 Le modalità di inserimento sono comprensive della fase di valutazione per tutto il personale neo-assunto e neo-inserito.
	4.2.2 I percorsi di inserimento e addestramento sono sottoposti periodicamente a valutazione ai fini del loro aggiornamento e miglioramento.
<b>5° Criterio Comunicazione</b>	
5.1 L'organizzazione dispone di un	5.1.1 Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e

Requisiti RER	Elementi di valutazione
sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.	la condivisione, ai fini del perseguimento delle strategie e degli obiettivi aziendali.
5.2 L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.	5.2.1. è disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle attività di valutazione
	5.2.2. I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto
	5.2.3. Sono pianificate le azioni conseguenti.
5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	5.3.1. Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione
	5.3.2. Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.
5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.	5.4.1. È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.
5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale</li> <li>- migliorare i percorsi assistenziali</li> <li>- migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente</li> <li>- prevenire i disservizi.</li> </ul>	5.5.1. Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).
	5.5.2. Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).
	5.5.3. È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi ...
	5.5.4. Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.
	5.5.5. Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il riaccadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.
	5.5.6. Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.
<b>6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza</b>	
6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	6.1.1. I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
	6.1.2. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
	6.1.3. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
	6.1.4. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	<p>pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.</p> <p>6.1.5. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.</p> <p>6.1.6. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive.</p>
<p>6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.</p>	<p>6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.</p> <p>6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.</p> <p>6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.</p> <p>6.2.4. Il Piano programma include le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>
<p>6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.</p>	<p>6.3.1. è presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo delle modalità di restituzione a professionisti e stakeholder.</p> <p>6.3.2. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.</p> <p>6.3.3. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.</p> <p>6.3.4. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.</p> <p>6.3.5. Sono adottati strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).</p> <p>6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.</p> <p>6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.</p>
<b>7° Criterio Processi di miglioramento ed innovazione</b>	
<p>7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.</p>	<p>7.1.1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.</p> <p>7.1.2. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).</p> <p>7.1.3. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.</p> <p>7.1.4. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.</p>
<p>7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.</p>	<p>7.2.1 L'introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali.</p>
<p>7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la</p>	<p>7.3.1. È coinvolto il personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.</p>

Requisiti RER	Elementi di valutazione
valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	7.3.2. È monitorata l'efficacia del percorso di innovazione attraverso una valutazione periodica.
7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.	7.3.3. Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi).
	7.3.4. È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici.
	7.3.5. È promossa l'adozione di innovazioni che derivano dalla ricerca svolta.
8° Criterio Umanizzazione	
8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.	8.1.1. Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità
	8.1.2. È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali
	8.1.3. Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti
	8.1.4. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.