

## PARTE A)

# REQUISITI GENERALI, STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI COMUNI A TUTTI I PRESIDI E STRUTTURE

## REQUISITI GENERALI

Ai fini della applicazione dei requisiti generali e specifici e tenuto conto che con il termine di requisito organizzativo si intende l'azione organizzativa, si definisce:

**AZIENDA:** il soggetto giuridico, pubblico e privato che offre attività o prestazioni sanitarie

**PRESIDIO:** Struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA:** Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

**VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ:** Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

1. l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
2. la determinazione delle cause possibili;
3. la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
4. la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
5. la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
6. la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
7. la diffusione dei risultati a tutti gli interessati. Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, etc.).



**LINEE GUIDA:** insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

**REGOLAMENTI INTERNI:** definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

**PROCEDURE:** insieme di azioni professionali finalizzate ed un obiettivo.

STRUTTURALI COMUNI A TUTTI I PRESIDI E STRUTTURE		Tempo di adeguamento	Risposta
1.	protezione antisismica;	3	
2.	protezione antincendio;	2	
3.	protezione acustica;	1	
4.	sicurezza elettrica e continuità elettrica;	3	
5.	sicurezza antinfortunistica;	1	
6.	igiene dei luoghi di lavoro;	0	
7.	protezione dalle radiazioni ionizzanti;	0	
8.	eliminazione delle barriere architettoniche;	3	
9.	smaltimento dei rifiuti;	0	
10.	condizioni microclimatiche;	2	
11.	impianti di distribuzione dei gas;	1	
12.	materiali esplosivi.	0	

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali. Per gli studi professionali e/o ambulatori privati, in possesso di nulla osta sanitario ovvero autorizzati e/o accreditati alla data di pubblicazione del presente Manuale, è sufficiente il solo certificato di agibilità o usabilità della struttura. Tale allegato dovrà essere autocertificato ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e s.m.i.

## REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI.

Il presente documento indica i requisiti relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. - politica, obiettivi ed attività;
2. - diritti dei cittadini
3. - struttura organizzativa;
4. - gestione delle risorse umane;
5. - gestione delle risorse strutturali;
6. - gestione delle risorse tecnologiche;
7. - gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
8. - sistema informativo.

## POLITICA, OBIETTIVI, ATTIVITA'

01 Responsabilità della Direzione	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi (mission).	0	

02 Documentazione della Organizzazione	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento in cui è esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione funzionale, con particolare riferimento a:		
1. la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;	0	
2. le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;	0	
gli obiettivi, che devono soddisfare ai seguenti requisiti:		
1. devono essere articolati nel tempo;	0	
2. devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;	0	
l'organizzazione interna con particolare riferimento a:		

1. l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e di supporto tecnico amministrativo e definite le loro funzioni;	2	
2. i livelli di responsabilità;	0	
3. le modalità di erogazione del servizio;	0	
4. le prestazioni e le attività erogate, <i>specificando quelle eseguite direttamente all'interno del presidio e/o all'interno dell'azienda e quelle eseguite indirettamente;</i>	0	
5. <i>la determinazione della "tariffa" nella erogazione dei servizi.</i>	1	
6. <i>un sistema di controllo di gestione che prevede:</i>		
1. <i>individuazione dei centri di responsabilità;</i>	0	
2. <i>attività di monitoraggio dei costi e dei ricavi dell'azienda;</i>	1	
3. <i>procedure negoziali per la redazione dei budget.</i>	1	



### 03 Documentazione del coordinamento

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento (Piano Strategico Aziendale o equivalente per le Amministrazioni Private) in cui sono esplicitati i rapporti:		
1. <i>fra i responsabili delle attività gestionali;</i>	A	
2. <i>fra presidi di ricovero e presidi ambulatoriali pubblici e privati e all'interno dei presidi fra strutture organizzative e professionali presenti, con i livelli istituzionali;</i>	A	
3. <i>con le associazioni rappresentative dell'utenza.</i>	A	

### 04 Documentazione della Verifica

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' adottato un documento da cui deriva che la «missione» e gli obiettivi sono sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico. <i>In particolare:</i>		
1. <i>la «missione» viene confermata o aggiornata ogni tre anni o qualora sia necessario, per sopravvenute esigenze di programmazione regionale;</i>	A	
2. <i>gli obiettivi di lungo periodo sono verificati ed aggiornati di norma ogni tre anni e, comunque, allorché si renda necessario;</i>	A	
3. <i>gli obiettivi di breve periodo sono verificati annualmente attraverso la redazione di un documento, da cui si rileva che la valutazione del raggiungimento degli obiettivi viene effettuata periodicamente con l'analisi valutativa degli scostamenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, le cause, i motivi di tali scostamenti e le eventuali misure correttive adottate. Gli obiettivi di breve periodo devono essere coerenti con le direttrici di programmazione regionale emanate annualmente.</i>	A	

