

Allegato

Requisiti Generali di Accreditamento

Requisiti RER	Elementi di valutazione
1° Criterio Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	
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"> - sicurezza nell'accesso, integrità e tracciatura dei dati sanitari - supporto alle attività di pianificazione e controllo, gestione e miglioramento delle attività e dei servizi, - diritti dei cittadini ad una informazione trasparente, in particolare: liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie - continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.
	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
1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei	1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino

Requisiti RER	Elementi di valutazione
servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.	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.).
2° Criterio Prestazioni e Servizi	
2.1 La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e on-line).	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.
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	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.
2.3 L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza	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 l'appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche
	2.3.6. Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all'interno della

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite.
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.	2.4.1. È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante Indicatori e Audit
	2.4.2. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate
	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
	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.
2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.	2.5.1. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione
	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
	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
	2.5.4. Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni
	2.5.5. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici
	2.5.6. Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria
	2.5.7. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.
3° Criterio Aspetti Strutturali	
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

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	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.
4° Criterio Competenze del Personale	
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.
5° Criterio Comunicazione	
5.1 L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.	5.1.1 Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e 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.

Requisiti RER	Elementi di valutazione
5.3 L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.	<p>5.3.1. Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione</p> <p>5.3.2. Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.</p>
5.4 L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, familiari e caregiver delle scelte clinico – assistenziali e delle attività di promozione della salute.	5.4.1 É prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.
<p>5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, familiari, caregiver) ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale - migliorare i percorsi assistenziali - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente - prevenire i disservizi. 	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 familiari, 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.
6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza	
6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatazza 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 pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	6.1.5. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.
	6.1.6. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive.
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.	6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.
	6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.
	6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.
	6.2.4. Il Piano programma include le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.	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.
	6.3.2. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.
	6.3.3. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.
	6.3.4. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.
	6.3.5. Sono adottati strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).
	6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.
	6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.
7° Criterio Processi di miglioramento ed innovazione	
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.	7.1.1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.
	7.1.2. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).
	7.1.3. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.

Requisiti RER	Elementi di valutazione
	7.1.4. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.
7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.	7.2.1 L'introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali.
7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.	7.3.1. È coinvolto il personale nel processo di adozione delle 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.