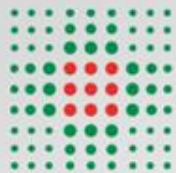


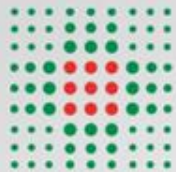
Nuovi requisiti generali a livello regionale

DGR 1943 del 04/12/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”

Angela Parma – Referente Accreditamento Istituzionale
UO Qualità e Accreditamento –AUSL di Bologna



In Italia il D.lgs. 502 del 1992 contribuisce allo sviluppo della cultura della Qualità facendo esplicito riferimento alla necessità di adottare sistemi di VRQ all'interno delle strutture sanitarie



Dgls 502/92 e 517/93

Art.8, comma 7:

... le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accREDITAMENTO delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.



Dgls 502/92 e 517/93

Art.10, comma 2:

Le regioni ... verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi ... con particolare riguardo alla introduzione e utilizzazione di sistemi di sorveglianza e metodologia per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni.

Art.10, comma 1:

Allo scopo di garantire la qualità di assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità ... delle prestazioni...

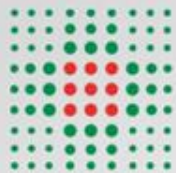
comma 3:

... sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità

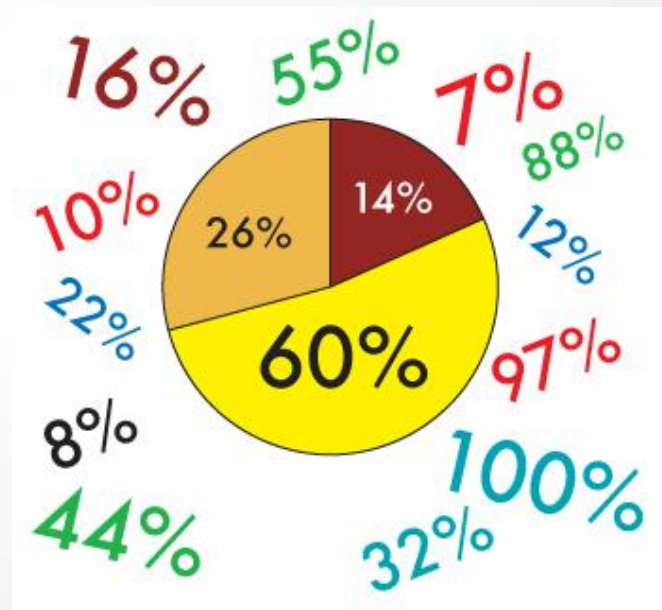


D.Lgs 229/99 art. 8 quater

- “l’accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, ed ai professionisti che ne facciano richiesta, è subordinato alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell’attività svolta e dei risultati raggiunti”



In Italia esistevano diversi modelli di riferimento e un differente grado di applicazione della norma nelle varie Regioni



da P.LaPorta, ASSRER



Alcune norme Regione Emilia Romagna

LR n. 34 del 12.10.1998, "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private", e ss.mm.ii.



DGR 23.02.2004, n. 327 “Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell’evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti”

Delibere successive per emanazione ulteriori requisiti specifici, odontoiatria, specialistica ambulatoriale