05 Piano di lavoro della Direzione	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce annualmente, tenuto conto del diverso grado di complessità delle prestazioni erogate, il piano di lavoro che comprende:		
1. la tipologia ed il volume di attività previste, generale e specifico per singolo presidio;	A	
2. il piano organizzativo, generale e specifico per singolo presidio;	A	
3. i programmi da attuare con relative priorità;	A	
4. le direttive per l'azione amministrativa e gestionale;	A	
5. il bilancio preventivo.	A	



## DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

01 Finalità	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce politiche e strategie volte a garantire il rispetto dei diritti dei cittadini, in relazione all'umanizzazione dei servizi, alla personalizzazione delle cure, alla tutela della privacy ed alla produzione delle informazioni necessarie per l'accesso e la fruizione dei LEA, anche al fine di presentare una risultanza positiva rispetto agli indicatori previsti dall'art. 14 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante "Riordino per la disciplina della materia sanitaria, a norma dell'art. 1, l. 23 ottobre 1992, n. 421". Per queste finalità, viene favorita la partecipazione degli utenti e delle associazioni di volontariato e tutela al miglioramento della qualità dei servizi (Carta dei servizi).	1	

02 Accessibilità degli utenti	Tempo di adeguamento	Risposta
Ogni presidio deve essere dotato di idonea indicazione all'esterno o all'interno, tale da favorire l'accessibilità dell'utenza e l'individuazione dei percorsi, in particolare:	1	
la segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione e protetta da manomissioni	2	

03 Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.	Tempo di adeguamento	Risposta

Ogni Azienda Sanitaria dispone di un Centro Unico di Prenotazione collegato con tutti i servizi territoriali ed ospedalieri che forniscono prestazioni diagnostiche e specialistiche ed ogni erogatore deve essere collegato con il CUP dell'Azienda di riferimento. L'Azienda definisce modalità per dare informazioni agli utenti e dichiara i propri impegni nei loro confronti (le strutture di Ricovero private attualmente non sono collegate a nessun CUP e non possono autonomamente decidere di collegarsi):	B	
1. <i>deve essere individuato un Ufficio o un Responsabile (in relazione alla complessità della struttura) addetto ai rapporti con il pubblico (informazioni e accettazione reclami, segnalazioni e suggerimenti);</i>	A	
2. <i>è predisposta, aggiornata periodicamente e pubblicizzata la Carta dei Servizi e, nelle strutture aziendali con particolare complessità organizzativa, vengono predisposte Guide all'uso di specifici servizi;</i>	A	
3. <i>la Carta dei Servizi è redatta con l'apporto dei responsabili dei servizi</i>	B	
per ogni presidio devono essere garantite informazioni relativamente a:		
1. <i>prestazioni erogabili con indicazione della spesa a carico dell'utente e delle modalità di pagamento;</i>	A	
2. <i>organizzazione interna ed operatori responsabili delle prestazioni; orari delle attività ambulatoriali, modalità di prenotazione e tempi di attesa;</i>	A	
3. <i>modalità per l'inserimento nelle liste d'attesa per il ricovero;</i>	A	
4. <i>procedure relative all'accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti, ecc.);</i>	A	
5. <i>modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano anche ai fini della acquisizione del necessario consenso in ordine ai trattamenti sanitari;</i>	A	
6. <i>modalità di consegna dei referti anche ai fini della tutela dei dati personali;</i>	A	
7. <i>modalità per la presentazione di eventuali reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti.</i>	A	
8. <i>è garantita la tutela dei cittadini definendo le modalità di presentazione e gestione dei reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti e delle associazioni rappresentative di tutela e volontaria;</i>	A	
10. <i>i reclami devono essere accolti e trattati dalla struttura aziendale a cui sono rivolti e, nel caso di aziende private, e vengono trasmessi all'Azienda USL di riferimento con cui sono stati instaurati i rapporti;</i>	B	
11. <i>vengono effettuate indagini sulla soddisfazione degli utenti;</i>	B	
12. <i>vengono favoriti progetti di umanizzazione dell'assistenza, in particolare nei confronti delle categorie più deboli di utenti, anche attraverso convenzioni ed intese con associazioni di volontariato ed enti senza finalità di lucro.</i>	B	
Le Aziende definiscono procedure per la effettiva distribuzione del materiale informativo sul presidio e sui regolamenti che interessano gli utenti.		
Nelle strutture che erogano prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, devono essere definite:		
1. <i>Procedure per l'acquisizione di notizie cliniche da parte dei familiari del degente;</i>	B	
2. <i>Procedure per l'acquisizione del consenso informato;</i>	A	

3. <i>Procedure per la consegna o invio della documentazione sanitaria (cartellino di dimissioni, lettera per il curante, referto, risultato, ecc.), anche ai fini della tutela dei dati personali;</i>	A	
4. <i>Protocolli di dimissioni protette, garantite dal Distretto di appartenenza che prevedano il coinvolgimento del territorio.</i>	B	