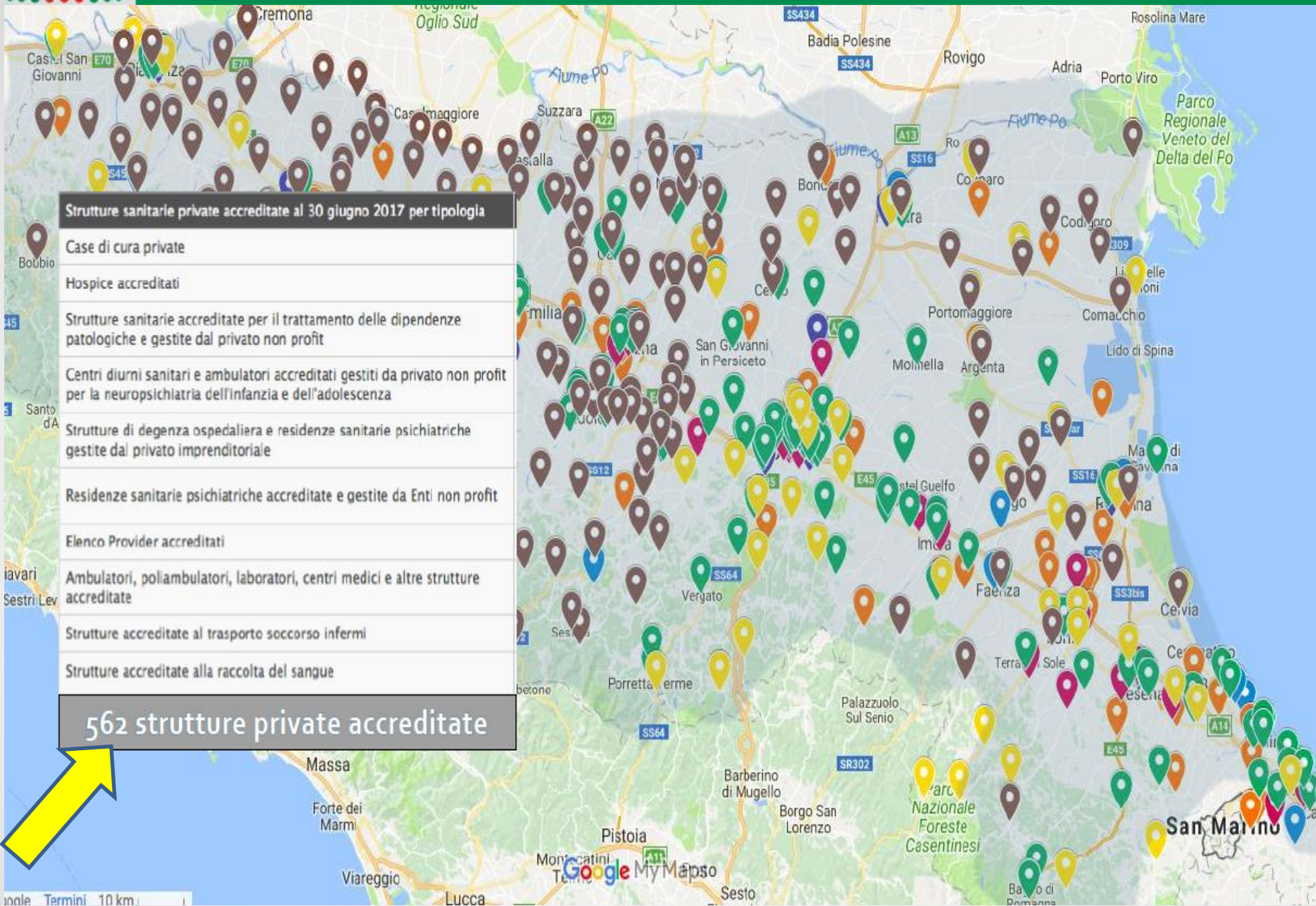
LR 4/2008 Art. 24 Modifiche alla Legge reg. 34/98 “accreditamento valido per 4 anni decorrenti dalla data di concessione”

DGR n. 53 del 21.01.2013 “Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento”

Tutte le strutture pubbliche
sono accreditate (ad
eccezione della componente
delle cure primarie)

Azienda Usl di Piacenza
Azienda Usl di Parma
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Azienda Usl di Reggio Emilia
Azienda Usl della Romagna
Istituto di Montecatone (Imola, BO)
Azienda Usl di Modena
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Azienda Usl di Bologna
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Ircs - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Azienda Usl di Imola
Azienda Usl di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Ircs - Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Meldola, FC)
Ospedale di Sassuolo Spa





Applicazione dei diritti dei pazienti relativi
all'assistenza sanitaria transfrontaliera, per
garantire l'accesso ad un'assistenza sicura e
di qualità nell'ambito della Unione Europea

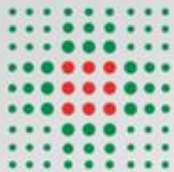
Non coerenza con la direttiva 2011/24/UE del 9/3/2011



r
e
c
e
p
i
t
a



D. L.vo 4 marzo 2014, n. 38



Giugno 2011

Il Ministero della Salute istituisce il TRAC

**Tavolo per la Revisione normativa
ACreditamento**



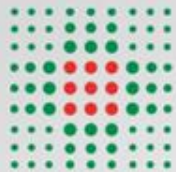
Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012



Intesa Stato-Regioni

20 dicembre 2012

...Per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuali con i Livelli Essenziali di Assistenza, l'accreditamento è lo strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione....