04 Programma di attuazione della Carta dei Servizi	Tempo di adeguamento	Risposta
Esiste un programma di attuazione della Carta dei Servizi.	B	
E' predisposta, almeno con valenza annuale da parte dell'Azienda, una relazione di autovalutazione che espliciti i risultati conseguiti in rapporto agli impegni ed agli standard stabiliti e i livelli di soddisfazione degli utenti.	A	
Nelle Aziende Sanitarie viene convocata annualmente una Conferenza dei Servizi, per presentare i risultati delle attività rivolte alla tutela dei diritti. Tale requisiti non riguarda le strutture di ricovero private che non hanno titolarità a partecipare alla Conferenze di Servizi	B	
Viene distribuito un questionario per la raccolta del grado di soddisfazione dell'utente	A	
La qualità percepita dagli utenti (art. 14 del D.lgs. n. 502 del 1992, cit.) è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno	B	
Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione derivate dall'analisi dei risultati	B	
E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi	B	



## STRUTTURA ORGANIZZATIVA

01 Definizione della struttura organizzativa	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche, <i>generali e per singolo presidio, articolate per:</i>	O*	
1. attività ambulatoriali;		
2. attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e postacuti).		

02 Accreditemento delle metodiche	Tempo di adeguamento	Risposta
Le strutture sia ambulatoriali che di ricovero devono seguire metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni scientifiche.	B	

03 Accesso	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce le procedure per l'accesso alle prestazioni.		

In particolare, la Direzione definisce le procedure relative a:		
1. <i>prenotazione ed erogazione delle prestazioni, in relazione ai criteri di priorità e tempi massimi d'attesa definiti, con indicazione della responsabilità della gestione delle agende e dei Registri di prenotazione delle prestazioni;</i>	A*	
2. <i>modalità di misura dei tempi di attesa;</i>	B*	
3. <i>modalità di pagamento.</i>	A*	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>04 Continuità</b>		
La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze, 24 ore su 24 per i presidi che operano in regime di ricovero a ciclo continuativo, nelle ore di apertura per quelli che erogano prestazioni a ciclo diurno o ambulatoriali, o di eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).	O*	
In particolare, la Direzione aziendale deve specificare le procedure di gestione delle emergenze e deve provvedere alla loro diffusione nei confronti del personale degli ambulatori, delle medicherie, dei reparti di degenza, del pronto soccorso. Nei presidi che operano in regime programmato, sia di ricovero che ambulatoriale, si devono adottare specifici rapporti con altri presidi che operano all'interno del sistema di emergenza urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche.	A*	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>05 Procedure amministrative.</b>		
La Direzione definisce le procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa, e le procedure di integrazione tra i servizi tecnico-amministrativi ed i servizi sanitari. Tali procedure sono portate a conoscenza degli utenti interni.	A	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>06 Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie.</b>		
<i>La Direzione definisce le procedure relative ai documenti comprovanti l'attività sanitaria con particolare riferimento a:</i>		
1. <i>modalità di compilazione e refertazione della cartella clinica (le modalità di refertazione devono consentire l'identificazione dell'operatore principale e/o del responsabile);</i>	1	
2. <i>modalità di conservazione;</i>	1	
3. <i>modalità di archiviazione.</i>	1	

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>07 Riconoscibilità degli operatori</b>		

Il personale deve essere munito di apposito cartellino di riconoscimento e di altri idonei mezzi, allo scopo di consentire all'utente l'identificazione dell'operatore rispetto alle sue generalità e qualifica.	0	
--	---	--

	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>Il "Controllo di Gestione" (Solo per ASL e AO)</i>		
Nelle Aziende Sanitarie, l'intero circuito della programmazione e del controllo (soluzioni organizzative, contabilità analitica, processo di budgeting e di reporting, analisi degli scostamenti, etc.), può essere formalizzato tramite delibera del direttore generale o più semplicemente con regolamenti organizzativi interni.		
Sono stati definiti la struttura organizzativa del CdG ed il responsabile	A	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su organigramma, funzionigramma o delibere</i>		
È stata individuata la mappa dei Centri di Responsabilità (CdR) con l'individuazione del responsabile e dell'autonomia decisionale attribuitagli	A*	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su linee guida di budget e/o regolamento e/o delibere e/o documenti di lavoro del CdG</i>		
È stato formalizzato ed attivato il sistema di "budgeting"	B	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare l'esistenza di linee guida di budget e/o delibere e/o documenti di lavoro della Direzione Generale</i>		
Sono state definite le modalità di negoziazione degli obiettivi, delle attività e delle risorse	B*	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare le schede di budget sottoscritte</i>		
Esiste una procedura per la formalizzazione del budget per CdR	B*	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		
È stato formalizzato ed attivato il sistema di "reporting"	B*	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		
I report periodici vengono continuamente diffusi e discussi a tutti i livelli di responsabilità	B	
<i>Interpretazione:</i> <i>fino ai CdR di primo livello</i>		
Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG, gli altri organi di staff (Comitato di Budget, Gestione Risorse Umane, Qualità, etc.) e il Nucleo di Valutazione	B	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su documenti interni di lavoro</i>		
Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG e l'Ufficio Bilancio	B	
<i>Interpretazione:</i> <i>da verificare su documenti interni di lavoro</i>		