- L' Accreditamento come strumento di garanzia deve fornire identici livelli di qualità delle prestazioni



- Realizzazione di un nuovo modello condiviso
 - Definire un uniforme sistema di requisiti
- Valorizzare gli aspetti che consentono il governo delle funzioni assistenziali

Il documento contiene alcune **indicazioni generali** in tema di accreditamento e che devono essere **recepite ed attuate da tutte le Regioni:**

L'accreditamento va verificato attraverso le **visite sul campo**, organizzate da un "**organismo accreditante**" che si occupi della formazione dei valutatori, della loro scelta, della gestione delle visite e dei loro risultati.

Questi ultimi devono essere presentati alla autorità accreditante che decide per la concessione dell'accreditamento.

L'organismo deve essere autonomo, nella sua attività, rispetto alla autorità regionale che dà il mandato alla verifica e che poi concede l'accreditamento;

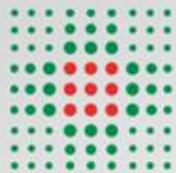
I sistemi di accreditamento regionali devono avere un contenuto minimo così come previsto dal **disciplinare** allegato alla intesa

(il sistema degli **otto criteri** a loro volta contenenti i requisiti e le evidenze);

Deve essere istituito un **tavolo nazionale di monitoraggio** e verifica del sistema di accreditamento nazionale.

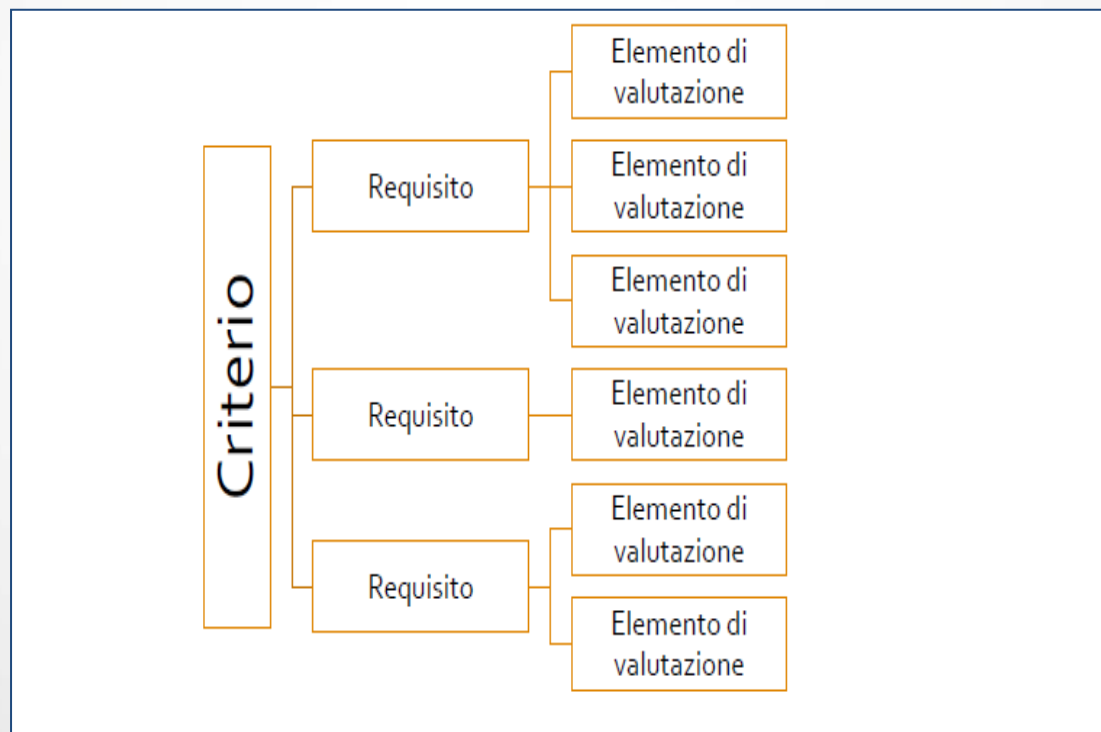


Agenzia Sociale Sanitaria
Emilia Romagna



Disciplinare per la revisione della normativa sull'accreditamento

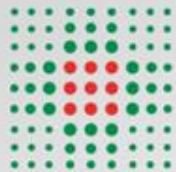
Il documento è organizzato definendo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, l'obiettivo che deve essere perseguito ed il rationale su cui si basa ed è corredato da un elenco di evidenze utili a dimostrare la conformità ai requisiti medesimi