È stato attivato il Nucleo di Valutazione aziendale	A	
<i>Interpretazione:</i>		
<i>da verificare su delibera</i>		

## GESTIONE RISORSE UMANE

01 Fabbisogno	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati.	0	
Il fabbisogno deve essere rapportato alle norme indicate nel manuale inerente i requisiti organizzativi per ciascuna attività, specificate nelle parti successive del manuale stesso.		
In particolare il fabbisogno di personale deve essere garantito:		
1. in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;	1	
2. per posizione funzionale;	1	
3. per qualifica;	1	
4. in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normativa regionali.	1	

02 Qualificazione (per le case di cura private si fa riferimento alla normativa di cui al D.P.C.M. 27 giugno 1986, recante "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private" in merito ai requisiti del personale)	Tempo di adeguamento	Risposta
E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.	2	
I medici devono essere in possesso della specializzazione o dei requisiti previsti dalla vigente normativa per l'esercizio nella branca specifica (d'ora in poi, questo requisito viene indicato come "specializzazione").	2	
Per l'accesso a ciascuna professione e posizione funzionale del personale sanitario delle aziende private il personale deve risultare in possesso degli stessi requisiti richiesti per l'accesso al rapporto di dipendenza con il S.S.N. Nel caso di Aziende private, inoltre:		
1. <i>deve essere documentato che nell'ambito dei propri presidi non opera personale dipendente del S.S.N., anche per prestazioni riferite a branche di attività erogate al di fuori del rapporto con il S.S.N.;</i>	0	
2. <i>deve essere garantito con pianta organica a regime l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità di cui al punto precedente.</i>	0	

03 Formazione-aggiornamento.	Tempo di adeguamento	Risposta
------------------------------	----------------------	----------

NB: Per le strutture di ricovero private la Direzione aziendale dovrà verificare il conseguimento da parte del personale in servizio dei crediti formativi obbligatori ai sensi della normativa nazionale vigente e garantire al personale nel rispetto del C.C.N.L. il monte orario previsto da destinare alla formazione e all'aggiornamento.	A	
Deve essere individuata una struttura e/o un responsabile (in relazione alla complessità del presidio) per la formazione del personale. Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale.	B	
In particolare, il piano di formazione deve contenere l'analisi dei bisogni, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione.	B	
Deve essere garantita per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali	B	
Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione, attraverso anche la utilizzazione di piani di orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione specifici per ciascuna delle unità di destinazione.	B	
E' redatta una relazione annuale con l'individuazione dei soggetti coinvolti nell'attività di formazione.	A	
Nei presidi ove si svolgono attività didattiche e/o tirocinio deve esistere documentazione circa gli obiettivi didattici, la supervisione degli allievi, i metodi di valutazione e gli eventuali accordi con scuole/università. Il personale in formazione deve essere identificabile.	A	
E' documentabile l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale, attraverso fascicoli individuali comprovanti le competenze acquisite, anche al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse umane.	A	
Di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sede esterne all'azienda deve essere conservata tutta la documentazione per la consultazione/divulgazione.	A	
Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere documentato il preventivo aggiornamento rivolto al personale interessato al loro utilizzo/applicazione.	A	
E' stata formalizzata la funzione di staff alla Direzione Generale e l'individuazione di un responsabile o referente per il coordinamento delle attività di formazione a livello aziendale	B	
<i>Nota:</i>		
<i>la nomina è stata fatta con atto formale</i>		
Il PSA o equivalente contiene l'esplicitazione della strategia aziendale per la formazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali	B	
E' stato prodotto ed è stato concertato con le organizzazioni sindacali un "Piano di Formazione" annuale o triennale	B	
Il "Piano di Formazione" annuale o triennale contiene:	B	
· il consuntivo delle attività di formazione svolte nell'anno precedente		
· l'analisi del fabbisogno formativo		
· l'individuazione degli obiettivi di apprendimento e di risultato		
· l'individuazione delle metodologie coerenti con gli obiettivi enunciati		