IL MODELLO DISEGNATO

Il modello parte dall'assunto che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento per ogni criterio identificato





Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015

Quest'ultima, di fatto, attiva il sistema di accreditamento nazionale, scandendone i tempi di inizio e di svolgimento

Infatti le Regioni dovevano, **entro il 31 ottobre 2015**, recepire formalmente l'intesa del 19 febbraio 2015 e dalla data di tale recepimento avranno inizio i tempi di adeguamento ai requisiti, secondo la tempistica prevista (1-2 anni), da parte delle regioni e delle strutture sanitarie.

DGR 1604 del 26.10.2015 "Recepimento intesa,Indicazioni operative alle strutture sanitarie accreditate

DGR 1943 del 04/12/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie

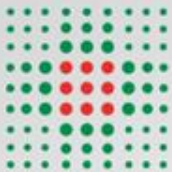
news



Il nuovo modello per l'Accreditamento istituzionale

Il DG RER 1943 pubblicato il 4 dicembre 2017 definisce i nuovi Requisiti Generali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie e, nel riconfermare lo scopo dell'accREDITamento, ossia assicurare un sistema di garanzie e promuoverne il miglioramento, porta aspetti innovativi:

- ❑ ri-imposta il modello di Sistema di Gestione per la Qualità rappresentando ora chiaramente per ogni criterio di valutazione il percorso che va dalla sua strutturazione al **miglioramento**
- ❑ focalizza il ruolo di **leadership della Direzione Aziendale** per il miglioramento e l'innovazione con il coinvolgimento delle diverse funzioni e livelli organizzativi
- ❑ introduce la definizione esplicita di criteri di valutazione inerenti il tema della **sicurezza, della gestione del rischio, dell'umanizzazione delle cure, delle competenze professionali, ricerca clinica,...**
- ❑ orienta maggiormente il sistema di **valutazione ai risultati (indicatori di processo ed esito)**
- ❑ **Sono interessate tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, adeguando la valutazione alle loro caratteristiche**



DGR 1943/2017

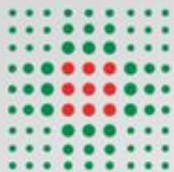
Disposizione dell'applicabilità dei requisiti generali ai **processi direzionali** e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.



L'obiettivo è verificare che la struttura abbia implementato processi che garantiscono il controllo sulla qualità e la sicurezza **dell'intera organizzazione**, dei servizi erogati e dei risultati prodotti.



Un ulteriore effetto è un maggiore coinvolgimento dei livelli di leadership trasformando l'accreditamento da uno strumento "per addetti ai lavori" ad una **leva per il governo complessivo dell'organizzazione**.



DGR 327/2004

10 capitoli

43 requisiti

elementi di valutazione nel
requisito o impliciti

Applicati a livello gestionale
(dipartimenti e strutture
complesse)