· il piano di valutazione di processo e di risultato (ricadute operative) delle azioni formative programmate		
Gli obiettivi del Piano di Formazione sono coerenti con gli obiettivi aziendali	B	
E' stato destinato un budget specifico per realizzare il Piano di Formazione annuale	B	
La formulazione del Piano di Formazione e del relativo budget è avvenuta a seguito della rilevazione dei bisogni formativi e con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali dell'Azienda	B	
Esistono procedure/protocolli operativi sulle attività formative dell'Azienda	B	
<i>Nota: esiste un documento chiaro e sintetico che fornisce indicazioni utili e coerenti con la politica aziendale ed i CC.NN.LL. per l'attivazione di percorsi formativi individuali o collettivi, realizzati dall'Azienda o commissariati all'esterno</i>		
Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche	B	
E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione	B	
Il documento sull'utilizzo finalizzato delle risorse destinate alla formazione contiene:	B	
· l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale)		
· il n° di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali		
Esiste una biblioteca aziendale centralizzata con punti di consultazione in ogni presidio	B	
Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno	B	
<i>Nota:</i>		
<i>vengono utilizzati anche indicatori quali: il turnover del personale, il tasso di assenze, il tasso di partecipazione alle riunioni interne, il numero di reclami per comportamenti scorretti degli operatori e i dati sulla conflittualità interna</i>		
Vengono utilizzati strumenti standardizzati per valutare almeno le seguenti dimensioni:	B	
· la diffusione della conoscenza degli orientamenti strategici e degli obiettivi dell'Azienda		
· il livello di integrazione delle diverse unità organizzative dell'Azienda		
· il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con i propri referenti gerarchici e con il sistema di gestione-controllo-verifica		
· il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con il proprio lavoro		
· il rischio di Burn-out		
<i>Nota:</i>		
<i>tali valutazioni vengono effettuate almeno ogni due anni</i>		
I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale vengono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione	B	
I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono utilizzati per politiche conseguenti relative alla gestione del personale	B	
<i>Nota:</i>		
<i>esiste evidenza di ciò in atti ufficiali</i>		
Sono disponibili, per agevolare il reinserimento al lavoro dopo il periodo della	B	



gravidanza delle lavoratrici madri, servizi di accoglienza per il nuovo nato		
<i>Nota:</i>		
<i>requisito valido per le strutture con un numero di dipendenti maggiore di 1000</i>		

## GESTIONE RISORSE STRUTTURALI

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>01 Piano per la manutenzione delle opere civili e impiantistiche</b>		
Deve esistere un piano per la manutenzione programmata e correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche. Tale piano della manutenzione deve riguardare sia gli adeguamenti di tipo funzionale, sia le previdenze di sicurezza. Tale piano deve definire gli obiettivi, le modalità operative, le risorse necessarie e destinate, nonché i tempi di adeguamento.	<b>1</b>	
E' individuato un responsabile per gli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti.	<b>1</b>	
Il piano di manutenzione, redatto in conformità a quanto previsto dall'art. 40 del D.P.R. 21 dicembre 1999, n. 554 recante " <i>Regolamento di attuazione della L. 11 febbraio 1994, n. 109 legge quadro in materia di lavori pubblici, e successive modificazioni</i> ", deve, comunque, individuare per ogni intervento programmato:		
1. <i>il tipo di intervento;</i>	<b>1</b>	
2. <i>le professionalità da impiegare;</i>	<b>1</b>	
3. <i>le risorse necessarie;</i>	<b>1</b>	
4. <i>la cadenza prevedibile per quell'intervento;</i>	<b>1</b>	
5. <i>le caratteristiche, le cautele, le correlazioni tipiche di quell'intervento.</i>	<b>1</b>	
Esiste un piano per la messa a norma degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737	<b>B</b>	
Esiste un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737	<b>B</b>	

## GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>01 Programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici (Le strutture private non soggette a procedure di evidenza pubblica, devono poter procedere all'acquisto e alla definizione delle procedure secondo propria autonomia)</b>		

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria. La disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche deve essere pianificata e documentata in modo tale da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività.	3	
--	---	--

02 Procedure d'acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici (Le strutture private non soggette a procedure di evidenza pubblica, devono poter procedere all'acquisto e alla definizione delle procedure secondo propria autonomia)	Tempo di adeguamento	Risposta
Le procedure di acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici devono tenere conto delle relative attività di valutazione svolte a livello regionale, nazionale e internazionale. La decisione sull'acquisto deve essere condizionata dalla presenza di una precedente valutazione clinica, economica e tecnica. Il Responsabile della Struttura Organizzativa alla quale sono assegnate le apparecchiature, partecipa alla definizione delle specifiche tecniche dei prodotti ai fini della redazione del capitolato di gara, dei criteri per la scelta e della valutazione del materiale e delle forniture. A tali procedure dovrà partecipare anche il Responsabile della Sicurezza del Lavoro, che esprimerà parere sulla materia di competenza.	3	

03 Inventario delle apparecchiature biomediche	Tempo di adeguamento	Risposta
La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.		
In particolare:		
1. <i>l'inventario deve contenere i dati riassuntivi che permettano di gestire il patrimonio tecnologico,</i>	1	
2. <i>le apparecchiature devono essere identificate secondo il sistema di codifica CIVAB;</i>	1	
3. <i>ogni apparecchiatura deve rispondere alle verifiche di cui alla norma 62.5 fascicolo 4745 C del 1998 e guida CEI 3783;</i>	1	
4. <i>per ogni apparecchiatura deve essere acquisito (o redatto) il manuale di uso e manutenzione solo per gli acquisti a partire del 01/01/2007.</i>	1	