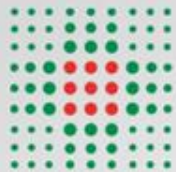
DGR 1943/2017

8 criteri

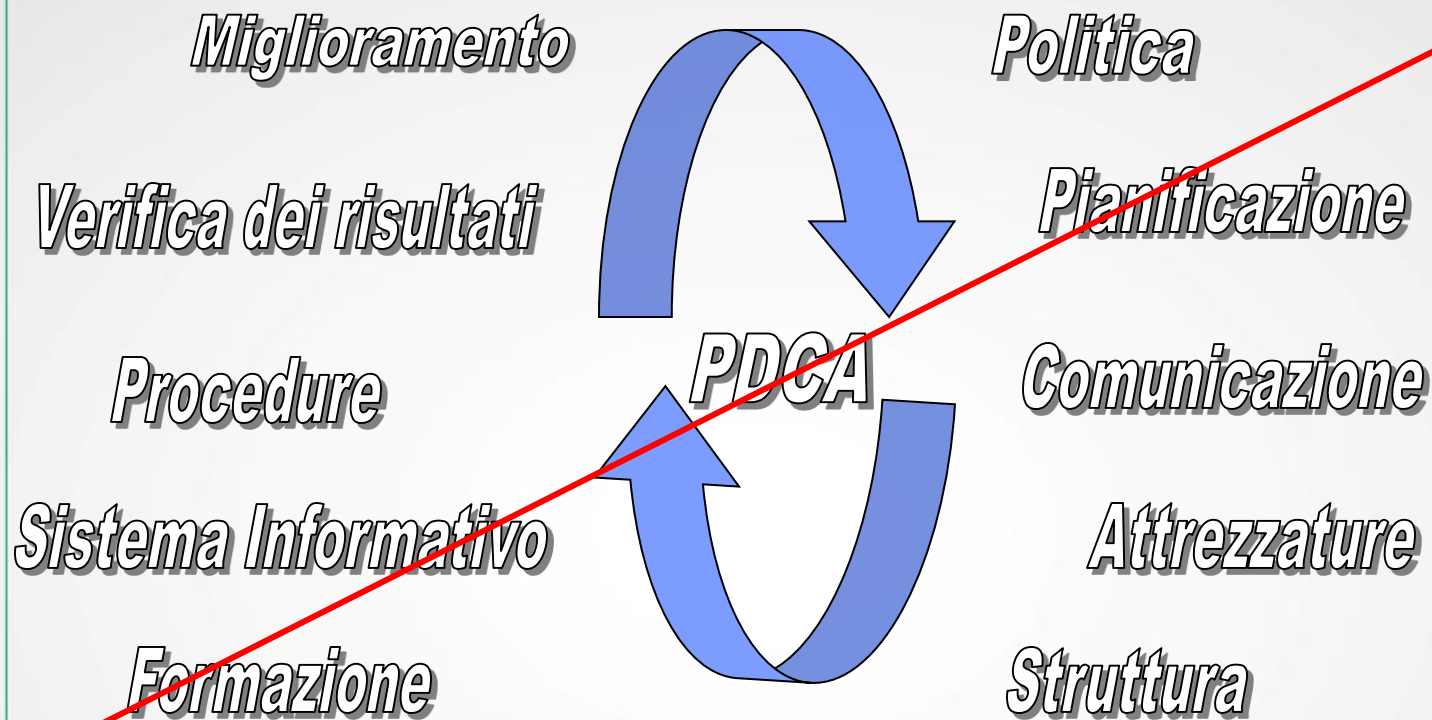
27 requisiti

elementi di valutazione espliciti

Applicati a livello direzionale
(direzione, staff e servizi)



DGR 327/2014: requisiti generali



I requisiti specifici discipline cliniche

DGR 1943/2017: criteri

Il Nuovo



I nuovi criteri

1

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

- Le strutture devono fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità.
- Ad es. Sviluppo delle reti assistenziali

2

Prestazioni e Servizi

- Il secondo criterio mira a garantire che le strutture sanitarie offrano le proprie prestazioni e servizi nell'ottica della «*presa in carico*» garantendo dove necessario la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti.



I nuovi criteri

3

Aspetti Strutturali

- I requisiti di natura strutturale ed impiantistica sono prevalentemente di natura autorizzativa.
- Con questo criterio si vogliono verificare i processi che consentono di *mantenere nel tempo* l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature.

4

Competenze del personale

- L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività.



I nuovi criteri

5

Comunicazione

- Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi e la partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento.

6

Appropriatezza clinica e sicurezza

- *L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati.*
- Il criterio 6 ha la finalità di garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle migliori pratiche.

I nuovi criteri



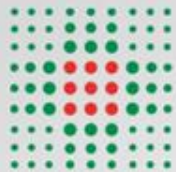
Processi di miglioramento e innovazione

- Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili.



Umanizzazione

- L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua **interezza fisica, sociale e psicologica** deve essere un impegno comune a tutte le strutture.



Effetti della DGRER 1943/2017 sull'autorizzazione al funzionamento

E' in corso presso l'Assessorato l'attività di revisione anche dei requisiti e delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria ...