04 Piano di manutenzione delle apparecchiature biomediche	Tempo di adeguamento	Risposta
Devono essere normalizzate le procedure di manutenzione sia ordinaria che straordinaria, secondo le seguenti definizioni: Manutenzione ordinaria (preventiva):	A	

uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi.		
Manutenzione straordinaria (correttiva): gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere realmente operativo in modo rapido e sicuro il servizio.	A	
Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.	A	
a) Il piano della manutenzione preventiva e correttiva è predisposto dall'Azienda attraverso una pianificazione dettagliata dei metodi e dei mezzi (personale, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne), nonché degli strumenti di controllo dell'attività manutentiva;		
b) per la corretta gestione del piano della manutenzione deve essere identificato un responsabile per ciascuna struttura organizzativa e deve essere definita una guida ed una modulistica idonea per la richiesta degli interventi di manutenzione al servizio tecnico;		
c) il piano per la manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature deve rispondere a protocolli definiti che tengano conto della specifica gerarchia funzionale e deve in particolare essere documentato:		
1. per le grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi ministeriali "Sistema informativo di Governo del Ministero della Sanità" più recente;		
2. per gli apparecchi di supporto a funzioni vitali, indicati in apposito elenco come specificato in precedenza;		
3. per gli apparecchi accertati come "critici" in relazione alle caratteristiche di funzionamento della struttura ed individuati in apposito elenco.		
4. il piano di manutenzione preventiva, che deve essere realizzato al fine di garantire i necessari standard qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere definito per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore, attraverso la predisposizione di documenti informativi ed apposite istruzioni operative, che tengano conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio e nei libretti di uso e manutenzione.	B	

05 Documentazione interventi di manutenzione straordinaria	Tempo di adeguamento	Risposta
la Direzione aziendale deve essere in possesso dei rapporti di intervento di manutenzione straordinaria per ogni apparecchiature e un registro nel quale annotare tali interventi	A	
La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, deve essere a corredo dello strumento in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.	A	

Tutti gli interventi di manutenzione sia essa preventiva che correttiva sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati da un rapporto tecnico dettagliato.	A	
Per ogni apparecchiatura deve esistere una cartella (cartacea o elettronica) la quale riporti tutti i dati significativi relativi ad ogni intervento di manutenzione subito. In particolare, le schede per la manutenzione preventiva devono documentare la programmazione e la regolarità degli interventi effettuati.	A	
Le schede per la manutenzione correttiva devono registrare i dati idonei all'elaborazione di alcuni indicatori (come minimo: il tempo medio di fermo macchina, la frequenza dei guasti, la distribuzione della tipologia di guasto, i costi di manutenzione, il tipo ed il costo delle parti di ricambio), attraverso i quali sia possibile analizzare la situazione del parco apparecchiature nel suo complesso e per singole tipologie di apparecchiature.	B	

<b>06 Programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo delle apparecchiature biomediche</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.	A	
Tale programma di aggiornamento deve fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche.	B	
Il programma di aggiornamento deve essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature.	B	
Il programma di aggiornamento deve essere reso noto a tutti i livelli operativi e deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.	B	

<b>07 Esistenza di un responsabile per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
NB: le strutture private hanno l'obbligo al proprio interno di nominare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	1	
La Direzione deve provvedere a nominare un responsabile, affinché in ogni presidio, anche non dotato di un Servizio di Ingegneria Clinica, sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.	1	
A tale responsabile deve essere assegnato il compito di sovrintendere a tutte le attività connesse alla gestione delle apparecchiature biomediche.	A	
La manutenzione delle apparecchiature può essere demandata ad un servizio esterno.	0	

08 Organizzazione e gestione della sicurezza	Tempo di adeguamento	Risposta
Tutte le strutture sanitarie devono ottemperare, assicurandone l'adempimento, a quanto disposto dal D.lgs. 19 settembre 1994, n. 626 recante "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE e 2003/18/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro" e s.m.i.	1	
Al Servizio di Prevenzione e Protezione è riservato anche il compito di attuare le misure di prevenzione incendi, di organizzare la lotta antincendio, di gestire le emergenze antinfortunistiche, di mantenere in efficienza i presidi antincendio e di assolvere, per quanto di competenza alle indicazioni del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e del Ministero dell'Interno.	1	
All'atto della richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario il responsabile legale deve produrre una dichiarazione attestante che la struttura possiede i requisiti relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 626 del 1994 e s.m.i., cit.	0	
Per le strutture cui corre l'obbligo del Certificato di Prevenzione Incendi, il responsabile legale, all'atto della richiesta di autorizzazione, deve esibire copia del suddetto Certificato in corso di validità o copia della D.I.A. con gli estremi dell'omologazione da parte del competente Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.	2	