- ➔ **Revisione in ottica integrata tra autorizzazione e accreditamento**
- ➔ **Revisione dei requisiti in ottica di semplificazione, allineamento e coerenza tra i due sistemi**
- ➔ **Miglioramento degli strumenti a supporto**
- ➔ **Monitoraggio e aggiornamento coordinato delle problematiche/casistiche specifiche**



Revisione dei Requisiti Specifici

Eliminazione/modifica dei requisiti obsoleti

Trasferimento all'autorizzazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di “base”, minimi per la sicurezza ed il buon funzionamento

Revisione della sezione “indicatori”

Esplicitazione delle fonti normative o scientifiche eventualmente presenti a supporto del requisito

Il processo di accreditamento disegnato dall'Intesa



A carico di Regione / PA

- Verifica completezza della domanda
- Verifica della compatibilità con la programmazione regionale
- Verifica della rispondenza ai requisiti soggettivi
- Verifica del possesso dell'autorizzazione



Istruttoria tecnica

A carico dell'OTA
Verifica del possesso dei requisiti di accreditamento



a carico di Regione / PA
Adozione del provvedimento conclusivo di accreditamento/diniego,

Impianto complessivo di valutazione

Livello di sistema

Livello di articolazione
organizzativa

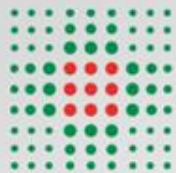
Processi clinico organizzativi
di area disciplinare

processi clinico assistenziali
specialistici

Requisiti generali

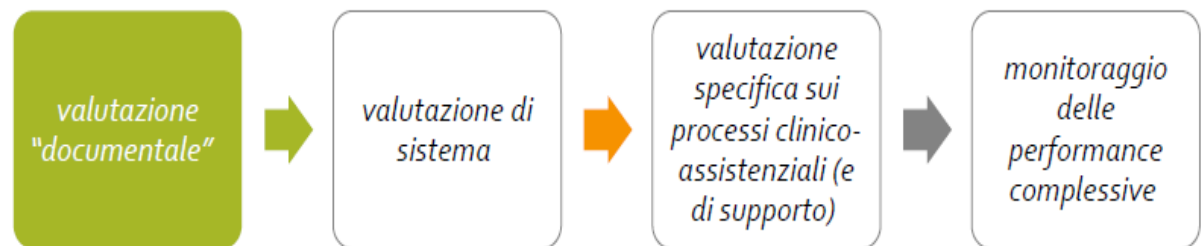
Requisiti specifici
in relazione a

- Variazioni/ampliamenti rilevanti
- indirizzi regionali
- prescrizioni



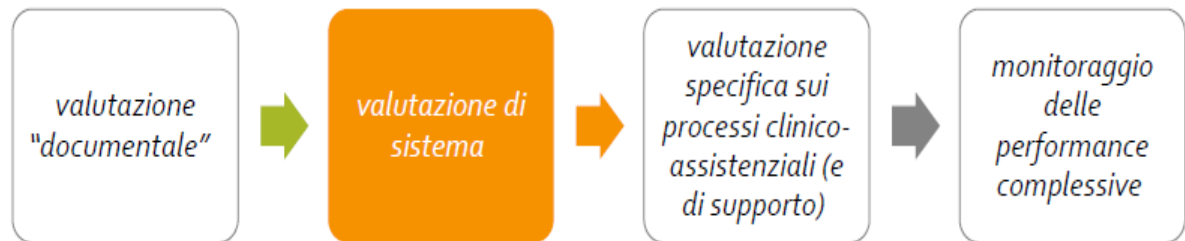
Principali aspetti di revisione Accreditamento

Il sistema di accreditamento che si intende delineare prevede 4 livelli di valutazione:



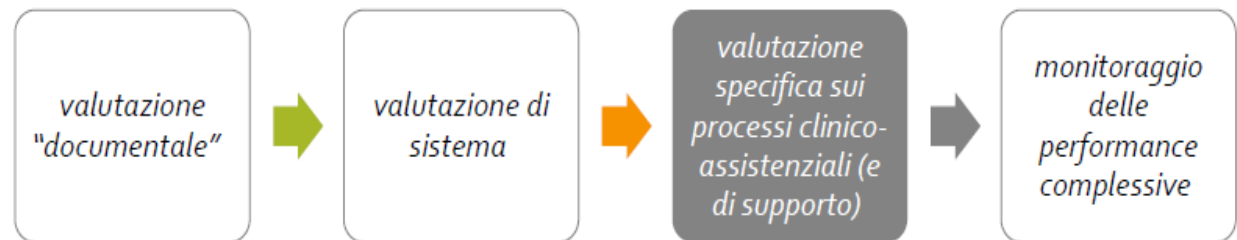
- Viene introdotta sistematicamente la possibilità di rilasciare l'accreditamento su base documentale (autocertificazione del possesso dei requisiti).
- La verifica sul campo dell'effettivo possesso è effettuata in tempi successivi.

Principali aspetti di revisione Accreditamento



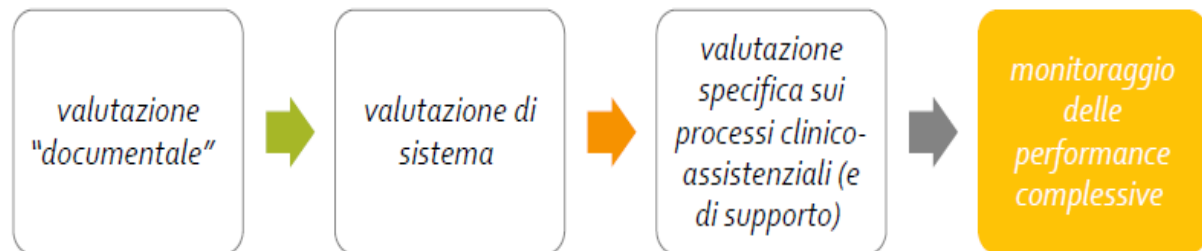
- La valutazione «di sistema» è effettuata mediante i nuovi requisiti generali.
- Si applica una sola volta al livello di ***governo della struttura/azienda*** ed è finalizzato a verificare l'implementazione sistematica di processi volti a garantire il controllo sulla qualità e la sicurezza della propria organizzazione, dei servizi erogati e dei risultati prodotti.
- Il superamento di questo step determina la conferma dell'accREDITAMENTO per tutte le attività e discipline.

Principali aspetti di revisione **Accreditamento**

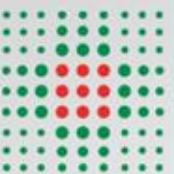


- Il terzo livello di valutazione può riguardare l'intera organizzazione o parti di essa come componenti di funzioni anche sovra-aziendali (singoli processi, attività o discipline o aggregazioni delle stesse quali percorsi, reti, dipartimenti, programmi).
- *È effettuata utilizzando Requisiti Specifici*
- L'eventuale mancato superamento di queste verifiche può determinare la revoca parziale o totale dell'accREDITAMENTO o la sua sospensione.

Principali aspetti di revisione Accreditamento



- Il 4° livello è quello del monitoraggio condotto sulla base di indicatori di risultato (clinici ed organizzativi).
- Sostituisce l'attuale autovalutazione ex-post
- In relazione agli esiti del monitoraggio potranno essere effettuate valutazioni specifiche ed ulteriori verifiche, fino alla sospensione e revoca dell'accREDITamento in caso di mancato superamento delle criticità.



Criterion 1

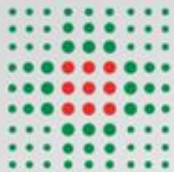
Implementation of a management system of health structures

Intesa Stato
Regioni 2012

Provides a guarantee of good quality of socio-sanitary assistance, requires a management of the organization that governs the dimensions more strongly linked to the specific activity of care and assistance in an optics of continuous improvement

The government processes (**planning and verification**) must be coherent with the regional indications and develop in consideration of the punctual analysis of the own context in terms both of needs and of offer.

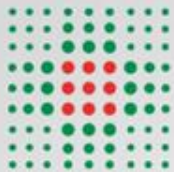
Further strategic element provided is the capacity of **construction/participation in networks** that guarantee efficiency and continuity in the care.