09 Servizio tecnico	Tempo di adeguamento	Risposta
Le strutture ospedaliere e le case di cura private che erogano prestazioni in regime di ricovero devono dotarsi di un Servizio Tecnico interno o esterno alla struttura.	2	

10 Dotazioni minime	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere garantita la presenza, il funzionamento e l'utilizzazione degli apparecchi vitali (definiti come quelli al cui funzionamento è affidata la vita del paziente e indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo dell'azienda) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.	1	

11 Verifiche periodiche	Tempo di adeguamento	Risposta
Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore deve essere documentato.	2	

Dell'eventuale procedura deve essere prodotta una specifica documentazione.	A	
Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedicali utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni.	A	

### 12 Collaudo di sicurezza

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere effettuato il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedicali.	0	

### 13 Verifiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi

	Tempo di adeguamento	Risposta
Deve essere predisposto un piano per le verifiche periodiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi a servizio delle strutture.	1	
Dette verifiche devono essere condotte e documentate secondo le modalità previste ed indicate dalle norme CEI 64-4 e 64-8 con l'obbligo di redazione e mantenimento dei relativi registri che dovranno essere tenuti a disposizione per le attività ispettive da parte degli organi competenti.	1	

### 14 Prevenzione dei rischi biologici.

	Tempo di adeguamento	Risposta
E' garantita la prevenzione dei rischi biologici:		
1. oltre l'applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 626 del 1994 e s.m.i. in ogni struttura sanitaria deve essere istituita una procedura scritta per la notifica e la sorveglianza delle esposizioni professionali materiale biologico che possano essere fonte di infezioni, allergie e intossicazioni, anche per quanto riguarda incidenti che si verificassero nelle ore notturne e nei giorni festivi, con particolare riferimento alla esposizione di fattori di rischio di cui ai gruppi 3 e 4 dell'Allegato 12 del D.Lgs. 626 del 1994 s.m.i.;	A	
2. le procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiali biologici devono essere previste anche per coloro che partecipano a vario titolo alla effettuazione di attività assistenziali o di supporto alla attività assistenziale (accompagnatori al parto, assistenza in ricovero pediatrico, trattamento in dialisi domiciliare, dialisi, ospedalizzazione a domicilio);	B	

### 15 Prevenzione degli altri rischi

	Tempo di adeguamento	Risposta
Saranno altresì descritti e rispettati i protocolli di sicurezza contro i rischi di tipo diverso (elettrico, radiazioni, urti, tagli ecc.).	A	

## GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

01 Requisiti	Tempo di adeguamento	Risposta
E' stato adottato un piano per il miglioramento della qualità	1	
Sono stati attivati programmi di valutazione e miglioramento della qualità	1	
In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.	1	
La Direzione effettua studi di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero	B	
La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale e in particolare:		
1. <i>esiste un documento che delinea le politiche/strategie di qualità delle strutture organizzative presenti;</i>	B	
2. <i>le Aziende elaborano un piano, almeno triennale, per il miglioramento continuo della qualità che specifichi gli obiettivi, le strategie, l'impegno della dirigenza e la destinazione di risorse per la sua realizzazione;</i>	B	
3. <i>le Aziende individuano gli indicatori per la verifica delle attività svolte.</i>	B	

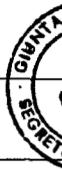
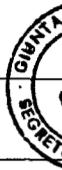
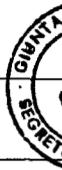
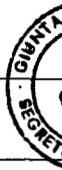
02 Programmi di Valutazione e Miglioramento delle Attività	Tempo di adeguamento	Risposta
In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività:		
1. <i>in tutti i presidi che erogano prestazioni a ciclo continuo e/o diurno devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree;</i>	A	
2. <i>buon uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati;</i>	A	
3. <i>infezioni nosocomiali,</i>	B	
4. <i>razionale utilizzazione dei farmaci, monitoraggio degli eventi indesiderati, gestione del rischio;</i>	A	
5. <i>appropriatezza nell'uso delle risorse;</i>	B	
6. <i>prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;</i>	B	
7. <i>integrazione dei servizi.</i>	B	
in tutti i presidi in cui vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento della qualità del processo di erogazione:		
1. <i>accessibilità alle prestazioni,</i>	A	
2. <i>appropriatezza delle indagini;</i>	A	
I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.	A	

03 Struttura Organizzativa (Le strutture private di dimensione ridotte non possono garantire una struttura organizzativa ad hoc)	Tempo di adeguamento	Risposta
In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.	<b>B</b>	
04 Progetto di Valutazione e Verifica Annuo	Tempo di adeguamento	Risposta
Annualmente ogni struttura organizzativa e professionale effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale, adottando le metodologie proprie della VRQ (verifica e revisione della qualità) e MCQ (miglioramento continuo della qualità) e favorendo attività periodiche di Audit clinico, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori.	<b>B</b>	
Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, ecc.).	<b>B</b>	



05 Formazione	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>Tutto il personale partecipa ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni.</i>	<b>B</b>	