1° Criterio

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

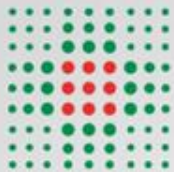
Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.</p>	<p>1.1.1 La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione di quanto programmato.</p>
	<p>1.1.2 La documentazione relativa alla pianificazione è diffusa ai diversi livelli organizzativi.</p>
	<p>1.1.3 Gli obiettivi sono declinati in relazione alle responsabilità e ai temi.</p>
	<p>1.1.4 La pianificazione è coerente con la Mission e Vision della struttura.</p>



1° Criterio

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

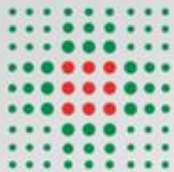
Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.</p> <p><i>Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali</i></p>	<p>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</p> <p>1.2.2 Sono esplicitati i criteri di valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali</p>



1° Criterio

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

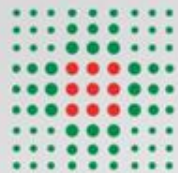
Requisiti RER	Elementi di valutazione
1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi)	1.3.1 Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità
	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



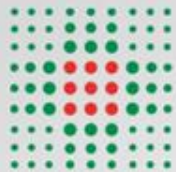
1° Criterio

Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>1.4La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).</p>	<p>1.4.1 I sistemi informativi garantiscono:</p> <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.
	<p>1.4.2 È presente attività di valutazione della qualità dei dati contenuti nei flussi provenienti da fonti esterne</p>
	<p>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</p>



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>	<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</p>
	<p>1.5.2 Sono definite le responsabilità per la valutazione</p>
	<p>1.5.3 Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne)</p>
	<p>1.5.4 È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione</p>
	<p>1.5.5 Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica</p>
	<p>1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).</p>

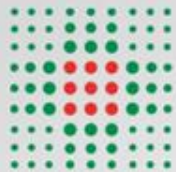


6° Criterio

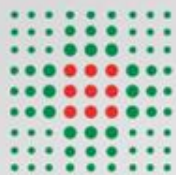
Appropriatezza clinica e sicurezza

Intesta Stato
Regioni 2012

- L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati



- L'organizzazione deve favorire e verificare l'utilizzo sistematico di tutti gli strumenti volti a garantire appropriatezza e sicurezza (es. gestione del rischio clinico, audit clinico, EBM e EBN, ecc.).



6° Criterio

Appropriatezza clinica e sicurezza

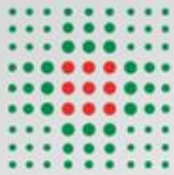
Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>6.1 La Struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.</p>	<p>6.1.1 I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.</p>
	<p>6.1.2 Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.</p>
	<p>6.1.3 Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.</p>
	<p>6.1.4 Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone 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>



6° Criterio

Appropriatezza clinica e sicurezza

Requisiti RER	Elementi di valutazione
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.

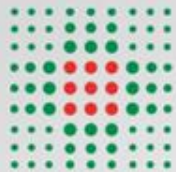


7° Criterio

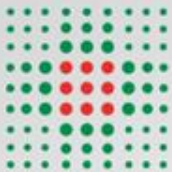
Processi di miglioramento e innovazione

Intesta Stato
Regioni 2012

- Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili



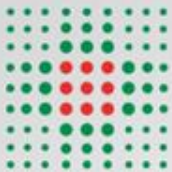
- I processi di miglioramento e innovazione devono diventare elementi strategici di tutte le organizzazioni sanitarie e dell'intero sistema.



7° Criterio

Processi di miglioramento e innovazione

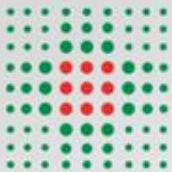
Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.</p>	<p>7.1.1 Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento 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>



7° Criterio

Processi di miglioramento e innovazione

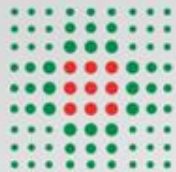
Requisiti RER	Elementi di valutazione
<p>7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.</p> <p><i>Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali</i></p>	<p>7.2.1 La introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali</p>



7° Criterio

Processi di miglioramento e innovazione

Requisiti RER	Elementi di valutazione
7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative. <i>Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali</i>	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. <i>Non si applica a Ambulatori Monospecialistici e Studi Professionali</i>	7.4.1. Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi).
	7.4.2. È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici.
	7.4.3. È promossa l'adozione di innovazioni che derivano dalla ricerca svolta.



Grazie!