06 Attività di controllo particolari	Tempo di adeguamento	Risposta
I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica, i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interno ed esterno e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.		
Tutti i servizi di diagnostica strumentale devono:		
1. <i>prevedere attività di controllo interno ed esterno di qualità;</i>	<b>A</b>	
2. <i>partecipare a programmi di miglioramento di qualità con particolare riferimento all'appropriatezza.</i>	<b>A</b>	
In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee guida e dei Protocolli predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Le Linee Guida ed i Protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti dagli operatori, devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le Linee Guida e Protocolli adottati devono esplicitare	<b>A</b>	

<p>la periodicità, almeno triennale, e le modalità di revisione e aggiornamento. Il personale è coinvolto nella applicazione delle Linee Guida, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui Protocolli di assistenza ad esse correlati. Per la verifica sul grado di adesione alle Linee Guida e Protocolli di assistenza devono essere predisposte apposite schede per la rilevazione degli indicatori di processo e di risultato, previsti per la valutazione di impatto, e questionari per la raccolta di informazioni e opinioni da parte del personale coinvolto.</p>		
<p><b>07 Documentazione delle attività di supporto</b></p>	<p>Tempo di adeguamento</p>	<p>Risposta</p>
<p>Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:</p>		
<p>1. criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);</p>	<p>A</p>	
<p>2. modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;</p>	<p>A</p>	
<p>3. modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori (pulizia e sanificazione degli ambienti);</p>	<p>A</p>	
<p>4. modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria.</p>	<p>A</p>	
<p>Il personale è coinvolto nello sviluppo di tali documenti di servizio. Tali documenti di servizio devono essere predisposti ponendo particolare attenzione alla semplificazione delle procedure. Nell'area dei servizi amministrativi devono essere definite le Procedure relative ai principali procedimenti, nelle quali siano esplicitate le norme di riferimento, le modalità di realizzazione, i tempi e le responsabilità.</p>	<p>A</p>	

## SISTEMA INFORMATIVO

01 Finalità	Tempo di adeguamento	Risposta
Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura. processo ed esito, con gli obiettivi di:		
1. Sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda;		
2. Fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità;		
rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati, in particolare:		
1. <i>tutte le strutture sono tenute a rilevare e trasmettere alla regione i dati di base necessari alla costruzione degli indicatori finalizzati al monitoraggio dei L.E.A. nonché dei vincoli di bilancio, di cui al D.M. 12.12.01 e s.m.i;</i>	A	
2. <i>tutte le strutture sono tenute ad identificare le prestazioni effettuate con i corrispondenti codici dei relativi tariffari regionali;</i>	A	
3. <i>le strutture che erogano prestazioni di ricovero sono tenute ad adottare la scheda di dimissione ospedaliera;</i>	A	
4. <i>tutte le strutture sono tenute a disporre di un sistema di archiviazione che deve essere aggiornato con frequenza non inferiore a tre mesi, secondo standard definiti a livello regionale;</i>	A	
5. <i>tutte le strutture sono tenute a definire le procedure di accesso agli archivi.</i>	A	
<b>02 Sistema di comunicazione interna ed esterna</b>	Tempo di adeguamento	Risposta
<i>E' documentabile l'esistenza di un sistema di comunicazione interna ed esterna, su supporto cartaceo e/o elettronico; in particolare deve essere garantita la qualità e la riservatezza delle informazioni, anche ai fini della tutela dei dati personali.</i>	A	
La Direzione assicura:		
1. l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione e la formalizzazione delle procedure;	1	
2. la struttura del sistema informativo;	1	
3. le modalità di raccolta;	1	
4. la diffusione ed utilizzo delle informazioni; in particolare:	1	
5. <i>è redatta la relazione annuale sullo stato/attività per ogni struttura organizzativa e professionale;</i>	A	
6. <i>la relazione è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati;</i>	A	
7. <i>la relazione è conosciuta dal personale della struttura organizzativa e professionale;</i>	A	
8. <i>la relazione della struttura organizzativa e professionale è resa disponibile ai soggetti interessati;</i>	A	

9. la valutazione della qualità del dato, attraverso la definizione di criteri di qualità per la compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche ed infermieristiche, schede ambulatoriali ecc.), e in particolare:	A	
10. deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza, le cartelle cliniche ed infermieristiche, i referti, le schede ambulatoriali, ecc.:	A	
11. è documentata l'attività di verifica periodica del rispetto di tali criteri, anche al fine di garantire la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate:	A	
12. l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.	1	
E' documentabile l'esistenza di un sistema di comunicazione interna alla U.O., in particolare:		
Vengono effettuate riunioni di U.O. almeno mensili, documentate attraverso un Registro che riporti gli argomenti trattati con le eventuali decisioni assunte	A	



	Tempo di adeguamento	Risposta
<b>03 Responsabile delle Procedure</b>		
Deve essere individuato un referente del sistema informativo Responsabile delle Procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.	1	